

**Ermittlung der KV-spezifischen ASV-Fallwerte in Punkten
und der Patientenzahl-Höchstwerte für die Indikation Tu-
moren des Auges (AUG)**

4. Dezember 2024

Adresse und Kontakt

Institut des Bewertungsausschusses
Wilhelmstraße 138
10963 Berlin
info@institut-ba.de

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund	4
2	Bestimmung der an Tumoren des Auges erkrankten Versicherten	5
3	Bestimmung der ASV-Leistungsmenge	5
4	Bestimmung der ASV-Ausgangsleistungsmenge der erkrankten Versicherten	6
5	Mehrfachinanspruchnahme	7
6	Umrechnungsfaktor von §-116b-SGB-V-(alt)-Patienten zu §-116b-SGB-V-(neu)-Patienten	8
7	Datengrundlage für die Analysen	8
7.1	Bundesweite Versichertenstichprobe („Geburtsstichprobe“)	8
7.2	Analysezeitraum	9
7.3	Zuordnung der Versicherten zu KV-Bezirken	9
7.4	Bestimmung und Ausschluss von Selektivvertragsteilnehmern	10
7.5	Ausschluss von Personen mit Kostenübernahme	10
7.6	Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	10
7.7	Demografische Hochrechnungsfaktoren	11
8	Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors	11
8.1	Allgemeine Festlegungen	11
8.2	Verfahren auf Basis des Propensity Scores	13
9	Abweichung von KV-spezifischen Berechnungsergebnissen bei Unterschreitung der Mindestanzahl von Quartalspatienten	15
10	Ermittlung der Patientenzahl-Höchstwerte	15
11	Ergebnisse	16
11.1	Berechnungsergebnisse	16
11.2	Beschlossene ASV-Fallwerte	18
11.3	Beschlossene Patientenzahl-Höchstwerte	19

Vorwort

In den nachfolgenden Abschnitten werden die indikationsspezifischen Berechnungsvorgaben, welche als Grundlage der Bestimmung der ASV-Fallwerte gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) dienen, detailliert beschrieben. Die methodischen Erläuterungen in Abschnitt 8 sind nicht indikationsspezifisch. Es ist daher möglich, diesen Abschnitt in den weiteren veröffentlichten Berichten zur Ermittlung der KV-spezifischen ASV-Fallwerte und der Patientenzahl-Höchstwerte anderer ASV-Indikationen beim Lesen zu überspringen, auch wenn aus Gründen der Transparenz von einer Verkürzung der Berichte um diesen Abschnitt abgesehen wird.

1 Hintergrund

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V beschlossen. Der Beschluss sieht unter anderem vor, dass der Bewertungsausschuss die KV-spezifischen ASV-Fallwerte in Punkten sowie die KV-spezifischen Patientenzahl-Höchstwerte auf Grundlage von Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses beschließt. Die Festlegungen für die Berechnungen durch das Institut werden in der AG ASV-Bereinigungsrechnungen vorbereitet, abgestimmt und freigegeben. Die indikationsspezifischen Vorgaben werden in Tabellen im Excel-Format festgehalten, auf deren Grundlage maschinell verarbeitbare Dateien im csv-Format erstellt werden. Die Struktur der Dateien im csv-Format ergibt sich aus dem technischen Anhang 2 zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung). Die Dateien im csv-Format wie auch diejenigen im Excel-Format werden auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/asvbereinigung/berechnungsgrundlagen.html>) veröffentlicht.

Im vorliegenden Bericht werden die Vorgaben zu den entsprechenden Berechnungen für die Indikation Tumoren des Auges (AUG) näher beschrieben. Auf Basis dieser Vorgaben hat das Institut des Bewertungsausschusses die Berechnungen durchgeführt, wobei generell der Leistungsbedarf in Punkten verwendet wurde und in Euro bewertete Gebührenordnungspositionen mit dem Orientierungswert des Jahres 2024 in Höhe von 11,9339 Cent in Punkte umgerechnet wurden.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Personenbezeichnungen verzichtet. Es sind natürlich grundsätzlich beide Geschlechter gemeint.

2 Bestimmung der an Tumoren des Auges erkrankten Versicherten

Grundlage für die Berechnungen ist die Identifikation derjenigen Versicherten, die im Jahr 2022 in der ASV hätten behandelt werden können, wenn eine Behandlung in der ASV bereits möglich gewesen wäre.

Zunächst erfolgt die Identifikation der Versicherten in den vorliegenden Daten, die an Tumoren des Auges erkrankt sind. In einem Quartal des Jahres 2022 gilt ein Versicherter genau dann als an Tumoren des Auges erkrankt (und damit im Folgenden als Quartalspatient), wenn in diesem Quartal alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

1. In mindestens einem Behandlungsfall des Versicherten mit folgenden Kriterien findet sich ein Appendix-MGV-Leistungsbedarf von größer null:
 - a) Abrechnung durch einen Arzt einer der im Appendix genannten Arztgruppen (nach Zuordnung gemäß der Datei ABRGR_1A0900_001.csv¹).
 - b) Abrechnung mindestens einer in der Appendixversion 001 (veröffentlicht auf <http://institut-ba.de/service/asvabrechnung.html>) oder in der Datei APPENDIXERWEITERUNG_1A0900_001.csv genannten Gebührenordnungsposition.
 - c) Die zu berücksichtigenden Gebührenordnungspositionen sind in der Abgrenzung gemäß Abschnitt 7.6 der MGV zugeordnet.
 - d) Die erbrachten Leistungen im Appendix aus den Kapiteln 1, 2 und 40 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes werden bei der Ermittlung des Appendix-MGV-Leistungsbedarfs nur berücksichtigt, sofern diese von einem Arzt abgerechnet werden, dessen Arztgruppe gemäß Appendix diese Leistungen innerhalb der ASV abrechnen kann. Die erbrachten Leistungen im Appendix aus allen weiteren Kapiteln des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes werden bei der Ermittlung des Appendix-MGV-Leistungsbedarf berücksichtigt, sofern diese von einem Arzt abgerechnet werden, dessen Arztgruppe im Appendix genannt wird.
 - e) Ein ICD-Kode gemäß der Datei AUFGRIFFF_1A0900_001.csv unter Berücksichtigung der in der Datei aufgeführten Diagnosesicherheit kodiert worden ist.

3 Bestimmung der ASV-Leistungsmenge

Um die durchschnittliche indikationsspezifische historische Leistungsmenge je Patient in Punkten (im Folgenden ASV-Leistungsmenge) auf KV- wie auch Bundesebene (LM_{KV}) gemäß Nr. 3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu bestimmen, wird wie in der nachfolgenden Aufzählung beschrieben vorgegangen. Dabei durchläuft der Index KV die Werte „Schleswig-Holstein“, „Hamburg“,

¹Die regionalen Gesamtvertragspartner können eine Zuordnung anhand der in der Datei FG_1A0900_001.csv genannten Fachgruppen vornehmen.

„Bremen“, „Niedersachsen“, „Westfalen-Lippe“, „Nordrhein“, „Hessen“, „Rheinland-Pfalz“, „Baden-Württemberg“, „Bayern“, „Berlin“, „Saarland“, „Mecklenburg-Vorpommern“, „Brandenburg“, „Sachsen-Anhalt“, „Thüringen“, „Sachsen“ und „Bund“.

1. Die durchschnittlichen KV-spezifischen und bundesdurchschnittlichen historischen Leistungsmengen werden gemäß Abschnitt 4 ($LM_{KV}^{ASV-Ausgangsleistungsmenge}$, im Folgenden ASV-Ausgangsleistungsmenge) ermittelt.
2. Die gesondert zu behandelnden Tatbestände werden berücksichtigt und als Beträge gemäß Abschnitt 4 Nr. 6 Spiegelstrich 1 und 2 (\widetilde{LM}_{KV}) bestimmt.
3. Der bundeseinheitliche Abschlag für Mehrfachinanspruchnahme (MFI) gemäß Abschnitt 5 wird ermittelt.
4. Vom ermittelten Wert aus Nr. 1 werden die Werte aus den Nrn. 2 und 3 abgezogen und das Ergebnis mit dem multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktor (MMF) gemäß Abschnitt 8.1.3 multipliziert.
5. Abschließend werden die Beträge gemäß Abschnitt 4 Nr. 6 Spiegelstrich 1 und 2 wieder hinzuaddiert.

Die Rechnung in formaler Schreibweise lautet:

$$LM_{KV} = (LM_{KV}^{ASV-Ausgangsleistungsmenge} - \widetilde{LM}_{KV} - MFI) \cdot MMF + \widetilde{LM}_{KV}$$

4 Bestimmung der ASV-Ausgangsleistungsmenge der erkrankten Versicherten

Für alle Quartalspatienten gemäß Abschnitt 2 wird die ASV-Ausgangsleistungsmenge unter Berücksichtigung der folgenden Sachverhalte berechnet:

1. Jeweilige Arztgruppenzuordnung gemäß Abschnitt 2 Nr. 1 a).
2. Arztgruppenspezifität gemäß Abschnitt 2 Nr. 1 d).
3. Appendix-Gebührenordnungspositionen gemäß Abschnitt 2 Nr.1 b).
4. Jeweilige MGV-Abgrenzung gemäß Abschnitt 2 Nr. 1 c).
5. Jeweilige in der Datei GRUNDPAUSCHALEN_1A0900_001.csv genannten Grundpauschalen des Kernteams bzw. Grundpauschalen-Entsprechungen in der Datengrundlage zu 75 Prozent
6. Umgang mit den jeweiligen neuen und modifizierten Leistungen im Appendix:
 - Die in der Datei GRUNDPALKONSULTP_1A0900_001.csv genannten, nicht im Appendix enthaltenen Grundpauschalen von hinzuzuziehenden Ärzten werden in Hö-

he einer Konsultationspauschale von 18 Punkten berücksichtigt.

- Die genannten Grundpauschalen von hinzuzuziehenden Ärzten werden bei der Bestimmung der ASV-Ausgangsleistungsmenge bei jedem Quartalspatienten je Arztgruppe höchstens einmal berücksichtigt.
 - Bei der Ermittlung des MMF gemäß Abschnitt 8.1.3 werden die oben genannten Grundpauschalen von hinzuzuziehenden Ärzten nicht berücksichtigt.
7. Zuschlags-Gebührenordnungspositionen in der Datei ZUSCHLAGSGOP_1A0900_001.csv werden ggf. hälftig berücksichtigt.
 8. Es werden keine Bewertungseffekte berücksichtigt.
 9. Höchstwert-Gebührenordnungspositionen gemäß Datei HOECHSTWERT_1A0900_001.csv mit Bewertungsanpassung unter Verwendung des jeweiligen Faktors.
 10. Unter ausschließlicher Berücksichtigung von
 - Behandlungsfällen mit in der Datei AUFGRIFF_1A0900_001.csv genannten Diagnosen unter Berücksichtigung der dort ebenfalls genannten Diagnosesicherheit und/oder
 - Behandlungsfällen mit einem der Diagnosekodes Z01.7, Z01.88 oder Z01.9 der ausschließlich auftragnehmenden Ärzte der in der Datei UUUABRGR_1A0900_001.csv genannten Arztgruppen.

Es wird der mit den demografischen Hochrechnungsfaktoren gewichtete Durchschnitt dieser ASV-Ausgangsleistungsmengen berechnet.

5 Mehrfachinanspruchnahme

Für die Ermittlung einer möglichen Mehrfachinanspruchnahme werden ausschließlich die Behandlungsfälle gemäß Abschnitt 4 Nr. 10 berücksichtigt. Eine Mehrfachinanspruchnahme liegt vor, wenn bei einem Quartalspatienten in den in Satz 1 genannten Behandlungsfällen eine der in der Datei MFIGOP_1A0900_001.csv genannten Gebührenordnungspositionen (ohne Berücksichtigung von Suffixen und unter Berücksichtigung der MGV-Abgrenzung gemäß Abschnitt 7.6) in einem Quartal durch mindestens zwei verschiedene Ärzte abgerechnet wird.

Für jede Gebührenordnungsposition eines Quartalspatienten, für die eine Mehrfachinanspruchnahme festgestellt wird, wird anschließend unter Berücksichtigung der Arztgruppenspezifität gemäß Abschnitt 2 Nr. 1 d)

- a) der Leistungsbedarf dieser Gebührenordnungsposition aller Ärzte bei diesem Quartalspatient und

- b) der Leistungsbedarf dieser Gebührenordnungsposition des Arztes, der diese Gebührenordnungsposition am häufigsten von allen Ärzten bei diesem Quartalpatient abgerechnet hat, ermittelt.

Der mit den demografischen Hochrechnungsfaktoren gewichtete Durchschnitt der Differenzen aus a) und b) aller Quartalpatienten über alle Gebührenordnungspositionen in der Datei MFIGOP_1A0900_001.csv ergibt den bundeseinheitlichen Abschlag für Mehrfachinanspruchnahme (MFI).

6 Umrechnungsfaktor von §-116b-SGB-V-(alt)-Patienten zu §-116b-SGB-V-(neu)-Patienten

Zur Bestimmung des Umrechnungsfaktors würde normalerweise in allen vier Quartalen des Analysejahres die Anzahl der Quartalpatienten bestimmt, die erkrankt sind und die Bedingungen erfüllen, um nach § 116b (alt) SGB V bzw. § 116b (neu) SGB V behandelt zu werden. Im Fall der Indikation Tumoren des Auges sind diese beiden Patientengruppen jedoch identisch, da für die Kernteam-Fachgruppe Augenheilkunde im entsprechenden Kapitel 6 EBM keine onkologische Zusatzpauschale existiert und die onkologische Zusatzpauschale für die Kernteam-Fachgruppe Dermatologie unberücksichtigt blieb². Somit ergibt sich ein Umrechnungsfaktor von 1 für die Indikation Tumoren des Auges.

7 Datengrundlage für die Analysen

7.1 Bundesweite Versichertenstichprobe („Geburtstagsstichprobe“)

Datengrundlage für die Ermittlung der ASV-Leistungsmenge ist die Geburtstagsstichprobe, die gemäß den Beschlüssen aus der 237. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), aus der 273. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 307. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), sowie aus der 348. Sitzung des Bewertungsausschusses (schriftliche Beschlussfassung) bzw. entsprechender Folgebeschlüsse erhoben wurde. Hierbei werden Austausch- und Korrekturlieferungen entsprechend dem in der jeweiligen Anlage genannten Stand der Qualitätssicherung berücksichtigt. Eingeschlossen wird zudem die arztbezogene Ergänzung für das in der jeweiligen Anlage genannte Jahr gemäß Abschnitt 6 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 bzw. entsprechender Folgebeschlüsse. Zur Feststellung der Teilnahme an Selektivverträgen einschließlich der Feststellung der jeweiligen Vertragsart werden in der Geburtstagsstichprobe auch die gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 254. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung bzw. entsprechender Folgebeschlüsse erhobenen selektivvertraglichen Teilnahmedaten unter

²Die Berücksichtigung dieser onkologischen Zusatzpauschale hätte zu einer unverhältnismäßig starken Absenkung des Umrechnungsfaktors geführt.

Berücksichtigung von Korrekturlieferungen entsprechend dem in der jeweiligen Anlage genannten Stand der Qualitätssicherung einbezogen. Ausgehend von den nach den Vorgaben der Trägerorganisationen und des Instituts des Bewertungsausschusses in der Datenstelle des Bewertungsausschusses zusammengeführten Versichertenstamm- und vertragsärztlichen Abrechnungsdaten werden nur die im Rahmen der Qualitätssicherung mit dem in der jeweiligen Anlage genannten Stand nicht mit Ausschlusskennzeichnung markierten Versicherten bzw. Abrechnungsdaten der Geburtstagsstichprobe für das in der jeweiligen Anlage genannte Jahr herangezogen, einschließlich der im Rahmen der Qualitätssicherung einbezogenen Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme. Darüber hinaus werden auch sämtliche Abrechnungsfälle samt ihren Leistungs- und Diagnoseangaben von den Berechnungen ausgeschlossen, die nach sachlich rechnerischer Richtigstellung mit einem Leistungsbedarf von null von den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelt wurden.

7.2 Analysezeitraum

Die Berechnungen erfolgen grundsätzlich auf Basis der einzelnen Quartale des Jahres 2022. Sofern nicht anders beschrieben, ist stets die Euro-Gebührenordnung des Jahres 2022 gemeint, wenn von der Euro-Gebührenordnung gesprochen wird.

7.3 Zuordnung der Versicherten zu KV-Bezirken

Die regionale Zuordnung von Versicherten zu KV-Bezirken erfolgt quartalspezifisch auf Grundlage der folgenden Regelungen:

Es wird in allen vorliegenden Datensätzen der Satzart 201 je Quartal und Versicherten eine KV-Nr. wie folgt zugeordnet:

- Enthält das Feld 08 eine gültige Postleitzahl (d. h. einen Wert, der in der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Verfügung gestellten Postleitzahl-KV-Zuordnungstabelle vorkommt), so wird die Nr. des KV-Bezirks zugeordnet, in dem das entsprechende Postleitzahlgebiet liegt.
- Enthält das Feld 08 dagegen keine gültige Postleitzahl, so wird die Nr. des KV-Bezirks zugeordnet, in dem die über das Institutionskennzeichen im Feld 02 der Satzart 201 zu ermittelnde Krankenkasse der höchsten Fusionsstufe zum in der jeweiligen Anlage genannten Stand ihren Sitz hat.

Bei der Zuordnung einer KV-Nr. zu dem Versicherten wird anschließend wie folgt vorgegangen:

1. Wurde einem Versicherten in allen seinen Datensätzen der Satzart 201 durch die obige Vorschrift jeweils die gleiche KV-Nummer zugeordnet, so wird dem Versicherten diese KV-Nummer zugeordnet.

2. Im Fall, dass durch obige Vorschrift nicht allen vorliegenden Datensätzen dieselbe KV-Nummer zugeordnet wurde, es aber unter den zugeordneten KV-Nummern genau eine gibt, die für den betreffenden Versicherten im Vorquartal gemäß dem obigen Verfahren nicht zugeordnet werden kann, so wird dem Versicherten diese KV-Nummer zugeordnet.
3. In den verbleibenden Fällen, in denen weder durch 1. noch durch 2. eine eindeutige Zuordnung erfolgen kann, werden alle vorliegenden Datensätze der Satzart 201 aus dem Quartal betrachtet, für die im Feld 04 die größte Anzahl an Versichertentagen gemeldet wurde. Ist allen diesen Datensätzen dieselbe KV-Nummer zugeordnet, so wird diese dem Versicherten zugeordnet.
4. Bei immer noch verbliebener Mehrdeutigkeit erfolgt die Zuordnung des Versicherten zu der KV-Nr. des Datensatzes der Satzart 201 aus dem Quartal, für den der mit dem MD5-Hashverfahren aus der Konkatenation von Postleitzahl (Feld 08), PersonenID (Feld 03) und der dem Datensatz zugeordneten KV-Nummer erhaltene Hashwert am größten ist.

7.4 Bestimmung und Ausschluss von Selektivvertragsteilnehmern

Ein Versicherter wird in einem Quartal als Selektivvertragsteilnehmer identifiziert, wenn er mindestens einen Datensatz mit einer Kennzeichnung zur Selektivvertragsteilnahme gemäß Abschnitt 7.1 aufweist. Nimmt ein Versicherter in mindestens einem Quartal des Analysejahres gemäß Abschnitt 7.2 an einem Selektivvertrag teil, dann wird er von den weiteren Berechnungen ausgeschlossen und im Rahmen der demografischen Hochrechnung auf die KM6-Statistik berücksichtigt.

7.5 Ausschluss von Personen mit Kostenübernahme

Von den weiteren Berechnungen werden diejenigen Personen ausgeschlossen, die in mindestens einem Datensatz zu irgendeinem Zeitpunkt des Analysejahres 2022 in Feld 14 der Satzart 201 einen Wert von 1 aufweisen.

7.6 Daten zur regionalen Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Für die Abgrenzung der Leistungsmenge in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden die ARZTRG87aREG-Daten mit Gültigkeit für das Abrechnungsquartal 1/2024 verwendet. Sie werden dabei um Gebührenordnungspositionen des Jahres 2022 ergänzt, die vom Leistungsinhalt mit einer Gebührenordnungsposition des Abrechnungsquartals 1/2024 identisch sind (siehe Datei MGVERWEITERUNG_1A0900_001.csv).

7.7 Demografische Hochrechnungsfaktoren

Für die Versicherten in der Geburtstagsstichprobe 2022 werden unter Berücksichtigung von Abschnitt 7.3, Abschnitt 7.4 und Abschnitt 7.5 quartals-, KV-, alters- und geschlechtsgruppenspezifische demografische Hochrechnungsfaktoren (DHF) ermittelt. Der demografische Hochrechnungsfaktor der Alters- und Geschlechtsgruppe AG in einem Quartal und in einem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung berechnet sich wie folgt:

$$DHF_{AG,KV,Quartal} = \frac{N_{AG,KV,Quartal}}{n_{AG,KV,Quartal}}$$

Die Stichprobenumfänge $n_{AG,KV,Quartal}$ werden differenziert nach Alters- und Geschlechtsgruppe, Quartal und Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung bestimmt. $N_{AG,KV,Quartal}$ steht für die entsprechende Zahl der Versicherten in der Grundgesamtheit der Versicherten. Dieser Wert errechnet sich wie folgt aus den Daten der ANZVER- und KM6-Statistiken:

$$N_{AG,KV,Quartal} = \frac{\text{Anzahl_Vers_KM6}_{AG,KV,Jahr}}{\sum_{AG} \text{Anzahl_Vers_KM6}_{AG,KV,Jahr}} \cdot \text{Anzahl_Vers_ANZVER}_{KV,Quartal}$$

8 Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors

8.1 Allgemeine Festlegungen

Zur Ermittlung des multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors MMF erfolgt gemäß nachfolgenden Vorgaben ein Vergleich der durchschnittlichen historischen Leistungsmenge (im Folgenden ASV-MMF-Leistungsmenge) der Quartalspatienten und der Vergleichsversicherten.

8.1.1 Abgrenzung der potenziellen Vergleichsversicherten

Zur Menge der potenziellen Vergleichsversicherten in einem Quartal des Analysejahres gehören alle Versicherten, die alle folgenden Bedingungen erfüllen:

1. In diesem Quartal hat der Versicherte das 18. Lebensjahr vollendet.
2. In diesem Quartal findet sich in den Daten für den Versicherten keine der in der Datei AUFGRIFFF_1A0900_001.csv genannten Diagnosen.
3. In diesem Quartal findet sich in den Daten für den Versicherten keine der in der Datei ASSOZIIERTEICD_1A0900_001.csv genannten Diagnosen einer assoziierten Erkrankung.

4. In diesem Quartal ist die ASV-MMF-Leistungsmenge kleiner oder gleich der ASV-MMF-Leistungsmenge des entsprechenden Quartalspatienten. Dabei werden auch Versicherte mit einer ASV-MMF-Leistungsmenge von null als Vergleichsversicherte gezählt.³

8.1.2 Ermittlung der ASV-MMF-Leistungsmenge

Die ASV-MMF-Leistungsmenge wird unter Berücksichtigung

1. der jeweiligen Arztgruppenzuordnung gemäß Abschnitt 2 Nr. 2 a),
2. der Arztgruppenspezifität gemäß Abschnitt 2 Nr. 2 d),
3. der Appendix-Gebührenordnungspositionen gemäß Abschnitt 2 Nr. 2 b),
4. der jeweiligen MGV-Abgrenzung gemäß Abschnitt 2 Nr. 2 c),
5. der jeweiligen Grundpauschalen gemäß Abschnitt 4 Nr. 5,
6. des Umgangs mit jeweiligen neuen und modifizierten Leistungen im Appendix gemäß Abschnitt 4 Nr. 6,
7. von Bewertungseffekten gemäß Abschnitt 4 Nr. 7,
8. von Höchstwert-Gebührenordnungspositionen gemäß Abschnitt 4 Nr. 8

quartalsweise ermittelt.

8.1.3 Ermittlung des bundeseinheitlichen multimorbiditätsbedingten Anpassungsfaktors

Das im Abschnitt 8.2 näher beschriebene Verfahren spielt den Quartalspatienten gemäß Abschnitt 2 Versicherte aus der Menge der potenziellen Vergleichsversicherten gemäß Nr. 8.1.1 zu, die gemäß den unten beschriebenen Matchingverfahren den Quartalspatienten hinreichend ähnlich sind. Wenn zu einem Quartalspatienten kein Versicherter aus der Menge der potenziellen Vergleichsversicherten gefunden werden kann, der hinreichend ähnlich ist, dann wird dieser Quartalspatient bei der Bestimmung des MMF nicht berücksichtigt.

Für jeden Quartalspatienten i der n Quartalspatienten, für den mindestens ein Versicherter aus der Menge der potenziellen Vergleichsversicherten mit hinreichend ähnlicher Komorbidität gefunden werden kann (matchbare Quartalspatienten), wird die mit den demografischen Hochrechnungsfaktoren gewichtete durchschnittliche ASV-MMF-Leistungsmenge

³Die Anpassung der ASV-Fallwerte im Jahr 2023 ist auf eine fachlich begründete Änderung der Festlegung zur Bedingung in Abschnitt 8.1.1 Nr. 4 zurückzuführen. Die Bedingung unter Nr. 4 lautete davor wie folgt: „In diesem Quartal ist die ASV-MMF-Leistungsmenge gemäß Abschnitt 8.1.2 größer als null.“

menge gemäß Abschnitt 8.1.2 der hinzugespielten Vergleichsversicherten berechnet (LB_i^{VV}) und mit dem demografischen Hochrechnungsfaktor des i-ten Quartalspatienten (DHF_i) multipliziert. Die Summe dieser n Werte wird auf folgende Weise ins Verhältnis zur Summe des mit dem demografischen Hochrechnungsfaktor multiplizierten (DHF_i) Appendix-MGV-Leistungsbedarfs (LB_i) der n matchbaren Quartalspatienten gesetzt und so der MMF bestimmt:

$$MMF = 1 - \frac{\sum_{i=1}^n LB_i^{VV} \cdot DHF_i}{\sum_{i=1}^n LB_i \cdot DHF_i}$$

8.2 Verfahren auf Basis des Propensity Scores

8.2.1 Bestimmung der Menge der möglichen Kovariate

Für alle Versicherten werden unter Verwendung des in der jeweiligen Anlage genannten Klassifikationssystems quartalsweise die CCs bestimmt. Hierbei werden die nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung mit einem Leistungsbedarf von null von den Kassenärztlichen Vereinigungen über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an die Datenstelle des Bewertungsausschusses übermittelten Behandlungsfälle ausgeschlossen. Dabei werden bei der Bestimmung der CCs die in der Datei AUFGRIF_1A0900_001.csv genannten Diagnosen sowie die in der Datei ASSOZIERTEICD_1A0900_001.csv genannten Diagnosen von assoziierten Erkrankungen ausgeschlossen.

Für alle Versicherten wird darüber hinaus die jeweilige Altersgruppe bestimmt, wobei die Altersgruppen genauso abgegrenzt werden wie die AGGs im Klassifikationssystem.

Die CCs, die Indikatorvariablen für die Altersgruppen sowie eine Indikatorvariable für das Geschlecht der Versicherten bilden die Menge der möglichen Kovariate zur Bestimmung der Propensity Scores in Abschnitt 8.2.3.

8.2.2 Auswahl der Kovariate

Die Auswahl der tatsächlich in Abschnitt 8.2.3 verwendeten Kovariate aus der Menge der möglichen Kovariate erfolgt innerhalb eines logit-Modells mit dem lasso-Verfahren (least absolute shrinkage and selection operator) auf Basis der Daten der Quartalspatienten gemäß Abschnitt 2 sowie der potenziellen Vergleichsversicherten gemäß Abschnitt 8.1.1. Die abhängige Variable wird dabei in einem logit-Modell auf die unabhängigen Variablen regressiert, wobei dieses logit-Modell entsprechend dem lasso-Verfahren ergänzt wird durch einen Strafterm. Die abhängige Variable ist dabei eine Indikatorvariable mit der Information, ob der Versicherte in diesem Quartal zur Gruppe der Quartalspatienten gehört oder zur Gruppe der potenziellen Vergleichsversicherten; die unabhängigen Variablen sind alle Variablen der Menge der möglichen Kovariate.

Der Strafterm wird so gewählt, dass der Anteil der erklärten Deviance des ausgewählten Modells etwa 80 Prozent des Anteils der erklärten Deviance im Modell ohne Strafterm beträgt. Die Kovariate aus der Menge der möglichen Kovariate, die bei dem gewählten Strafterm einen Koeffizienten ungleich null haben, bilden die Menge der ausgewählten unabhängigen Variablen in Abschnitt 8.2.3.

8.2.3 Bestimmung der Propensity Scores

Wie in Abschnitt 8.2.2 bilden die Daten der Quartalspatienten gemäß Abschnitt 2 sowie der potenziellen Vergleichsversicherten gemäß Abschnitt 8.1.1 die Basis für die weiteren Auswertungen. In einem üblichen logit-Modell (ohne Strafterm) wird die abhängige Variable (Indikatorvariable mit der Information, ob der Versicherte in diesem Quartal zur Gruppe der Quartalspatienten gehört oder zur Gruppe der potenziellen Vergleichsversicherten gehört) auf die in Abschnitt 8.2.2 ausgewählten Kovariate als unabhängige Variablen regressiert. Auf Basis dieser Regression wird für Quartalspatienten und potenzielle Vergleichsversicherte die Wahrscheinlichkeit für das Ereignis geschätzt, an der Indikation tatsächlich erkrankt zu sein (Propensity Score).

8.2.4 Matching-Verfahren

Auf Basis der Propensity Scores gemäß Abschnitt 8.2.3 wird bzw. werden für jeden Quartalspatienten gemäß der Methode des ersten nächsten Nachbarn der Vergleichsversicherte bzw. die Vergleichsversicherten in der Menge der potenziellen Vergleichsversicherten bestimmt. Der nächste Nachbar ist dabei der Versicherte in der Menge der potenziellen Vergleichsversicherten, dessen Propensity Score dem Propensity Score des Quartalspatienten am nächsten ist.

- Hat der nächste Nachbar des Quartalspatienten denselben Propensity Score wie der Quartalspatient, dann werden alle Versicherten aus der Menge der potenziellen Vergleichsversicherten ausgewählt, deren Propensity Score um nicht mehr als 10^{-6} vom Propensity Score des Quartalspatienten abweicht.
- Hat der nächste Nachbar des Quartalspatienten einen Propensity Score, der zwar nicht exakt genauso groß ist wie der des Quartalspatienten, der jedoch auch um nicht mehr als zwei Prozentpunkte von dem Propensity Score des Quartalspatienten abweicht, dann werden alle Versicherten aus der Menge der potenziellen Vergleichsversicherten ausgewählt, deren Propensity Score um nicht mehr als 10^{-6} vom Propensity Score des nächsten Nachbarn abweicht.
- Weicht der Propensity Score des nächsten Nachbarn des Quartalspatienten um mehr als zwei Prozentpunkte von dem des Quartalspatienten ab (Calliper), dann gilt dieser Quartalspatient als nicht matchbar im Sinne von Abschnitt 8.1.3 und bleibt im Matching unberücksichtigt.

Das Zuspielden der Vergleichsversicherten zu den Quartalspatienten (Matchen) erfolgt mit

Zurücklegen, so dass Vergleichsversicherte für mehr als einen Quartalspatienten für den Vergleich der Leistungsmengen herangezogen werden können.

9 Abweichung von KV-spezifischen Berechnungsergebnissen bei Unterschreitung der Mindestanzahl von Quartalspatienten

Zur Vorbereitung der Festlegung der Mindestanzahl von Quartalspatienten in einem KV-Bezirk, unterhalb derer gemäß Nr. 2.4 lit. h des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) anstelle von KV-spezifischen der bundesdurchschnittliche ASV-Fallwert vorgegeben wird, werden zusätzlich zur ASV-Ausgangsleistungsmenge gemäß Abschnitt 4 weitere Maßzahlen wie Stichprobengrößen, Varianz und Standardfehler der ASV-Ausgangsleistungsmenge berechnet.

10 Ermittlung der Patientenzahl-Höchstwerte

Gemäß Nr. 4.4.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 419. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) ist die Zahl der Patienten, für die die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung aufgrund der Indikation Tumoren des Auges (AUG) bereinigt werden soll, durch einen Patientenzahl-Höchstwert begrenzt. Dieser Höchstwert wird wie folgt errechnet: Anzahl der Quartalspatienten im Analysejahr, unter Berücksichtigung der Festlegungen gemäß Abschnitt 2 und ggf. der Abschnitte 3 und 4 je Quartal und KV-Bezirk, geteilt durch vier (Anzahl der Quartale des Analysejahres).

Dabei wird im Zähler die Anzahl der Versicherten mit einem unspezifischen Aufgriff-Kode aus der Datei AUFGRIFF_1A0900_001.csv, für die im selben Quartal kein spezifischer ICD-Kode aus der Datei AUFGRIFF_1A0900_001.csv und auch kein spezifischer ICD-Kode für eine andere Tumorart aus der Datei SPEZIFISCHETUMORKODES_1A0900_001.csv kodiert ist (vgl. Abschnitt 2 Anmerkungen zu 2. e)), nur anteilig berücksichtigt, indem auf diese Anzahl der Faktor 0,003 (Faktor zur Vermeidung von Mehrfachzählung) angewandt wird. Dieser Faktor entspricht der relativen Häufigkeit von spezifischen ICD-Kodes aus der Datei AUFGRIFF_1A0900_001.csv bei allen Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, mit gesicherten Tumor-Diagnosen in der bundesweiten Versichertenstichprobe des Jahres 2014.

Im Fall der Indikation Tumoren des Auges wird ein zusätzlicher (vom sonst üblichen Vorgehen abweichender) Schritt notwendig: Die Bundessumme der Patientenzahl-Höchstwerte wird anhand der KV-spezifischen Anteile an der hochgerechneten Gesamt-Anzahl der Quartalspatienten in der bundesweiten Versichertenstichprobe auf die KV-Bezirke aufgeteilt. Ohne diesen zusätzlichen Schritt ergäbe sich rechnerisch in einem KV-Bezirk ein Patientenzahl-Höchstwert von 0, was die Bereinigung kategorisch verhindern würde.

11 Ergebnisse

11.1 Berechnungsergebnisse

In Tabelle 1 werden die Berechnungsergebnisse berichtet. Neben den durchschnittlichen KV-spezifischen ASV-Leistungsmengen gemäß Abschnitt 3 und den verwendeten

- durchschnittlichen KV-spezifischen ASV-Ausgangsleistungsmengen je Patient (gemäß Abschnitt 4) und
- dem Abschlag für MFI (gemäß Abschnitt 5) und
- dem MMF (gemäß Abschnitt 8.2) und
- den durchschnittlichen KV-spezifischen ASV-Leistungsmengen für modifizierte Leistungen (gemäß Abschnitt 4 Nr. 6)

werden zusätzlich gemäß Abschnitt 9

- die Anzahl der Quartalspatienten (Stichprobengröße)
- die Varianz der KV-spezifischen ASV-Ausgangsleistungsmengen je Patient (gemäß Abschnitt 4)
- der Standardfehler des Durchschnitts der KV-spezifischen ASV-Ausgangsleistungsmengen je Patient (gemäß Abschnitt 4)

berichtet.

Tabelle 1: Ergebnisse der Berechnung (AUG)

Nr.	KV	ASV-Ausgangsleistungsmenge (in Punkten)				nachrichtlich:			
		ohne mod. Leistungen (1)	mod. Leistungen (2)	Mehrfach- inanspruch- nahme (3)	MMF (4)	ASV-Leistungs- menge (in Punkten) (5)	Anzahl Quartals- patienten (6)	Varianz von Spalte (1) (7)	Standard- fehler von Spalte (1) (8)
01	Schleswig-Holstein	1 478	0	20	0,829 3	1 209	18	1 487 693	287
02	Hamburg	1 029	0	20	0,829 3	836	7	246 896	188
03	Bremen	2 018	0	20	0,829 3	1 657	8	2 701 659	581
17	Niedersachsen	1 520	0	20	0,829 3	1 244	131	2 896 892	149
20	Westfalen-Lippe	817	0	20	0,829 3	661	65	621 014	98
38	Nordrhein	1 112	0	20	0,829 3	906	55	2 053 254	193
46	Hessen	1 904	0	20	0,829 3	1 562	30	1 346 976	212
51	Rheinland-Pfalz	1 570	0	20	0,829 3	1 285	8	1 409 528	420
52	Baden-Württemberg	1 440	1	20	0,829 3	1 179	50	1 849 416	192
71	Bayerns	1 827	1	20	0,829 3	1 500	55	3 206 300	241
72	Berlin	1 986	0	20	0,829 3	1 631	33	3 172 577	310
73	Saarland	2 837	0	20	0,829 3	2 336	2	1 768 272	940
78	Mecklenburg-Vorpommern	4 167	3	20	0,829 3	3 442	6	14 312 505	1 544
83	Brandenburg	2 942	0	20	0,829 3	2 423	13	33 302 418	1 601
88	Sachsen-Anhalt	1 305	0	20	0,829 3	1 066	36	1 979 877	235
93	Thüringen	2 282	0	20	0,829 3	1 876	7	6 743 040	981
98	Sachsen	2 120	1	20	0,829 3	1 742	44	5 138 299	342
	Deutschland	1 565	0	20	0,829 3	1 281	568	3 408 692	77

11.2 Beschlossene ASV-Fallwerte

Für die Zuordnung, ob der KV-spezifische oder der bundesdurchschnittliche ASV-Fallwert anzuwenden ist, berichtet gemäß Abschnitt 9 das Institut des Bewertungsausschusses Maßzahlen zu den vorgelegten Ergebnissen. Unter Anwendung der vorgelegten Maßzahlen können die Mindestanzahlen der notwendigen Beobachtungen bei Vorgabe einer gewählten Schätzgenauigkeit ermittelt werden.

Gemäß der Formel

$$n^* = \left(\frac{t_\alpha S_X}{r \mu_X} \right)^2 (1 - f)$$

wird getrennt nach KV-Bezirk die Stichprobengröße n^* („Mindestanzahl“) berechnet, die mindestens notwendig ist, um den (unbekannten) Mittelwert μ_X der Variable X (hier: ASV-Ausgangsleistungsmenge in Punkten) so genau zu schätzen, dass man in nicht mehr als $\alpha \cdot 100$ Prozent der Fälle den wahren Wert μ_X um mehr als $r \cdot 100$ Prozent verschätzt. Dabei ergibt sich t_α aus der Normalverteilung; so ist etwa $t_{0,05} \approx 1,96$. S_X^2 ist die (unbekannte) Varianz der Variable X. Als Schätzwert für die unbekanntenen Größen μ_X und S_X^2 werden der gewichtete Mittelwert (ASV-Ausgangsleistungsmenge in Punkten) und die gewichtete Varianz der beobachteten Ausprägungen der Variable X in der Stichprobe verwendet, jeweils unter der Nutzung der demografischen Hochrechnungsfaktoren als Gewicht. f beschreibt die Größe der Stichprobe im Verhältnis zur Grundgesamtheit. Im Jahr 2022 werden für die Geburtstagsstichprobe alle Versicherten mit einem von sieben Geburtstagen im Monat ausgewählt. Demnach ist $f = 7 \cdot 12/365,25$. α wird festgesetzt auf 0,05; r auf 0,2.

In seiner 748. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) hat der Bewertungsausschuss auf Grundlage der beschriebenen Berechnungen die ASV-Fallwerte in Punkten je Patient und Quartal für die Indikation Tumoren des Auges (AUG) je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich wie folgt vorgegeben:

Tabelle 2: Beschlossene ASV-Fallwerte (AUG)

Nr.	KV	ASV-Fallwert in Punkten
01	Schleswig-Holstein	1 281
02	Hamburg	1 281
03	Bremen	1 281
17	Niedersachsen	1 281
20	Westfalen-Lippe	1 281
38	Nordrhein	1 281
46	Hessen	1 281
51	Rheinland-Pfalz	1 281
52	Baden-Württemberg	1 281
71	Bayerns	1 281
72	Berlin	1 281
73	Saarland	1 281
78	Mecklenburg-Vorpommern	1 281
83	Brandenburg	1 281
88	Sachsen-Anhalt	1 281
93	Thüringen	1 281
98	Sachsen	1 281

11.3 Beschlossene Patientenzahl-Höchstwerte

Auf der Grundlage der in Abschnitt 10 beschriebenen Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses hat der Bewertungsausschuss die verbindlich zu verwendenden Patientenzahl-Höchstwerte als indikationsspezifische Quartalswerte je KV-Bezirk wie folgt vorgegeben:

Tabelle 3: Beschlossene Patientenzahl-Höchstwerte (AUG)

Nr.	KV	Patienten
01	Schleswig-Holstein	14
02	Hamburg	5
03	Bremen	6
17	Niedersachsen	100
20	Westfalen-Lippe	50
38	Nordrhein	42
46	Hessen	23
51	Rheinland-Pfalz	6
52	Baden-Württemberg	38
71	Bayerns	42
72	Berlin	25
73	Saarland	2
78	Mecklenburg-Vorpommern	5
83	Brandenburg	10
88	Sachsen-Anhalt	28
93	Thüringen	5
98	Sachsen	34