

Lesefassung des BESCHLUSSES

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 489. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt
geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in sei-
ner 622. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),**

**zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfah-
ren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das
SGB V vorgesehenen Fällen ab dem zweiten Quartal des Jahres
2020**

mit Wirkung zum 1. Januar 2023

1. Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen ab dem zweiten Quartal des Jahres 2020 mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung, die gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, separat geregelt ist.

Der vorliegende Beschluss ersetzt mit Wirkung ab dem zweiten Quartal des Jahres 2020 den vorhergehenden Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen ab dem Jahr 2018.

Gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 463. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu ergänzenden Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorge-

sehenen Fällen mit Wirkung für das zweite Quartal des Jahres 2020 erfolgt die Umstellung auf die geänderten Bereinigungsvorgaben für das zweite Quartal 2020 jedoch erst im Rahmen von dessen kassenseitiger Rechnungslegung.

2. Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Verträgen gemäß §§ 63, 73b und 140a SGB V

Gemäß §§ 64 Abs. 3 Satz 1, 73b Abs. 7 und 140a Abs. 6 SGB V haben die Partner der Gesamtverträge nach § 83 SGB V den Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entsprechend

- der Zahl und der Morbiditäts- oder Risikostruktur der am Modellversuch teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach § 64 Abs. 1 SGB V jeweils vereinbarten Inhalt des Modellvorhabens,
- der Zahl und der Morbiditätsstruktur der in der hausarztzentrierten Versorgung eingeschriebenen Versicherten sowie dem vertraglich vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung,
- der Zahl und der Morbiditätsstruktur der in der besonderen Versorgung eingeschriebenen Versicherten sowie dem vertraglich vereinbarten Inhalt der besonderen Versorgung

gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses zu bereinigen.

Hierzu gibt der Bewertungsausschuss gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V folgende quartalsweise anzuwendende Verfahren vor.

Diese Vorgaben gelten für die Partner der Gesamtverträge nach § 83 SGB V, die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach §§ 63 Abs. 1 bzw. 73b Abs. 4 SGB V sind bzw. auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a SGB V sind.

Kommt eine Einigung über einen Bereinigungsvertrag oder die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a SGB V nach diesem Beschluss nicht zustande, können gemäß § 73b Abs. 7 Satz 4 SGB V i. d. F. des GKV-VSG jeweils auch die Vertragspartner der Verträge nach §§ 63 Abs. 1 bzw. 73b Abs. 4 SGB V, bzw. auch die Krankenkassen, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a SGB V sind, das Schiedsamt nach § 89 SGB V anrufen.

Nach § 140a Abs. 1 Satz 3 SGB V i. d. F. des GKV-VSG fortgeltende Verträge nach §§ 73c und 140a SGB V a. F. werden solange nach dem ggf. bestehenden Bereinigungsvertrag weiterbereinigt, bis die Bereinigungsvertragspartner einen Bereinigungsvertrag nach dem vorliegenden Beschluss getroffen haben; die Vorgaben zur Bereinigung für Verträge nach § 140a Abs. 1 SGB V i. d. F. des GKV-VSG nach dem vorliegenden Beschluss gelten für den neuen Bereinigungsvertrag entsprechend.

3. Grundsatz der Differenzbereinigung

Die gemäß Nr. 2.2.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen bestimmten und nach Nr. 2.2.4 desselben Beschlusses bzw. entsprechender Folgebeschlüsse gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – für das jeweilige Abrechnungsquartal fortentwickelten kassenspezifischen bereinigten Behandlungsbedarfe sind gemäß den Nrn. 4 bis 7 einer Differenzbereinigung für Neueinschreiber in und Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen sowie bei einer Änderung des Versorgungsumfangs bestehender Selektivverträge zu unterziehen.

Die Krankenkasse kann bei Verträgen nach §§ 63 und 140a SGB V auf die Bereinigung verzichten, wenn das voraussichtliche Bereinigungsvolumen einer Krankenkasse für einen Vertrag nach §§ 63 und 140a SGB V geringer ist als der Aufwand für die Durchführung dieser Bereinigung. Der Bewertungsausschuss macht hierzu gemäß §§ 64 Abs. 3 sowie 140a Abs. 6 SGB V i. d. F. des GKV-VSG in Nr. 4.7 Vorgaben zur Höhe des Schwellenwertes für das voraussichtliche Bereinigungsvolumen, unterhalb dessen von einer basiswirksamen Bereinigung abgesehen werden kann, zu der pauschalen Ermittlung und Übermittlung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens an die Vertragspartner nach § 73b Absatz 7 Satz 1 SGB V sowie zu dessen Anrechnung beim Aufsatzwert der betroffenen Krankenkasse.

Neueinschreiber gemäß diesem Beschluss sind Versicherte, welche im zu bereinigenden Abrechnungsquartal an einem Selektivvertrag teilnehmen, aber im Vorjahresquartal noch nicht oder unbereinigt teilgenommen haben oder im Vorjahresquartal in einem anderen KV-Bezirk wohnten.

Bestandsteilnehmer gemäß diesem Beschluss sind Versicherte, welche im zu bereinigenden Abrechnungsquartal an einem Selektivvertrag teilnehmen, an dem sie schon im Vorjahresquartal teilgenommen haben, die im Vorjahresquartal im selben KV-Bezirk wohnten und die im Vorjahresquartal bereinigt wurden bzw. waren.

Rückkehrer gemäß diesem Beschluss sind Versicherte, die im Vorjahresquartal an einem Selektivvertrag bereinigt teilgenommen haben und im Abrechnungsquartal nicht mehr, bzw. deren Wohnort nicht mehr im selben KV-Bezirk liegt oder die verstorben sind oder die die Krankenkasse gewechselt haben.

Eine Änderung des Versorgungsumfangs bestehender Selektivverträge gemäß diesem Beschluss liegt vor, wenn sich die im Rahmen des Bereinigungsvertrags genutzte Liste der für die Teilnehmer an diesem Selektivvertrag bereinigten Gebührenordnungspositionen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unter Berücksichtigung eventuell vorgenommener Differenzierungen, etwa nach Fachgruppen, ändert, sofern und soweit

diese Änderung nicht ausschließlich durch eine Anpassung der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bedingt ist oder aufgrund der Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bereinigte Gebührenordnungspositionen zerlegt oder zusammengefasst wurden.

4. Allgemeine Vorgaben

4.1 Verfahrensgrundsätze

Die Partner der Bereinigungsverträge bzw. die Partner der Gesamtverträge stellen folgende Grundsätze sicher:

1. Die Bereinigung erfolgt ausschließlich für selektivvertragliche Leistungen, die den Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 2 und 73 SGB V innerhalb der regional vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechen und welche die kollektivvertragliche Versorgung substituieren. Im Bereinigungsvertrag kann eine Einschränkung auf bereinigungsrelevante Fachgruppen vorgesehen werden, anderenfalls gelten sämtliche Fachgruppen als bereinigungsrelevant.
2. Doppelbereinigungen von Leistungen einer Fachgruppe für einen Versicherten bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen einer Krankenkasse oder aufgrund evtl. Überschneidungen mit einer tatsächlich vorgenommenen Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung sind nicht zulässig. Sofern die Bereinigung einer Leistung nicht gemäß Ziffer 1. auf bestimmte Fachgruppen beschränkt worden ist, erstreckt sich das Doppelbereinigungsverbot für diese Leistungen auf sämtliche Fachgruppen. Bereinigungen erfolgen höchstens, solange der bereinigte Behandlungsbedarf der Krankenkasse für Versicherte mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk noch nicht negativ ist.
3. Erfolgt durch in Selektivverträgen eingeschriebene und bereinigte Versicherte (auch solche, für die eine historische versorgungsauftragsspezifische Leistungsmenge in Höhe von null bereinigt wurde) eine Inanspruchnahme von selektivvertraglich vereinbarten Leistungen, für die eine Bereinigung erfolgt ist, im Kollektivvertrag, vergütet die Krankenkasse die erbrachten Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Für die Abgrenzung der selektivvertraglich vereinbarten Leistungen, für die eine Bereinigung erfolgt ist, sind sämtliche auch bei der Datenselektion im Rahmen der Bereinigung vereinbarte Selektionskriterien wie beispielsweise ggf. die Einschränkung auf bereinigungsrelevante Arztgruppen und/oder fallbezogene Sachverhalte maßgeblich. Voraussetzung für die Vergütung ist die fristgerechte Lieferung der Daten gemäß Nr. 8. Für die Vergütung der im Rahmen einer nicht

vertragskonformen Inanspruchnahme erbrachten Leistungen vereinbaren die Partner des Bereinigungsvertrages ein Abschlagsverfahren auf Basis des im Vorjahresquartal festgestellten Volumens.

4. Die Bereinigung erfolgt auch für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland, sofern Wohnausländer bei der jeweiligen Krankenkasse innerhalb der MGV der Kassenärztlichen Vereinigung, in der die Bereinigung vorgenommen werden soll, vergütet werden.
5. Zur sachgerechten Berücksichtigung der von am Selektivvertrag teilnehmenden Vertragsärzten veranlassten Laborleistungen kann eine entsprechende Bereinigung erfolgen, wenn die Leistungen von Ärzten erbracht wurden, die in ihrer LANR im EFN-Datensatz an der 8. und 9. Stelle die Ausprägung "48", "49", "55" oder "00" aufweisen.
6. Nehmen in Selektivverträge eingeschriebene Versicherte Leistungen bei bereichsfremden Ärzten anderer KV-Bezirke in Anspruch, kann der für die betreffende Krankenkasse zuständige kassenseitige Partner der Gesamtverträge mit der von der Bereinigung betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung vereinbaren, dass die Verrechnung dieser Leistungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen über den Fremdkassenzahlungsausgleich erfolgt. Wenn dies der Fall ist, ist eine Bereinigung der in fremden KV-Bezirken erbrachten Leistungsmengen nicht zulässig. Die Partner des jeweiligen Bereinigungsvertrages prüfen, ob sich der in fremden KV-Bezirken erbrachte Leistungsbedarf ändert, und ergreifen ggf. geeignete Maßnahmen.
7. Werden von der betreffenden Krankenkasse auch bereichsfremde Leistungen bereinigt, sind diejenigen selektivvertraglich vereinbarten Leistungen, die für am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte in anderen Kassenärztlichen Vereinigungen erbracht werden, von der betreffenden Krankenkasse gemäß den Regelungen zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme nach Ziffer 3. außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren. In diesem Fall ist sicherzustellen, dass diese Leistungen versichertenbezogen erfasst und im Fremdkassenzahlungsausgleich versichertenbezogen geltend gemacht werden.
8. Für Leistungen des durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellten Notdienstes gemäß § 75 Abs. 1b Satz 1 SGB V erfolgt keine Bereinigung.
9. Die Umsetzung der Bereinigung gehört gemäß § 73b Abs. 7 Satz 9 SGB V i. d. F. des GKV-VSG zu den gesetzlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen.

10. Die Partner des Bereinigungsvertrages können zur fristgerechten Umsetzung der Bereinigung auch eine vorläufige Bereinigungsdatenlieferung oder ein Abschlagsverfahren auf Basis der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten und pauschaler Bereinigungsbeträge je Versicherten sowie eine spätere Spitzabrechnung gemäß den Verfahren in Nr. 5.4 bzw. Nr. 6 vereinbaren. Sind für eine fristgerechte Umsetzung der Bereinigung lediglich die Fortschreibungsfaktoren für das zu bereinigende Quartal nicht vollumfänglich bekannt, sind diese Faktoren im Rahmen der vorläufigen Bereinigung nicht zu berücksichtigen.
11. Wird der Selektivvertrag beendet oder beendet die Krankenkasse die Abrechnung über den Selektivvertrag, erfolgt in den folgenden vier Quartalen eine Rückbereinigung von Versicherten, die im jeweiligen Vorjahresquartal Teilnehmer waren, gemäß den Regelungen für Rückkehrer in Nr. 5.4.2 bzw. Nr. 6 sowie eine Lieferung der notwendigen Daten, es sei denn die regionalen Vertragspartner verzichten auf die Datenlieferung. Etwaige Regelungen zur Bereinigung von Anschlussverträgen bleiben davon unberührt.
12. Die Partner der Bereinigungsverträge beobachten die Auswirkungen der Bereinigung auf den kollektivvertraglichen Bereich und prüfen den Umgang mit ggf. stattfindenden und nicht gewünschten Belastungen der kollektivvertraglichen Versorgung, wenn die im Selektivvertrag vereinbarten Inhalte zur Versorgung nicht beachtet werden. Dabei werden sowohl Verlagerungen von den der Bereinigung unterliegenden Leistungen des Selektivvertrages in den Kollektivvertragsbereich als auch Verlagerungen von zunächst nicht der Bereinigung unterliegenden Leistungen vom kollektivvertraglichen Bereich in den Selektivvertragsbereich berücksichtigt. Bei nicht vernachlässigbaren Auswirkungen einigen sich die Partner der Bereinigungsverträge über den Umgang damit.

4.2 Weitere Verfahrensgrundsätze

1. Die Krankenkasse hat den Abschluss und die Beendigung eines Selektivvertrages frühzeitig mitzuteilen und die Verhandlungen zur Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs unmittelbar aufzunehmen.
2. Die Verhandlungen zur erstmaligen Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sind für Bereinigungsverfahren nach Nr. 5 zwölf Wochen und für Bereinigungsverfahren nach Nr. 6 zehn Wochen vor Beginn des zu bereinigenden Quartals abzuschließen. Als erstmalige Bereinigung aufgrund eines Selektivvertrages einer Krankenkasse gilt die erste aufgrund dieses Selektivvertrages erforderliche Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Selektivvertrag wirksam wird (Vertrags-KV).

3. Kommt in dieser Frist eine Einigung nicht zustande, gelten die Verhandlungen als gescheitert mit der Folge, dass das jeweils zuständige Schiedsamt aufgefordert wird, den Bereinigungsvertrag innerhalb einer Frist von sechs Wochen nach Ablauf der Frist nach Ziffer 2. festzusetzen. Im Einvernehmen der Vertragspartner kann auf die Anrufung des Schiedsamtes verzichtet werden, sofern die Vertragsverhandlungen mit Vertragsabschluss-Absicht fortgeführt werden. In diesem Fall erfolgt eine Bereinigung gemäß Nr. 4.1 Ziffer 10. Bei Nichteinigung ist das Schiedsamt zur Entscheidung über die ggf. rückwirkende Festsetzung der Bereinigung der zunächst vorläufig bereinigten Quartale anzurufen.
4. Die Grundsätze und Fristen gemäß Ziffern 1. bis 3. gelten nicht für die Fortführung und Anpassung bereits bestehender Bereinigungsverträge. Kommt ein Folge-Bereinigungsvertrag nicht rechtzeitig vor der Frist zur Lieferung der Bereinigungsdaten zustande, gilt das für das Vorjahr vereinbarte Verfahren der Bereinigung ggf. ohne Berücksichtigung der für das aktuelle Bereinigungsquartal gültigen Fortschreibungsfaktoren gemäß Nr. 5.4.1, viertletzter Absatz, bzw. Nr. 5.4.2, erster Absatz, bzw. Nr. 6.1 Ziffer 6. bzw. Nr. 6.2 Ziffer 6. fort, bis sich die Partner des Bereinigungsvertrages auf einen neuen Bereinigungsvertrag einigen. Nach Abschluss des Folgebereinigungsvertrages erfolgt eine Spitzabrechnung mit vollständiger Datenlieferung. Dabei dürfen in den Satzarten L04 und L05 nicht mehr Versicherte enthalten sein als in der vorläufigen Datenlieferung.
5. Die Krankenkasse hat jeweils bis zu drei Wochen vor Beginn des zu bereinigenden Quartals Daten gemäß Nr. 9 zu liefern, die bei der Ermittlung der Differenzbereinigungsbeträge für das Bereinigungsquartal zu berücksichtigen sind. Im Einvernehmen kann mit Blick auf die Umsetzung der Honorarverteilung die Frist um zwei Wochen nach vorne verschoben werden. Für Bereinigungsverfahren gemäß Nr. 6 erfolgt eine rückwirkende Bereinigung; die Krankenkasse kann in diesem Fall darüber hinaus jeweils, falls die Bereinigungsvertragspartner keine abweichende Lieferfrist vereinbaren, für Bereinigungsverfahren gemäß Nr. 6.1 bis zu zehn Wochen nach Ablauf des zu bereinigenden Quartals und für Bereinigungsverfahren gemäß Nr. 6.2 bis zu 3 Wochen vor Ablauf des zu bereinigenden Quartals Daten gemäß Nr. 9 liefern, die bei der Ermittlung der Differenzbereinigungsbeträge für das Bereinigungsquartal zu berücksichtigen sind. Im Einvernehmen kann die Frist gemäß Nr. 6.2 um zwei Wochen nach vorne verschoben werden.
6. Die Krankenkasse kann für Bereinigungsverfahren gemäß Nr. 5 bis zu zehn Arbeitstage vor dem Ende des zu bereinigenden Quartals hinsichtlich der eventuellen Stornierung von mit der Datenlieferung nach Ziffer 5. gemeldeten Neueinschreibern für das gesamte Quartal korrigierte Teilnahmedaten in der Satzart L05 mit entsprechend korrigierten vertragsbezogenen Gesamtbereinigungsdaten in der Satzart L06 unter Beibehaltung der zuletzt gemeldeten Altersklassendurchschnitte

in Feld 06 bis 08 liefern, die bei der Rechnungslegung des gemäß Nr. 5 differenzbereinigten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sowie den Berechnungen nach Nr. 7 zu berücksichtigen sind. Im Einvernehmen kann auf eine Lieferung korrigierter Teilnahmedaten verzichtet oder eine Ausweitung der Korrekturmöglichkeit der Teilnahmedaten auch hinsichtlich der Bestandsteilnehmer vereinbart werden.

7. Wenn eine Bereinigungsmenge nicht rechtzeitig vereinbart worden ist, ist das Schiedsamt anzurufen. Bis zur Entscheidung erfolgt gemäß § 73b Abs. 7 Satz 6 SGB V i. d. F. des GKV-VSG eine vorläufige Bereinigung auf Basis der gemäß Nr. 9 gelieferten Daten sowie eine spätere Spitzabrechnung gemäß den Verfahren in den Nrn. 5.4 bzw. 6.

4.3 Umsetzung durch die Gesamtvertragspartner

Die Inhalte der vertraglichen Regelungen zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs werden durch die Kassenärztliche Vereinigung und den für die bereinigende Krankenkasse zuständigen kassenseitigen Partner der Gesamtverträge vereinbart und umgesetzt. Dies gilt auch für den Fall der KV-übergreifenden Bereinigung nach Nr. 4.5.

Die zuständigen Vertragspartner können einvernehmlich ein von den Vorgaben gemäß Nrn. 4.5, 5 und 6 abweichendes Verfahren festlegen.

4.4 Quartalsweise Bereinigung

Es erfolgt eine quartalsweise Differenzbereinigung des Behandlungsbedarfs. Dabei werden jeweils die Neueinschreiber in und Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen sowie ggf. Änderungen des Versorgungsumfangs gemäß Nr. 3 letzter Absatz bestehender Selektivverträge für Bestandsteilnehmer zwischen dem Abrechnungsquartal und dem Vorjahresquartal ausgeglichen. Die so festgestellten Bereinigungen führen zu einer in Bezug auf die entsprechenden Quartale der Folgejahre basiswirksamen Veränderung des bereinigten vereinbarten Behandlungsbedarfs.

4.5 KV-übergreifende Bereinigung

Wenn Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnsitz im Bezirk einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung (Wohnort-KV) am Selektivvertrag in der Vertrags-KV teilnehmen, wird die Bereinigung in der Wohnort-KV vorgenommen.

Hierzu wird zwischen der Wohnort-KV und dem zuständigen kassenseitigen Partner der Gesamtverträge gemäß § 83 SGB V in der Wohnort-KV eine Vereinbarung zur KV-übergreifenden Bereinigung geschlossen. Diese Vereinbarung legt die Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für die Fälle der KV-übergreifenden Bereinigung,

d. h. für die an Selektivverträgen in einer Vertrags-KV teilnehmenden Versicherten mit Wohnort in der Wohnort-KV, fest.

Dabei wird die Differenzbereinigung gemäß Nr. 5 bzw. Nr. 6 gegenüber der Wohnort-KV durchgeführt, wobei die Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Wohnort-KV anzuwenden und neben den bereichseigenen auch bereichsfremde Leistungen zu berücksichtigen sind.

Die Krankenkasse oder der für sie zuständige kassenseitige Partner der Gesamtverträge und die Kassenärztliche Vereinigung können gemäß § 87a Abs. 5 Satz 9 SGB V i. d. F. des GKV-VSG aus Vereinfachungsgründen zudem eine pauschale Bereinigung für die jeweiligen Neueinschreiber vereinbaren. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob für die jeweiligen Neueinschreiber der durchschnittliche Bereinigungsbetrag der am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten in der Vertrags-KV, ggf. modifiziert um einen einvernehmlich festgestellten Anpassungsfaktor, vereinbart werden kann.

Die Krankenkasse oder der für sie zuständige kassenseitige Partner der Gesamtverträge kann gemäß § 73b Abs. 7 Satz 7 SGB V i. d. F. des GKV-VSG verlangen, dass das geltende Bereinigungsverfahren der Vertrags-KV für die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in einer abweichenden Wohnort-KV anerkannt und umgesetzt wird; dies gilt gemäß § 140a Abs. 6 Satz 1 SGB V i. d. F. des GKV-VSG ebenfalls für Verträge nach § 140a SGB V. Wenn dieses Verfahren anstelle eines anderen bereits vereinbarten Bereinigungsverfahrens angewendet werden soll, ist ein Vorlauf von zwei Quartalen einzuhalten.

Bei KV-übergreifender Bereinigung liefert die betreffende Krankenkasse die für das vereinbarte Bereinigungsverfahren erforderlichen Daten gemäß Nr. 9 unter Beachtung von Nr. 9 lit. d) an die jeweilige Wohnort-KV.

4.6 Möglichkeit der deklaratorischen Bereinigung

Für Selektivverträge, die mit Kassenärztlichen Vereinigungen oder deren Arbeitsgemeinschaften abgeschlossen werden, kann einvernehmlich festgelegt werden, dass die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V deklaratorisch unter quartalsweiser einvernehmlicher Feststellung des sich aus dem jeweiligen Selektivvertrag ergebenden Bereinigungsanteils des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V erfolgt. Die Umsetzung der deklaratorischen Bereinigung erfolgt hinsichtlich ihrer Berücksichtigung bei der Bestimmung der kassenspezifischen Behandlungsbedarfe gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V gemeinsam und einheitlich in Abstimmung zwischen den Gesamtvertragspartnern. Dabei ist eine Benachteiligung uneteiligter Krankenkassen auszuschließen. Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, dem Bewertungsausschuss jährlich bis zum 1. August über den Umfang de-

klaratorischer Bereinigung im vorherigen Kalenderjahr und über eventuelle Auswirkungen auf die kassenspezifischen Behandlungsbedarfe zu berichten, sofern im jeweiligen Berichtszeitraum gemäß der Datenlieferung gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 385. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) eine deklaratorische Bereinigung vorgenommen wurde.

Haben sich die Partner des Bereinigungsvertrages auf das Verfahren der deklaratorischen Bereinigung geeinigt, erfolgt der Austausch der Datengrundlagen zwischen der den Selektivvertrag abschließenden Krankenkasse und der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung analog dem Verfahren gemäß Nr. 9.

4.7 Möglichkeit des Bereinigungsverzichts

Eine Krankenkasse kann bei Verträgen nach §§ 63 und 140a SGB V unter den folgenden Bedingungen auf eine Bereinigung verzichten, weil das voraussichtliche Bereinigungsvolumen geringer ist als der Aufwand für die Durchführung einer Bereinigung.

1. Die Krankenkasse kann nur freiwillig auf die Bereinigung verzichten und braucht hierfür keinen Bereinigungsvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung abzuschließen. Die Kassenärztliche Vereinigung ist unverzüglich darüber in Kenntnis zu setzen.
2. Ein Bereinigungsverzicht ist für einen Vertrag in einem KV-Bezirk nur solange möglich, wie das pauschal ermittelte voraussichtliche Bereinigungsvolumen gemäß Ziffer 4. für kein Quartal einen Betrag von 5.000 € überschritten hat oder erstmals höchstens drei Quartale zuvor einen Betrag von 5.000 € überschritten hat (Schwellenwert).
3. Ist ein Bereinigungsverzicht gemäß Ziffer 2. aufgrund der Überschreitung des Schwellenwertes nicht mehr möglich, so ist eine Bereinigung nach den Vorgaben dieses Beschlusses aufzunehmen. Dabei erfolgt keine nachträgliche Bereinigung des entgangenen Bereinigungsvolumens. Dabei gelten allerdings abweichend von Nr. 5 sämtliche Teilnehmer in den ersten vier Bereinigungsquartalen als Neueinschreiber und zur Ermittlung ihrer individuellen Bereinigungsbeträge ist auf die Abrechnungsdaten des Vorjahresquartals ihrer erstmaligen Teilnahme oder Ersatzwerte gemäß Nr. 5.4.1 lit. b) zurückzugreifen. Analog gelten abweichend von Nr. 6 in den ersten vier Bereinigungsquartalen sämtliche Teilnehmer im jeweiligen Vorjahresquartal als Nichtteilnehmer. In den ersten vier Bereinigungsquartalen ist zusätzlich das Verfahren gemäß Ziffer 7. zur Anrechnung des voraussichtlichen Bereinigungsvolumens des Vorjahresquartals bei den Aufsatzwerten für den Behandlungsbedarf anzuwenden.

4. Zur Schwellenwertprüfung gemäß Ziffer 2. ermittelt die Krankenkasse in jedem Quartal mit Bereinigungsverzicht für den betreffenden Vertrag und den betreffenden KV-Bezirk das voraussichtliche Bereinigungsvolumen pauschal als Produkt aus der dem KV-Bezirk zuzuordnenden tatsächlichen Teilnehmerzahl im jeweiligen Quartal und der Summe der Bewertungen der dem jeweiligen selektivvertraglichen Versorgungsauftrag ggf. anteilig entsprechenden Gebührenordnungspositionen gemäß Euro-Gebührenordnung in der Abgrenzung der jeweiligen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
5. Zur Aufsatzwertbestimmung gemäß Ziffer 7. ermittelt die Krankenkasse für jedes Quartal mit Bereinigungsverzicht für den betreffenden Vertrag und den betreffenden KV-Bezirk darüber hinaus erneut das voraussichtliche Bereinigungsvolumen pauschal als Produkt aus der dem KV-Bezirk zuzuordnenden tatsächlichen Teilnehmerzahl im jeweiligen Quartal und der Summe der Bewertungen der dem jeweiligen selektivvertraglichen Versorgungsauftrag ggf. anteilig entsprechenden Gebührenordnungspositionen gemäß Euro-Gebührenordnung, allerdings in der Abgrenzung der jeweiligen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Folgejahresquartals.
6. Die gemäß Ziffer 4. bzw. 5. pauschal ermittelten voraussichtlichen Bereinigungsvolumina und tatsächlichen Teilnehmerzahlen werden spätestens zehn Wochen nach Ablauf des Quartals bzw. des Folgejahresquartals gemäß § 87a Abs.6 SGB V über den GKV-Spitzenverband und das Institut des Bewertungsausschusses an die jeweiligen regionalen Gesamtvertragspartner übermittelt, wobei die kassenartenspezifischen Gesamtvertragspartner kassen- und kassenartenbezogene Angaben nur für die der Empfängerarten angehörigen Krankenkassen erhalten. Der Bewertungsausschuss hat das Nähere zu dieser Datenübermittlung in seinem Beschluss aus seiner 363. Sitzung, geändert durch Teil B des Beschlusses aus seiner 369. Sitzung, bzw. in Folgebeschlüssen geregelt.
7. Die gemäß Ziffer 5. pauschal ermittelten und gemäß Ziffer 6. an die jeweiligen regionalen Gesamtvertragspartner übermittelten voraussichtlichen Bereinigungsvolumina werden bei der Berechnung der kassenspezifischen Aufsatzwerte gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V mit Wirkung für das jeweilige Folgejahresquartal eines Quartals mit Bereinigungsverzicht gemäß Nr. 2.2.1.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019, bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen berücksichtigt. Sofern das voraussichtliche Bereinigungsvolumen eines Selektivvertrages einer Krankenkasse 500 € überschreitet, wird bei der Berechnung der kassenspezifischen Anteile in Nr. 2.2.2 des genannten Beschlusses bzw. entsprechender Folgebeschlüsse nach der Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen das gemäß

Ziffer 5. für das Vorjahresquartal für die jeweilige Krankenkasse im jeweiligen KV-Bezirk ermittelte und gemäß Ziffer 6. vorliegende voraussichtliche Bereinigungsvolumen bei der jeweiligen Krankenkasse hinzuaddiert. Der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung steht es frei, die Addition gemäß dem vorhergehenden Satz auch vorzunehmen, wenn das voraussichtliche Bereinigungsvolumen eines Selektivvertrages einer Krankenkasse höchstens 500 € beträgt.

5. Vorgaben zur Bereinigung für Neueinschreiber und Rückkehrer bei Verträgen gemäß §§ 63, 73b und 140a SGB V mit einem Versorgungsauftrag, der sich an Versicherte richtet, die entsprechende Leistungen in der Regel bereits im Vorjahresquartal der erstmaligen Teilnahme in Anspruch genommen haben

Für Selektivverträge mit einem Versorgungsauftrag, der sich an Versicherte richtet, die entsprechende Leistungen in der Regel bereits im Vorjahresquartal der erstmaligen Teilnahme in Anspruch genommen haben, wird das in diesem Abschnitt dargestellte Bereinigungsverfahren angewendet. Da die Versicherten diese Behandlung üblicherweise bereits in der Vergangenheit erhalten haben und dieser üblicherweise auch dauerhaft bedürfen, wird grundsätzlich auf individuelle historische Leistungsbedarfe der jeweiligen Versicherten zurückgegriffen.

5.1 Abstimmung der notwendigen Datengrundlagen und Berechnungen

Voraussetzung für die Durchführung der Bereinigung ist die termingerechte Bereitstellung der der Bereinigung zugrundeliegenden Daten gemäß Nr. 9 an die jeweils betroffene Kassenärztliche Vereinigung. Die den Selektivvertrag abschließende Krankenkasse stellt der jeweils betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung und ggf. dem jeweils zuständigen Verband der Krankenkasse auf Landesebene (sofern es sich bei dem zuständigen Verband der Krankenkasse auf Landesebene selbst um eine Krankenkasse handelt, nur sofern und soweit die den Selektivvertrag abschließende Krankenkasse dies für notwendig erachtet), die für die Bereinigung erforderlichen Datengrundlagen gemäß Nr. 9 in geeigneter Weise maschinenles- und -verarbeitbar in der gemäß Nr. 4.2 Ziffer 5. vorgesehenen Frist vor dem nächsten bzw. ersten Bereinigungsquartal bzw. Stornierungen gemäß Nr. 4.2 Ziffer 6. zur Verfügung. Nach Eingang der Daten bei der Kassenärztlichen Vereinigung hat diese die Gelegenheit, die Daten innerhalb von zehn Arbeitstagen zu prüfen und den Krankenkassen das Ergebnis sowie die festgestellten Implausibilitäten im Einzelnen schriftlich unter Angabe der konkreten Datenkonstellation sowie der Begründung, warum es sich um eine Implausibilität handeln soll, mitzuteilen. Die Krankenkasse kann in diesem Falle innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Mitteilung des Prüfergebnisses der Kassenärztlichen Vereinigung korrigierte Daten unter Angabe des Korrekturverfahrens liefern, die bei der Bereinigung zu berücksichtigen sind. Diese

Korrektur kann maximal zweimal erfolgen. Die Vertragspartner verständigen sich über weitere Maßnahmen, die dem Ziel der Verbesserung der Datenqualität dienen.

Bei Fortbestehen der Nichteinigung kann das Schiedsamt angerufen werden. Sofern zu den im Protokoll der Prüfergebnisse aufgezeigten Fehlern keine Korrekturlieferung vorliegt, können sich die Partner des Bereinigungsvertrages darauf verständigen, dass diese bei der weiteren Verarbeitung ausgeschlossen und nicht bereinigungswirksam werden.

Kommt eine Einigung über die Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V über Teile der zur Bereinigung abzustimmenden Daten hinsichtlich der Plausibilität und Richtigkeit auf Grund von Unstimmigkeiten bis zum Ende der Prüffrist nicht zustande, so ist gemäß Nr. 4.1 Ziffer 10. bzw. Nr. 4.2 Ziffer 7. zu verfahren.

5.2 Feststellung der infolge des Selektivvertrages aus dem Behandlungsbedarf entfallenden bereinigungsrelevanten ärztlichen Leistungen des EBM

Voraussetzung für die Durchführung der Bereinigung ist die Darlegung über Art und Umfang der Leistungen, die durch den Beitritt eines Versicherten zu einem Vertrag gemäß §§ 63 Abs. 1, 73b Abs. 4 und 140a SGB V aus dem Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V entfallen. Dabei ist auch eine Abgrenzung nach den von der Krankenkasse benannten Arztgruppen zu berücksichtigen.

Wenn diese Leistungen nicht eindeutig beschrieben werden können, ist das Einvernehmen über die Feststellung der den Inhalten der Versorgung nach den Verträgen gemäß §§ 63 Abs. 1, 73b Abs. 4 und 140a SGB V entsprechenden Gebührenordnungspositionen des EBM ggf. einschließlich Suffices und Pseudoziffern innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in der jeweiligen Wohnort-KV herzustellen. Eine Nichteindeutigkeit kann z. B. vorliegen, wenn einzelne Leistungsbestandteile aus einer Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale des EBM selektivvertraglich vereinbart werden.

Das Einvernehmen über die Abbildung der aus dem Behandlungsbedarf entfallenden Leistungen in Gebührenordnungspositionen des EBM ggf. einschließlich Suffices, Pseudoziffern und Höchstwertziffern sowie ggf. deren Abgrenzung nach Arztgruppen und/oder fallbezogenen Sachverhalten sollte bereits im Vorfeld der zugehörigen Bereinigungsdatenlieferung hergestellt werden. Die Partner des Bereinigungsvertrages haben sicherzustellen, dass alle zu einer Bereinigung herangezogenen GOPen, die im Bereinigungsquartal gegenüber dem Abrechnungsquartal in neue GOPen überführt wurden, in der Satzart L08 abgebildet sind.

5.3 Differenzbereinigung bei Änderungen des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs

Ändert sich der behandlungsbedarfsrelevante Inhalt und Versorgungsumfang eines bestehenden Selektivvertrages zwischen dem Vorjahres- und dem aktuellen Quartal, so sind die Auswirkungen von der vertragsschließenden Krankenkasse darzulegen und eine Differenzbereinigung (positiv oder negativ) für alle Bestandsteilnehmer hinsichtlich der Veränderung ihres selektivvertraglichen Versorgungsumfangs vorzunehmen. Dies gilt u.a. auch bei einer Änderung der zu bereinigenden Arztgruppen.

Es findet jedoch keine Differenzbereinigung für Bestandsteilnehmer statt, sofern und soweit eine Änderung der behandlungsbedarfsrelevanten Inhalte und Versorgungsumfänge des Selektivvertrags ausschließlich aufgrund einer Anpassung der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bedingt ist. Dies gilt sowohl für GOP-bezogene als auch für fallbezogene Anpassungen der MGV-Abgrenzung.

Ebenfalls findet keine Differenzbereinigung für Bestandsteilnehmer statt, wenn die den Inhalten der selektivvertraglichen Versorgung entsprechenden Gebührenordnungspositionen aufgrund der Weiterentwicklung des EBM zerlegt oder zusammengefasst werden; der Bewertungsausschuss beschließt hierzu jeweils in Verbindung mit der jeweiligen Weiterentwicklung des EBM einen Katalog der in diesem Sinne vergleichbaren Gruppen von Gebührenordnungspositionen.

Bei Nichteindeutigkeit bezüglich der Darstellung im EBM ist zwischen den zuständigen Partnern der Gesamtverträge über die Auswirkung dieser Änderungen auf die Bereinigung ebenfalls unverzüglich das Einvernehmen herzustellen.

5.3.1 Erweiterung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs

Für die unter Berücksichtigung eventuell vorgenommener Differenzierungen, etwa nach Fachgruppen oder fallbezogenen Sachverhalten, gegenüber dem Vorjahresquartal neu in den selektivvertraglichen Versorgungsumfang aufgenommenen behandlungsbedarfsrelevanten Gebührenordnungspositionen wird die so abgegrenzte und gemäß dem Verfahren nach Nr. 5.4.1 ermittelte und angepasste Leistungsmenge des Vorjahresquartals der Bestandsteilnehmer des aktuellen Quartals bereinigt. Im Einvernehmen kann von dieser Regelung durch die Partner des Bereinigungsvertrages abgewichen werden. Diese Regelung umfasst nicht Änderungen der behandlungsbedarfsrelevanten Inhalte und Versorgungsumfänge des Selektivvertrags ausschließlich aufgrund einer Anpassung der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (GOP- und/oder fallbezogen).

5.3.2 Reduzierung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs

Für die unter Berücksichtigung eventuell vorgenommener Differenzierungen, etwa nach Fachgruppen oder fallbezogenen Sachverhalten, gegenüber dem Vorjahresquartal aus dem selektivvertraglichen Versorgungsumfang entfallenden Gebührenordnungspositionen wird das Verfahren gemäß Nr. 5.4.1 nur mit den entfallenden Gebührenordnungspositionen für die Neueinschreiber des Vorjahresquartals, die im entsprechenden Quartal nicht gemäß Nr. 5.4.1 lit. b) mit dem Durchschnitt bereinigt wurden, in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Vorjahresquartals wiederholt. Zur Ermittlung eines Anteils wird die sich so ergebende Bereinigungsmenge durch die jeweils mit dem ursprünglichen Versorgungsumfang für die Neueinschreiber des Vorjahresquartals, die im entsprechenden Quartal nicht gemäß Nr. 5.4.1 lit. b) mit dem Durchschnitt bereinigt wurden, ermittelte Bereinigungsmenge geteilt. Für das aktuelle Bereinigungsquartal wird die Punktzahl, die sich aus Nr. 7.1 Schritt b) vertragspezifisch ergibt, multipliziert mit dem wie zuvor beschrieben berechneten Anteil, pauschal als Rückbereinigungsmenge zugesetzt. Die Partner der Bereinigungsvereinbarung prüfen bei geringen Neueinschreiber-Zahlen, ob der so bestimmte Betrag plausibel ist und einigen sich ggf. über Anpassungen. Im Einvernehmen kann von dieser Regelung durch die Partner des Bereinigungsvertrages abgewichen werden. Diese Regelung umfasst nicht Änderungen der behandlungsbedarfsrelevanten Inhalte und Versorgungsumfänge des Selektivvertrags ausschließlich aufgrund einer Anpassung der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (GOP- und/oder fallbezogen).

5.4 Berechnung des für ein Quartal zu bereinigenden Behandlungsbedarfs

Die Bereinigung erfolgt jeweils für ein Kalenderquartal gemäß den nach Nr. 9 von der Krankenkasse an die betreffende Kassenärztliche Vereinigung übermittelten Daten.

5.4.1 Differenzbereinigung für Neueinschreiber

Von dem für das aktuelle Quartal unter Beachtung der Vorgaben in Nr. 2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019 bzw. entsprechender Folgebeschlüsse vereinbarten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V wird für Neueinschreiber gegenüber dem Vorjahresquartal, d. h. für Selektivvertragsteilnehmer, die im Abrechnungsquartal an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag teilnehmen, aber im Vorjahresquartal noch nicht teilnahmen oder im Vorjahresquartal ohne Bereinigung teilnahmen oder im Vorjahresquartal in einem anderen KV-Bezirk wohnten, der zu bereinigende Behandlungsbedarf gemäß dem jeweils für das Quartal geltenden selektivvertraglichen Versorgungsauftrag abgezogen.

Die historische versorgungsauftragsspezifische Leistungsmenge des Vorjahresquartals für die in selektivvertragliche Versorgungsmodelle im zu bereinigenden Abrechnungsquartal neu eingeschriebenen Versicherten wird von den Krankenkassen auf Basis der gemäß § 295 Abs. 2 SGB V (Einzelfallnachweise) vorliegenden Daten des Vorjahresquartals unter Berücksichtigung von Fällen mit Ersatzverfahren wie folgt ermittelt:

- a) Für Versicherte, die im zu bereinigenden Quartal an einem Selektivvertrag teilnehmen und die im Vorjahresquartal noch nicht teilgenommen haben (Neueinschreiber), wird die sachlich-rechnerisch richtiggestellte Leistungsmenge des Vorjahresquartals in Euro gemäß dem jeweiligen die Kollektivversorgung ersetzenden, für dieses Quartal geltenden Versorgungsauftrag des Selektivvertrages unter Berücksichtigung bereinigungsrelevanter Fachgruppen ohne GOP- und/oder fallbezogen extrabudgetär vergütete Sachverhalte erhoben. Die in Punkten bewerteten Leistungen sind dabei mit dem regionalen Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V des Vorjahresquartals in Euro umzurechnen. Die Partner des Bereinigungsvertrags können für Neueinschreiber einvernehmlich abweichende Verfahren zum Ausschluss fallbezogen extrabudgetär vergüteter Sachverhalte umsetzen.
- b) Sofern der Neueinschreiber im maßgeblichen Vorjahresquartal nicht bei der betreffenden Krankenkasse versichert war oder seinen Wohnsitz nicht in der von der Bereinigung betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung hatte oder ohne Bereinigung am Selektivvertrag teilnahm, wird die durchschnittliche vertragspezifische historische Leistungsmenge, differenziert nach den drei Altersklassen bis zum vollendeten 5. Lebensjahr (0 - 4), ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr (5 - 58) sowie ab Beginn des 60. Lebensjahres (59+) herangezogen. Das Alter des Versicherten wird zum Stichtag 31. Dezember des Kalenderjahres vor dem zu bereinigenden Abrechnungsquartal ermittelt. Sollten für eine Krankenkasse weniger als 50 Neueinschreiber am Selektivvertrag teilnehmen, die ihren Wohnsitz im Vorjahresquartal in der von der Bereinigung betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung hatten und im Vorjahresquartal bei der betreffenden Krankenkasse versichert waren, können die Vertragspartner Pauschalbeträge vereinbaren. Bei der Ermittlung der vertragspezifisch durchschnittlichen Leistungsmenge je Versichertem sind auch die Versicherten zu berücksichtigen, deren nach den o. g. Vorgaben ermittelte Leistungsmenge im Vorjahresquartal null war.
- c) Für die Ermittlung der Leistungsmenge bei Versicherten mit Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vereinbaren die Partner des Bereinigungsvertrages ein geeignetes separates Ersatzverfahren.
- d) Bei Versicherten, die aufgrund von Statuswechseln eine gegenüber dem Vorjahresquartal abweichende Krankenversicherungsnummer haben, ist sicherzustellen,

dass die unter der alten Versichertennummer abgerechneten Leistungen in die Ermittlung der versichertenbezogenen Bereinigungsmenge eingehen.

- e) Für Versicherte mit Wohnort in einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung als der Vertrags-KV wird der zu bereinigende Leistungsbedarf gemäß Nr. 4.5 ermittelt.

Der zu bereinigende Behandlungsbedarf für Neueinschreiber ergibt sich durch Fortschreibung der so ermittelten historischen versorgungsauftragspezifischen Leistungsmenge des Vorjahresquartals in Euro um die mit Wirkung für das Kalenderjahr des zu bereinigenden Abrechnungsquartals gegenüber dem Vorjahr von den Gesamtvertragspartnern vereinbarten Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie den basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses. Der so fortgeschriebene Wert ist darüber hinaus zu multiplizieren mit dem Verhältnis des für die Wohnort-KV im Vorjahresquartal insgesamt vereinbarten bereinigten und gemäß Nr. 2.2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen festgestellten Behandlungsbedarfs zur für das Vorjahresquartal in der Wohnort-KV insgesamt gemäß Nr. 2.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen festgestellten Leistungsmenge nach Euro-Gebührenordnung, jeweils in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des zu bereinigenden Abrechnungsquartals. Bei der Bestimmung dieses Verhältnisses sind die gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3, 4 und 6 SGB V (TSVG) extrabudgetär vergüteten Leistungen entsprechend der fallbezogenen Kennzeichnung im Vorjahresquartal auszuschließen. Sofern gemäß Nr. 4.1 Ziffer 1 im Bereinigungsvertrag eine Einschränkung auf bereinigungsrelevante Fachgruppen vorgesehen ist, kann alternativ einvernehmlich das für den jeweiligen KV-Bezirk bestimmte Verhältnis des Honorars zur Leistungsmenge nach Euro-Gebührenordnung der Leistungen in der Abgrenzung des selektivvertraglichen Ziffernkranzes und der betroffenen Arztgruppen im Vorjahresquartal, jeweils in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des zu bereinigenden Abrechnungsquartals dividiert durch den für das Vorjahresquartal in der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung gültigen Punktwert, verwendet werden. Bei der Bestimmung des Verhältnisses von Honorar zu Leistungsmenge sind die gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3, 4 und 6 SGB V (TSVG) extrabudgetär vergüteten Leistungen entsprechend der fallbezogenen Kennzeichnung im Vorjahresquartal auszuschließen.

Für den Fall, dass ein Selektivvertrag gekündigt wird und ein inhaltlich an den gekündigten Selektivvertrag anschließender Vertrag (Anschlussvertrag) geschlossen wird, kann

unter anderem auf die Bereinigungsdaten des gekündigten Selektivvertrages oder die letztverfügbaren Abrechnungsdaten zurückgegriffen werden. Dies gilt analog bei Fusionen von Krankenkassen. Über die Details einigen sich die Partner des Bereinigungsvertrages.

Bei der Rechnungslegung für das zu bereinigende Abrechnungsquartal sind zudem gemäß Nr. 4.2 Ziffer 6. korrigierte Teilnahmedaten zu berücksichtigen.

Im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie hat der Bewertungsausschuss in seiner 519. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossen, dass die Verwendbarkeit der für die Bereinigungsquartale des Jahres 2021 heranzuziehenden Daten quartale zu überprüfen ist. Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass die heranzuziehenden Daten quartale für die Bereinigungsquartale des gesamten Jahres 2021 nicht verwendbar sind. Daher ist von den regionalen Gesamtvertragspartnern für Neueinschreiber im Jahr 2021 anstelle lit. a) des üblichen Verfahrens mit Bezug auf das Vorjahresquartal, die für das jeweilige Bereinigungsquartal des Jahres 2020 auf Basis der Daten in 2019 bestimmte altersklassenspezifische durchschnittliche vertragspezifische historische Leistungsmenge gemäß lit. b) heranzuziehen und mit den für das Vorjahresquartal vereinbarten Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter jeweiliger Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie den entsprechenden basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses fortzuschreiben und im dritten Absatz das Verhältnis von Behandlungsbedarf zu Leistungsmenge ebenfalls aus dem jeweiligen Quartal des Jahres 2019 heranzuziehen. Sofern relevant, sind sowohl bei der Leistungsmenge gemäß lit. b) als auch bei dem Verhältnis von Behandlungsbedarf zu Leistungsmenge im dritten Absatz die zwischenzeitlich erfolgte TSVG-Bereinigung und die Auswirkungen der EBM-Reform abzubilden.

Der zu bereinigende Behandlungsbedarf für Neueinschreiber kann gemäß § 73b Abs. 7 Satz 3 SGB V i. d. F. des GKV-VSG auch pauschaliert ermittelt werden. Anstelle der individuellen historischen Leistungsmenge kann dabei ein Durchschnittswert bereinigt werden, der um die jeweiligen jährlichen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie den basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses fortzuschreiben ist.

5.4.2 Differenzbereinigung für Rückkehrer

Für Versicherte, die im Vorjahresquartal an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag teilgenommen haben und im Abrechnungsquartal nicht mehr teilnehmen bzw. deren Wohnort nicht mehr im selben KV-Bezirk liegt, wird die Punktzahl, die sich aus Nr. 7.1

Schritt d) vertragsspezifisch ergibt, durch die für das Vorjahresquartal endgültig abgestimmte Anzahl der Teilnehmer geteilt und jeweils pauschal wieder zugesetzt. Dies gilt auch

- für Versicherte, die vor ihrem Wechsel in eine andere Krankenkasse an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag teilgenommen haben und bereinigt wurden,
- für Versicherte, deren Wohnort zwischen dem Vorjahresquartal und dem Abrechnungsquartal in einen anderen KV-Bezirk wechselt, sowie
- für Versicherte, die im Vorjahresquartal an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag teilgenommen haben und bis zum Zeitpunkt der Bereinigungsdatenlieferung für das aktuelle Abrechnungsquartal verstorben sind.

Die entsprechenden pauschalen Rückbereinigungsmengen sind von der Krankenkasse versichertenspezifisch in der Satzart L07 in der Datenlieferung gemäß Nr. 9 auszuweisen.

Die Partner der Bereinigungsverträge beobachten die Entwicklung der pauschalen Rückbereinigungsmengen dahingehend, ob sich die Rückkehrer insbesondere hinsichtlich ihrer Altersstruktur systematisch von der Gesamtheit der Bestandsteilnehmer unterscheiden und prüfen die Notwendigkeit eventueller Anpassungen; dies gilt nicht für den Fall einer Vertragsbeendigung mit Rückbereinigung sämtlicher Teilnehmer.

6. Vorgaben zur Bereinigung bei Verträgen gemäß §§ 63 und 140a SGB V mit einem Versorgungsauftrag, der sich an Versicherte richtet, die entsprechende Leistungen in der Regel nicht bereits im Vorjahresquartal der erstmaligen Teilnahme in Anspruch genommen haben (situative Teilnahme von Versicherten)

Eine situative Teilnahme an einem Selektivvertrag liegt vor, wenn bestimmte, nach EBM definierte einzelne Leistungen oder eine Zusammenstellung von mehreren nach EBM definierten Leistungen selektivvertraglich erbracht werden und die Versicherten diese Behandlung üblicherweise bisher nicht erhalten haben. In diesem Fall erfolgt eine basiswirksame Differenzbereinigung entsprechend den folgenden Vorgaben.

Dabei sind grundsätzlich die beiden folgenden Fälle zu unterscheiden:

- A) Der Versorgungsauftrag umfasst eine nicht auf Dauer ausgelegte Behandlung, die für einen einzelnen Versicherten in der Regel nur während eines begrenzten Zeitraums von maximal vier Quartalen erbracht wird. In diesem Fall legen die Partner des Bereinigungsvertrages nach den Vorgaben in Nr. 6.1 eine pauschale Bereinigungsmenge je in Anspruch nehmendem Versicherten und Quartal fest und multiplizieren diese mit einer von der Krankenkasse zu liefernden Anzahl an Patienten mit entsprechender situativer Teilnahme an dem Selektivvertrag in einem Quartal. Die durchschnittliche pauschale Bereinigungsmenge wird hierzu kalenderjährlich

anhand der historischen und versorgungsauftragsspezifischen Leistungsmenge der historischen Inanspruchnehmer bestimmt.

- B) Der Versorgungsauftrag umfasst eine auf Dauer ausgelegte Versorgung der Selektivvertragsteilnehmer mit den definierten Leistungen innerhalb des Selektivvertrages, wobei sich die Teilnehmer situativ in den Selektivvertrag einschreiben und in der Regel, unabhängig vom Ausmaß ihrer tatsächlichen Inanspruchnahme, dauerhaft eingeschrieben bleiben. In diesem Fall legen die Partner des Bereinigungsvertrages nach den Vorgaben in Nr. 6.2 eine pauschale Bereinigungsmenge je Teilnehmer und Quartal fest und multiplizieren diese mit einer von der Krankenkasse zu liefernden Anzahl an Teilnehmern an dem Selektivvertrag in einem Quartal. Die durchschnittliche pauschale Bereinigungsmenge wird hierzu kalenderjährlich anhand der historischen versorgungsauftragsspezifischen Leistungsmenge von allen historischen Versicherten der Krankenkasse bestimmt; dabei ist bei Bedarf eine Risikoadjustierung z. B. durch Differenzierung nach Altersklassen etc. durchzuführen, um dem dauerhaften Entfall der Behandlung der Teilnehmer im Kollektivvertrag bezüglich des selektivvertraglichen Versorgungsauftrags Rechnung zu tragen.

Dabei sind Doppelbereinigungen des Behandlungsbedarfs für einen Versicherten hinsichtlich des gleichen Teils des Behandlungsbedarfs zu vermeiden und fallbezogen ext-rabudgetär vergütete Sachverhalte auszuschließen.

6.1 Vorgaben zur Ermittlung der Differenzbereinigungsmenge für einen versichertenspezifisch nicht auf Dauer ausgelegten Versorgungsauftrag

1. Die Bereinigung erfolgt jeweils für ein Abrechnungsquartal basiswirksam in Höhe des gegenüber dem Vorjahresquartal festzustellenden Differenzbereinigungsvolumens.
2. Die durchschnittliche historische versorgungsauftragsspezifische Leistungsmenge je Patient wird bis spätestens drei Wochen vor dem ersten Bereinigungsquartal und anschließend im Abstand von 12 Monaten auf Basis der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden und auswertbaren Daten des letzten vollständigen Kalenderjahres gemäß § 295 Abs. 2 SGB V (Einzelfallnachweise) unter Berücksichtigung von Fällen mit Ersatzverfahren ermittelt. Im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie hat der Bewertungsausschuss in seiner 519. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossen, dass die Verwendbarkeit des Datenjahres 2020 zu überprüfen ist. Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass die Daten des zweiten und des vierten Quartals des Jahres 2020 für die Bestimmung der durchschnittlichen historischen versorgungsauftragsspezifischen Leistungsmenge je Patient

und für Bestimmung des Verhältnisses von Behandlungsbedarf zu Leistungsmenge gemäß Nr. 6 nicht verwendbar sind. Die Daten dieser zwei Quartale sind nicht in den Vier-Quartals-Zeitraum einzubeziehen (es wird ein Zwei-Quartals-Zeitraum verwendet). Der Bewertungsausschuss überprüft diese Vorgabe und wird sie bei Bedarf anpassen. Für die Überprüfung stellt das Institut des Bewertungsausschusses dem Bewertungsausschuss bis zum 31. Juli 2021 den bundesweiten Leistungsbedarf nach Euro-Gebührenordnung für MGV-Leistungen sowie TSVG-Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 bis 6 SGB V je Versicherten in den nach dem obigen Verfahren zu berücksichtigenden Abrechnungsquartalen des Jahres 2020 abzüglich der Veränderungsrate des gültigen regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V sowie die entsprechenden Werte der entsprechenden Quartale des Jahres 2019 zur Verfügung.

- a) Die in Punkten bewerteten Leistungen sind dabei mit dem im jeweiligen historischen Datenquartal gültigen regionalen Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen. Zur Feststellung der bereinigungsrelevanten Leistungen gilt Nr. 5.2 entsprechend.
- b) In die Berechnung werden für ein Quartal die Patienten einbezogen (Quartalspatienten), die bei der betreffenden Krankenkasse durchgängig versichert waren, aber noch nicht am zu bereinigenden Selektivvertrag teilnahmen, ihren Wohnort durchgängig im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung hatten, deren morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bereinigt werden soll, und für die eine Versorgung gemäß dem Versorgungsauftrag des Selektivvertrages, für welchen eine Bereinigung der MGV vorgenommen werden soll, erfolgte.
- c) Bei der Definition der bereinigungsrelevanten Leistungen sowie der einzubeziehenden Patienten können Eingrenzungen gemäß dem Versorgungsauftrag des Selektivvertrages insbesondere nach folgenden Kriterien vorgenommen werden: Gebührenordnungspositionen ggf. einschließlich Suffices, Arztgruppen, Indikationen des Versicherten, Scheinarten gemäß der Definition im EFN-Datensatz, bereichseigen/bereichsfremd, Alter und Geschlecht des Versicherten.
- d) Die durchschnittliche Leistungsmenge je Patient ergibt sich aus der Summe der für die einbezogenen Quartalspatienten in den entsprechenden Datenquartalen angefallenen bereinigungsrelevanten Leistungsbedarfe (ohne GOP- und/oder fallbezogen extrabudgetär vergütete Sachverhalte), geteilt durch die Zahl der einbezogenen Quartalspatienten. Für den Zeitraum 2. Quartal 2020 bis 4. Quartal 2020 sind zudem die Vorgaben in Anlage 2 zu beachten.

3. Die Krankenkasse stellt der Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung der durchschnittlichen Leistungsmenge je Patient die erforderlichen Daten gemäß Nr. 9 spätestens drei Wochen vor dem ersten Bereinigungsquartal und anschließend im Abstand von 12 Monaten zur Verfügung. Im Einvernehmen kann mit Blick auf die Umsetzung der Honorarverteilung die Frist abweichend geregelt werden.
4. Die Partner des Bereinigungsvertrages können einvernehmlich auch ein anderes Verfahren zur Ermittlung der durchschnittlichen Leistungsmenge je Patient vereinbaren. Im Übrigen besteht gemäß Nr. 4.3 die Möglichkeit, einvernehmlich ein abweichendes Verfahren zur Bereinigung festzulegen.
5. Die Krankenkasse liefert der Kassenärztlichen Vereinigung für das Bereinigungsquartal die Versichertennummern sowie Name, Vorname, Geburtsdatum und Postleitzahl des Wohnorts der den Selektivvertrag in Anspruch nehmenden Versicherten in der gemäß Nr. 4.2 Ziffer 5. vorgesehenen Frist gemäß der Spezifikation in Nr. 9, falls die Bereinigungsvertragspartner keine abweichende Lieferfrist vereinbaren.
6. Die durchschnittliche Bereinigungsmenge je Patient eines Bereinigungsquartals errechnet sich als Produkt aus der durchschnittlichen Leistungsmenge je Patient in Euro gemäß Ziffer 2. bzw. Ziffer 4., den jeweiligen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie den basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, bezogen auf den Zeitraum zwischen dem bei der Berechnung gemäß Ziffer 2. verwendeten Datenjahr und dem Bereinigungsquartal. Darüber hinaus ist mit dem für den jeweiligen KV-Bezirk im Vorjahresquartal insgesamt vereinbarten, bereinigten und gemäß Nr. 2.2.1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen festgestellten Behandlungsbedarf zu multiplizieren und durch die für das Vorjahresquartal im jeweiligen KV-Bezirk insgesamt gemäß Nr. 2.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 451. Sitzung am 17. September 2019 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen festgestellte Leistungsmenge nach Euro-Gebührenordnung zu dividieren. Bei der Bestimmung des Verhältnisses von Behandlungsbedarf zu Leistungsmenge ist jeweils die Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Bereinigungsquartals anzuwenden, wobei die gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3, 4 und 6 SGB V (TSVG) extrabudgetär vergüteten Leistungen entsprechend der fallbezogenen Kennzeichnung im Vorjah-

resquartal auszuschließen sind. Sofern gemäß Nr. 4.1 Ziffer 1 im Bereinigungsvertrag eine Einschränkung auf bereinigungsrelevante Fachgruppen vorgesehen ist, kann alternativ einvernehmlich mit dem für den jeweiligen KV-Bezirk bestimmten Verhältnis des Honorars zur Leistungsmenge nach Euro-Gebührenordnung der Leistungen in der Abgrenzung des selektivvertraglichen Ziffernkranzes und der betroffenen Arztgruppen im Vorjahresquartal, jeweils in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des zu bereinigenden Abrechnungsquartals, dividiert durch den für das jeweils verwendete Datenjahr im jeweiligen KV-Bezirk gültigen Punktwert, multipliziert werden. Bei der Bestimmung des Verhältnisses von Honorar zu Leistungsmenge sind die gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3, 4 und 6 SGB V (TSVG) extrabudgetär vergüteten Leistungen entsprechend der fallbezogenen Kennzeichnung im Vorjahresquartal auszuschließen.

7. Zur Ermittlung des Differenzbereinigungsvolumens für ein Quartal multiplizieren die Partner des Bereinigungsvertrages die Anzahl der den Selektivvertrag in Anspruch nehmenden Versicherten gemäß Ziffer 5. im aktuellen Bereinigungsquartal mit der aktuellen durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Patient gemäß Ziffer 6. und ziehen hiervon die **aktualisierte Bereinigungsmenge des Vorjahresquartals** ab. Die aktualisierte Bereinigungsmenge des Vorjahresquartals wird dazu berechnet als die Anzahl der Versicherten, die den Selektivvertrag im Vorjahresquartal in Anspruch genommen haben, multipliziert mit der im Vorjahresquartal angesetzten durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Patient unter Berücksichtigung eventueller behandlungsbedarfsrelevanter Versorgungsumfangsänderungen zwischen dem Vorjahres- und dem aktuellen Quartal aufgrund von Änderungen der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie multipliziert mit den jeweiligen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie den basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses bezogen auf den Zeitraum zwischen Vorjahresquartal und Bereinigungsquartal. Die Berechnung der im Vorjahresquartal angesetzten durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Patient unter Berücksichtigung von behandlungsbedarfsrelevanten Versorgungsumfangsänderungen aufgrund von Änderungen der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist dabei bei Bedarf analog zu Ziffer 6. vorzunehmen. Für den Zeitraum 2. Quartal 2020 bis 4. Quartal 2020 sind zudem die Vorgaben in Anlage 2 und für den Zeitraum 1. Quartal 2023 bis 4. Quartal 2023 zudem die Vorgaben in Anlage 3 zu beachten.
8. Die basiswirksame Differenzbereinigung erfolgt im Rahmen der Schlussabrechnung des jeweiligen Bereinigungsquartals durch Abzug des für das aktuelle Quartal bestimmten Differenzbereinigungsvolumens in Punkten gemäß Ziffer 7. (positiv

wie negativ) vom für die Krankenkasse vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Bereinigungsquartals gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V.

9. Über die Berücksichtigung eventueller unterjähriger Änderungen des Versorgungsumfangs bestehender Selektivverträge des Typs A verständigen sich die Partner der Bereinigungsverträge.

6.2 Vorgaben zur Ermittlung der Differenzbereinigungsmenge für einen versichertenspezifisch auf Dauer ausgelegten Versorgungsauftrag

1. Die Bereinigung erfolgt jeweils für ein Abrechnungsquartal basiswirksam in Höhe des gegenüber dem Vorjahresquartal festzustellenden Differenzbereinigungsvolumens.
2. Die durchschnittliche historische versorgungsauftragsspezifische Leistungsmenge je Teilnehmer wird bis spätestens drei Wochen vor dem ersten Bereinigungsquartal und anschließend im Abstand von 12 Monaten auf Basis der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden und auswertbaren Daten des letzten vollständigen Kalenderjahres gemäß § 295 Abs. 2 SGB V (Einzelfallnachweise) unter Berücksichtigung von Fällen mit Ersatzverfahren ermittelt.
 - a) Die in Punkten bewerteten Leistungen sind dabei mit dem im jeweiligen historischen Datenquartal gültigen regionalen Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen. Zur Feststellung der bereinigungsrelevanten Leistungen gilt Nr. 5.2 entsprechend. Im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie hat der Bewertungsausschuss in seiner 519. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossen, dass die Verwendbarkeit des Datenjahres 2020 zu überprüfen ist. Im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie hat der Bewertungsausschuss in seiner 519. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossen, dass die Verwendbarkeit des Datenjahres 2020 zu überprüfen ist. Der Bewertungsausschuss stellt fest, dass die Daten des zweiten und des vierten Quartals des Jahres 2020 für die Bestimmung der durchschnittlichen historischen versorgungsauftragsspezifischen Leistungsmenge je Patient und für Bestimmung des Verhältnisses von Behandlungsbedarf zu Leistungsmenge gemäß Nr. 6 nicht verwendbar sind. Die Daten dieser zwei Quartale sind nicht in den Vier-Quartals-Zeitraum einzubeziehen (es wird ein Zwei-Quartals-Zeitraum verwendet). Der Bewertungsausschuss überprüft diese Vorgabe und wird sie bei Bedarf anpassen. Für die Überprüfung stellt das Institut des Bewertungsausschusses dem Bewertungsausschuss bis zum 31. Juli 2021 den bundesweiten Leistungsbedarf nach Euro-Gebührenordnung für MGV-Leistungen sowie TSVG-Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5

Nr. 3 bis 6 SGB V je Versicherten in den nach dem obigen Verfahren zu berücksichtigenden Abrechnungsquartalen des Jahres 2020 abzüglich der Veränderungsrate des gültigen regionalen Punktwerts gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V sowie die entsprechenden Werte der entsprechenden Quartale des Jahres 2019 zur Verfügung.

- b) In die Berechnung werden für ein Quartal alle Versicherten einbezogen (Quartalsversicherte), die bei der betreffenden Krankenkasse durchgängig versichert waren, aber noch nicht am zu bereinigenden Selektivvertrag teilnahmen und ihren Wohnort durchgängig im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung hatten, deren morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bereinigt werden soll. Dabei ist bei Bedarf eine Risikoadjustierung durchzuführen. Die Kriterien zur Risikoadjustierung sowie die bei der Ermittlung der Leistungsmenge je Versicherten zu berücksichtigenden Leistungen sind so festzulegen, dass dem dauerhaften Entfall der Behandlung der Teilnehmer im Kollektivvertrag bezüglich des selektivvertraglichen Versorgungsauftrags Rechnung getragen wird. Kriterien zur Definition der bereinigungsrelevanten Leistungen können insbesondere sein: Gebührenordnungspositionen ggf. einschließlich Suffices, Arztgruppen, Scheinarten gemäß der Definition im EFN-Datensatz, bereichseigen/bereichsfremd. Kriterien zur Risikoadjustierung können insbesondere sein: Indikationen des Versicherten, Alter und Geschlecht des Versicherten.
 - c) Die durchschnittliche Leistungsmenge je Teilnehmer ergibt sich aus der Summe der für die einbezogenen Quartalsversicherten in den entsprechenden Datenquartalen angefallenen bereinigungsrelevanten Leistungsbedarfe (ohne GOP- und/oder fallbezogen extrabudgetär vergütete Sachverhalte), geteilt durch die Zahl der einbezogenen Quartalsversicherten. Für den Zeitraum 2. Quartal 2020 bis 4. Quartal 2020 sind zudem die Vorgaben in Anlage 2 zu beachten.
3. Die Krankenkasse stellt der Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung der durchschnittlichen Leistungsmenge je Teilnehmer die erforderlichen Daten gemäß Nr. 9 spätestens drei Wochen vor dem ersten Bereinigungsquartal und anschließend im Abstand von 12 Monaten zur Verfügung.
 4. Die Partner des Bereinigungsvertrages können einvernehmlich auch ein anderes Verfahren zur Ermittlung der durchschnittlichen Leistungsmenge je Teilnehmer vereinbaren. Im Übrigen besteht gemäß Nr. 4.3 die Möglichkeit, einvernehmlich ein abweichendes Verfahren zur Bereinigung festzulegen.
 5. Die Krankenkasse liefert der Kassenärztlichen Vereinigung für das Bereinigungsquartal die Versichertennummern sowie Name, Vorname, Geburtsdatum und die

Postleitzahl des Wohnorts der Neueinschreiber und Bestandsteilnehmer in der gemäß Nr. 4.2 Ziffer 5. vorgesehenen Frist gemäß der Spezifikation in Nr. 9, falls die Reinigungsvertragspartner keine abweichende Lieferfrist vereinbaren.

6. Die durchschnittliche Bereinigungsmenge je Teilnehmer eines Bereinigungsquartals errechnet sich als Produkt aus der durchschnittlichen Leistungsmenge je Teilnehmer in Euro gemäß Ziffer 2. bzw. Ziffer 4., den jeweiligen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie den basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, bezogen auf den Zeitraum zwischen dem bei der Berechnung gemäß Ziffer 2. verwendeten Datenjahr und dem Bereinigungsquartal. Darüber hinaus ist mit dem für den jeweiligen KV-Bezirk im Vorjahresquartal zu bestimmenden Verhältnis des Honorars zur Leistungsmenge nach Euro-Gebührenordnung der Leistungen in der Abgrenzung des selektivvertraglichen Ziffernkranzes und der betroffenen Arztgruppen zu multiplizieren und durch den für das jeweils verwendete Datenjahr im jeweiligen KV-Bezirk gültigen Punktwert zu dividieren. Bei der Bestimmung des Verhältnisses von Honorar zu Leistungsmenge ist jeweils die Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Bereinigungsquartals anzuwenden, wobei die gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3, 4 und 6 SGB V (TSVG) extrabudgetär vergüteten Leistungen entsprechend der fallbezogenen Kennzeichnung im Vorjahresquartal auszuschließen sind.
7. Zur Ermittlung des Differenzbereinigungsvolumens für ein Quartal multiplizieren die Partner des Bereinigungsvertrages die sich als Summe der gemäß Ziffer 5. gemeldeten Anzahl der Neueinschreiber und Bestandsteilnehmer in diesem Quartal ergebende aktuelle Teilnehmerzahl mit der aktuellen durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Teilnehmer gemäß Ziffer 6. unter Berücksichtigung der Risikoadjustierung und ziehen hiervon die **aktualisierte Bereinigungsmenge des Vorjahresquartals** ab. Die aktualisierte Bereinigungsmenge des Vorjahresquartals wird dazu berechnet als die Teilnehmerzahl im Vorjahresquartal, multipliziert mit der im Vorjahresquartal unter Berücksichtigung eventueller behandlungsbedarfsrelevanter Versorgungsumfangsänderungen zwischen dem Vorjahres- und dem aktuellen Quartal aufgrund von Änderungen der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Risikoadjustierung angesetzten durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Teilnehmer sowie multipliziert mit den jeweiligen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie den basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses bezogen auf den Zeitraum zwischen Vorjahresquartal und Bereinigungsquartal. Die Berechnung der im Vorjahresquartal angesetzten

durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Teilnehmer unter Berücksichtigung von behandlungsbedarfsrelevanten Versorgungsumfangsänderungen aufgrund von Änderungen der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Risikoadjustierung ist dabei bei Bedarf analog zu Ziffer 6. vorzunehmen. Für den Zeitraum 2. Quartal 2020 bis 4. Quartal 2020 sind zudem die Vorgaben in Anlage 2 und für den Zeitraum 1. Quartal 2023 bis 4. Quartal 2023 zudem die Vorgaben in Anlage 3 zu beachten.

8. Die basiswirksame Differenzbereinigung erfolgt im Rahmen der Schlussabrechnung des jeweiligen Bereinigungsquartals durch Abzug des für das aktuelle Quartal bestimmten Differenzbereinigungsvolumens in Punkten gemäß Ziffer 7. (positiv wie negativ) vom für die Krankenkasse vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Bereinigungsquartals gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V.
9. Über die Berücksichtigung eventueller unterjähriger Änderungen des Versorgungsumfangs bestehender Selektivverträge nach Typ B verständigen sich die Partner der Bereinigungsverträge.

7.1 Vertragsspezifische Gesamtbereinigungsmengen zur Verwendung gemäß Nr. 5.3.2 sowie Nr. 5.4.2 sowie deren Fortschreibung

Bei der Rechnungslegung für ein Abrechnungsquartal werden für jeden nach Nr. 5 bereinigten Selektivvertrag die folgenden Berechnungen gemeinsam durch die Partner des Bereinigungsvertrages vorgenommen:

- a) Ausgangspunkt ist für das Jahr 2018 die gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung vom 11. März 2016, Nr. 7.2 festgestellte vertragsspezifische Gesamtbereinigungsmenge einer Krankenkasse für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung im Vorjahresquartal bzw. ab dem Jahr 2019 die gemäß Nr. 7.2 des vorliegenden Beschlusses festgestellte vertragsspezifische Gesamtbereinigungsmenge einer Krankenkasse für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung im Vorjahresquartal.
- b) Die vertragsspezifische Gesamtbereinigungsmenge gemäß a) wird mit Wirkung für das Kalenderjahr des aktuellen Abrechnungsquartals gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie den basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses angepasst.
- c) Im Falle einer Änderung des Umfangs der bereinigungsrelevanten Gebührenordnungspositionen aufgrund einer Änderung der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen dem Vorjahres- und dem aktuellen Quartal ist der

Wert nach b) anzupassen. Bei einer Reduzierung des Umfangs der bereinigungsrelevanten Gebührenordnungspositionen ausschließlich aufgrund einer Änderung der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist der Wert um den analog zu Nr. 5.3.2 bestimmten Anteil zu vermindern. Für die Bereinigungsquartale 2. Quartal 2020 bis 1. Quartal 2022 sind zudem die Vorgaben in Anlage 2 und für den Zeitraum 1. Quartal 2023 bis 4. Quartal 2023 zudem die Vorgaben in Anlage 3 zu beachten. Bei einer Erweiterung des Umfangs der bereinigungsrelevanten Gebührenordnungspositionen ausschließlich aufgrund einer Änderung der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist der Wert analog zu Nr. 5.3.1 mit Hochrechnung der nicht beobachtbaren Leistungsmenge des Vorjahresquartals der betroffenen Bestandsteilnehmer durch die entsprechende Leistungsmenge der Neueinschreiber zu erhöhen. Die gemäß Nr. 5.3.1 auf Basis der Neueinschreiber bestimmte Leistungsmenge wird durch die Anzahl der Neueinschreiber dividiert und mit der Anzahl aller Teilnehmer im Vorjahresquartal multipliziert und dem Wert nach b) hinzuaddiert.

- d) Die für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß Nr. 5.3.2 vertragspezifisch eventuell pauschal zugesetzte Rückbereinigungsmenge aufgrund von Reduzierungen des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs bestehender Selektivverträge wird von c) abgezogen. Dies umfasst nicht Änderungen der behandlungsbedarfsrelevanten Inhalte und Versorgungsumfänge des Selektivvertrags ausschließlich aufgrund einer Anpassung der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

7.2 Weitere Fortschreibung der vertragsspezifischen Gesamtbereinigungsmengen zur Verwendung im Folgejahresquartal

Die jeweils gemäß Nr. 7.1 lit. d) fortgeschriebene vertragsspezifische Gesamtbereinigungsmenge wird zur weiteren Verwendung im Folgejahresquartal einvernehmlich durch die Partner des Bereinigungsvertrages wie folgt weiter fortgeschrieben:

- a) Die für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß Nr. 5.3.1 vertragsspezifisch eventuell in Abzug gebrachte Differenzbereinigungsmenge aufgrund von Erweiterungen des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs bestehender Selektivverträge wird hinzuaddiert. Dies umfasst nicht Änderungen der behandlungsbedarfsrelevanten Inhalte und Versorgungsumfänge des Selektivvertrags ausschließlich aufgrund einer Anpassung der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- b) Der für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß Nr. 5.4.1 vertragsspezifisch bestimmte zu bereinigende Behandlungsbedarf für Neueinschreiber wird hinzuaddiert.
- c) Die für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß Nr. 5.4.2 vertragsspezifisch bestimmte Differenzbereinigungsmenge für Rückkehrer wird abgezogen.

8. Datenlieferung bei Inanspruchnahme des Kollektivvertrages von Teilnehmern eines Selektivvertrages

Bis spätestens fünf Monate nach Abschluss des jeweiligen Bereinigungsquartals liefert die Kassenärztliche Vereinigung der am Selektivvertrag teilnehmenden Krankenkasse die relevanten Versicherten-, Arzt- und Abrechnungsdaten in Fällen einer Inanspruchnahme bereinigungsrelevanter Leistungen gemäß Ziffernkranz in Satzart L08 im Rahmen des Kollektivvertrages durch an dem Selektivvertrag teilnehmende Versicherte gemäß der Regelung in § 1 Abs. 3a des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern und teilt bei Übermittlung mittels sFTP- oder FTPS-Server der Datenannahmestelle das Datum der Absendung zeitnah mit.

Bei Selektivverträgen, die im Rahmen der NVI

- ausschließlich bereichseigene Leistungen zu berücksichtigen haben, hat die betreffende Krankenkasse ab dem gleichzeitigen Vorliegen der NVI- und EFN-Daten (bereichseigen) für Teilnehmer eines Vertrages bei der Datenannahmestelle bzw.
- sowohl bereichseigene als auch bereichsübergreifende Leistungen zu berücksichtigen haben, hat die betreffende Krankenkasse bei Vorliegen der NVI- und EFN-Daten (bereichseigen und bereichsübergreifend) bei der Datenannahmestelle, frühestens jedoch nach Ablauf der bundesmantelvertraglich vereinbarten Lieferfrist von fünf Monaten nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungsquartals,

die Gelegenheit, diese Daten innerhalb von zehn Arbeitstagen zu prüfen und ggf. schriftlich unter Angabe der konkreten Datenkonstellation zu beanstanden, sofern die Gesamtvertragspartner hierzu nichts Abweichendes vereinbaren. Auf dieser Grundlage stellen Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkasse die Menge der Leistungen gemäß Nr. 4.1 Ziffer 3. im jeweiligen Bereinigungsquartal fest. Die so festgestellte Leistungsmenge ist, bewertet mit den regionalen Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V, von der den Selektivvertrag abschließenden Krankenkasse spätestens bis zum 28. Kalendertag ab dem gleichzeitigen Vorliegen der NVI- und EFN-Daten bei der Datenannahmestelle bzw. dem bundesmantelvertraglich vereinbarten Liefertermin an die betroffene Kassenärztliche Vereinigung zu vergüten. Die Frist zur Vergütung kann im Einvernehmen auch entsprechend den gesamtvertraglichen Regelungen vereinbart werden.

Bestehende abweichende Vereinbarungen zur Abrechnung dieser Leistungen können im Einvernehmen fortgeführt werden.

9. Datenübermittlungen der Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen und an die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene

Zur Durchführung der in Nr. 5 beschriebenen Berechnungen übermitteln Krankenkassen, die einen Selektivvertrag gemäß Nr. 2 abgeschlossen haben, oder von ihnen beauftragte Dienstleister, quartalsweise selektivvertragliche Stammdaten – soweit vorgesehen arzt- und praxisbezogen – in den Satzarten L01 bis L03 und L08, selektivvertragliche Teilnahmedaten für sämtliche Selektivvertragsteilnehmer versichertenbezogen in der Satzart L04 und L05, aggregierte selektivvertragliche Bereinigungsdaten für Neueinschreiber und Rückkehrer sowie für Bestandsteilnehmer im Falle von Änderungen des Versorgungsumfangs bestehender Selektivverträge – soweit vorgesehen versichertenbezogen – in den Satzarten L06 und L07, differenzierte selektivvertragliche Bereinigungsdaten für Neueinschreiber in der Satzart L09 sowie Daten der Versichertenhistorie für Neueinschreiber, Rückkehrer und ggf. Bestandsteilnehmer in der Satzart L10. Für den Fall, dass es in einem Quartal keine Neueinschreiber, keine Rückkehrer sowie Versicherte, für die eine Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs erfolgt, gibt, kann im Einvernehmen von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkasse auf die Lieferung der Satzarten L07, L09 und L10 verzichtet werden.

Zur Durchführung der in Nr. 6 beschriebenen Berechnungen bei Selektivverträgen mit situativer Einschreibung/Teilnahme von Versicherten gemäß §§ 63 und 140a SGB V verständigen sich die Vertragspartner auf die zu übermittelnden Daten einschließlich der jeweils aktuellen vertragspezifischen Gesamtbereinigungsvolumina. Dabei gehen sie grundsätzlich von den Datensatzbeschreibungen gemäß der Anlage aus und prüfen dabei die Verwendung bzw. Ergänzung der zutreffenden Satzarten und Elemente.

Die Krankenkassen oder ihre Dienstleister übermitteln diese Daten gemäß der Schnittstellenbeschreibung in der Anlage für das jeweilige Bereinigungsquartal in regionalisierter Abgrenzung nach Kassenärztlichen Vereinigungen am Ort der Arztpraxen bzw. nach Kassenärztlichen Vereinigungen am Wohnort der Versicherten an die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und ggf. an die zuständigen Verbände der Krankenkassen auf Landesebene (sofern es sich bei dem zuständigen Verband der Krankenkasse auf Landesebene selbst um eine Krankenkasse handelt, nur sofern und soweit die den Selektivvertrag abschließende Krankenkasse dies für notwendig erachtet). Hierzu erfolgt die Übermittlung der

- a) selektivvertraglichen Stammdaten in der Satzart L01 in vollem Umfang an die Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte oder Ärzte wohnen bzw. sitzen sowie an die für die Gesamtverträge mit diesen Kassenärztlichen Vereinigungen zuständigen Verbände der Krankenkassen der jeweiligen Kassenart auf Landesebene,
- b) selektivvertraglichen Stammdaten in der Satzart L02 (Liste der im jeweiligen Kalenderquartal am Selektivvertrag teilnehmenden bereichseigenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit Vor- und Nachnamen, LANR, BSNR, Ein- und ggf. Austrittsdatum, ggf. Anzahl der am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten mit Wohnort im zu bereinigenden KV-Bereich je Arzt bzw. bei Arztnetzen je Arztnetz) in der Abgrenzung der Kassenärztlichen Vereinigungen am Ort der am Selektivvertrag teilnehmenden Arztpraxen nur an die jeweils betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen sowie ggf. an die für die Gesamtverträge mit diesen Kassenärztlichen Vereinigungen zuständigen Verbände der Krankenkassen der jeweiligen Kassenart auf Landesebene,
- c) selektivvertraglichen Stammdaten in den gemäß Nr. 5.1 und Nr. 5.2 abzustimmenden Satzarten L03 zur Nachvollziehbarkeit der Leistungsmengenabgrenzung bei Neueinschreibern im Vorjahresquartal sowie L08 zur Feststellung von nicht vertragskonformer Inanspruchnahme im aktuellen Abrechnungsquartal (Liste der dem für das jeweilige Kalenderquartal gültigen selektivvertraglichen Versorgungsauftrag vollständig entsprechenden Gebührenordnungspositionen des EBM einschließlich Suffices und Pseudoziffern für Leistungen und Kostenerstattungen innerhalb der regional vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung), der selektivvertraglichen Teilnahmedaten in den Satzarten L04 und L05 (Liste der im jeweiligen Kalenderquartal insgesamt am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten mit Wohnort im Bezirk der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung bzw. korrigierte Teilnahmedaten mit Vor- und Nachnamen, Krankenversicherungsnummer, Geburtsdatum, Geschlecht, PLZ, Status, Ein- und ggf. Austrittsdatum, Kennzeichnung als Neueinschreiber sowie im Einvernehmen LANR und BSNR des am

Selektivvertrag teilnehmenden behandelnden Arztes), der aggregierten selektivvertraglichen Bereinigungsdaten in den Satzarten L06 und L07 (zu bereinigende Leistungsmengen für Neueinschreiber und Rückkehrer sowie Versicherte, für die eine Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung des selektivvertraglichen Versorgungsumfanges erfolgt, insgesamt und versichertenbezogen), der differenzierten selektivvertraglichen Bereinigungsdaten in der Satzart L09 (versichertenbezogener zu bereinigender Leistungsmengen für Neueinschreiber nach Gebührenordnungspositionen des EBM) sowie der Versichertenhistorie in der Satzart L10 in der Abgrenzung der Kassenärztlichen Vereinigungen am Wohnort der Versicherten nur an die jeweils betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen sowie ggf. an die für die Gesamtverträge mit diesen Kassenärztlichen Vereinigungen zuständigen Verbände der Krankenkassen der jeweiligen Kassenart auf Landesebene,

- d) Felder 00 bis 04 und 06 bis 09 aus den aggregierten selektivvertraglichen Bereinigungsdaten gemäß der Satzart L06, falls die durchschnittliche Bereinigungsmenge der Neueinschreiber in der Vertrags-KV als pauschale Bereinigungsmenge bei KV-übergreifender Bereinigung gemäß Nr. 4.5 angesetzt wird, in der Abgrenzung der Vertrags-KV an die Wohnort-KV sowie ggf. an den zuständigen kassenseitigen Partner der Gesamtverträge.

Die Übermittlung der versicherten-, arzt- und praxisbezogenen Daten an die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und ggf. an die zuständigen Verbände der Krankenkassen auf Landesebene erfolgt gemäß §§ 284 und 285 SGB V in nicht pseudonymisierter Form.

Die den Selektivvertrag abschließende Krankenkasse bzw. der die Bereinigung durchführende zuständige Verband der Krankenkasse auf Landesebene sowie die betroffene Kassenärztliche Vereinigung stellen die Einhaltung der jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Anforderungen sicher, insbesondere die Anforderungen gemäß § 78a SGB X, und verwenden die Daten ausschließlich zum Zweck der Bereinigung und zur Bestimmung der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme.

Hinsichtlich des Formats und der Inhalte der Datenlieferungen ist die einvernehmliche Vereinbarung von Abweichungen möglich.

10. Datenübermittlungen der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen an das Institut des Bewertungsausschusses

Zu den Datensätzen der Lieferungen der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen an das Institut des Bewertungsausschusses für den Bereinigungszeitraum ab dem Jahr 2018 beschließt der Bewertungsausschuss bei Bedarf im 1. Quartal des jeweiligen Folgejahres.

11. Saldierung und Rechnungslegung

11.1. Feststellung der vertragsübergreifenden Gesamtbereinigungsmengen des Vorjahresquartals zur Verwendung für den Ausgleich von Versicherten-zahldifferenzen im aktuellen Bereinigungsquartal

Die gemäß Nr. 7.1 lit. c) angepassten vertragspezifischen Gesamtbereinigungsmengen einer Krankenkasse im Vorjahresquartal von nach Nr. 5 bereinigten Selektivverträgen sind zusammen mit den **aktualisierten Bereinigungsmengen des Vorjahresquartals** gemäß Nr. 6.1 Ziffer 7. bzw. Nr. 6.2 Ziffer 7. von nach Nr. 6 sowie nach Nr. 4.5 bereinigten Selektivverträgen zwischen den Vertragspartnern einvernehmlich festzustellen und aufzusummieren.

Das Ergebnis der Summierung über alle Verträge ist durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs dieser Krankenkasse im betreffenden KV-Bezirk im Vorjahresquartal verwendete Versichertenzahl zu teilen.

11.2. Rechnungslegung

Die von den zuständigen Partnern der Gesamtverträge einvernehmlich festgestellten vertragspezifischen Differenzbereinigungsvolumina gemäß den Nrn. 5 und 6 sind gemäß den gesamtvertraglichen Regelungen bei der Bemessung der von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu leistenden monatlichen Abschlagszahlungen sowie bei der Schlusszahlung für das aktuelle Bereinigungsquartal zu berücksichtigen. Der Ausweis der Differenzbereinigungsvolumina gemäß den Nrn. 5 und 6 sowie der auf das aktuelle Bereinigungsquartal aktualisierten vertragsübergreifenden Gesamtbereinigungsmenge je Versicherten im Vorjahresquartal gemäß Nr. 11.1, letzter Absatz, erfolgt über das Formblatt 3 sowie den Rechnungsbrief. Die gemäß Nr. 7.2 fortgeschriebenen vertragspezifischen Gesamtbereinigungsmengen werden im Rahmen der Rechnungslegung ausgewiesen.

Anlagen:

- Anlage 1 Datenschnittstellen zur Übermittlung von Daten zur Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs bei Beitritt eines Versicherten zu einem Selektivvertrag gemäß §§ 63, 73b und 140a SGB V an die Kassenärztlichen Vereinigungen und an die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene

- Anlage 2 Verfahren zur Umsetzung der Anpassung von Leistungs-, Bereinigungs- und Gesamtbereinigungsmengen für fallbezogen aufgrund des TSVG extrabudgetär vergütete Leistungen
- Anlage 3 Verfahren zur Umsetzung der Anpassung von Gesamtbereinigungsmengen für fallbezogen aufgrund des GKV-FinStG nicht mehr extrabudgetär vergütete Leistungen

Anlage 1

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 489. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Datenschnittstellen zur Übermittlung von Daten zur Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs bei Teilnahme eines Versicherten an einem Selektivvertrag ge- mäß §§ 63, 73b und 140a SGB V an die Kassenärztlichen Verei- nungen und an die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene

1. Umfang der Datenlieferung

Die den Selektivvertrag abschließenden bzw. die bereinigenden Krankenkassen oder ihre Dienstleister übermitteln in der Frist gemäß Nr. 4.2 Ziffer 5 und 6 für das jeweilige Bereinigungsquartal die Daten zur Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Selektivverträgen gemäß §§ 63, 73b und 140a SGB V für die Bereinigungsquartale ab 1/2018 in den Satzarten L01 bis L10 an die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und ggf. an die zuständigen Verbände der Krankenkassen auf Landesebene.

Gegenstand der Datenübermittlung sind Selektivverträge gemäß Nr. 5, für die gemäß §§ 64 Abs. 3, 73b Abs. 7 bzw. § 140a Abs. 6 SGB V eine Bereinigung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V durchgeführt werden soll.

Nach § 140a Abs. 1 Satz 3 SGB V i. d. F. des GKV-VSG fortgeltende Verträge nach §§ 73c und 140a SGB V a. F. werden solange nach dem ggf. bestehenden Bereinigungsvertrag einschließlich Datenschnittstellen weiterbereinigt, bis die Bereinigungsvertragspartner einen Bereinigungsvertrag nach dem vorliegenden Beschluss getroffen haben.

Für den Fall, dass es in einem Quartal keine Neueinschreiber, keine Rückkehrer sowie Versicherte, für die eine Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs erfolgt, gibt, kann im Einvernehmen von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkasse auf die Lieferung der Satzarten L07, L09 und L10 verzichtet werden.

2. Übermittlungsweg, Kompression und Verschlüsselung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen jeweils einen sFTP- oder FTPS-Server zur Verfügung, auf dem die in dieser Anlage definierten Dateien abgelegt werden. Die Krankenkassen sind in der Lage, mit Standardsoftware eine gesicherte Verbindung zum Server der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung aufzubauen. Die dazu notwendigen Kennworte werden vor der Datenübertragung ausgetauscht.

Bei auftretenden technischen Übertragungsproblemen werden bilateral zeitnahe Problemlösungen erarbeitet. Hierzu informiert die annehmende Kassenärztliche Vereinigung den Absender unter Angabe des Dateinamens unverzüglich über die technisch erfolgreiche Übertragung oder ggf. aufgetretene technische Übertragungsprobleme.

Die Übertragung der Dateien ist durch das gewählte Übertragungsverfahren geschützt. Jede der in dieser Anlage beschriebenen Dateien ist einzeln noch einmal vor der Übertragung zu komprimieren und zu verschlüsseln. Alternativ können sämtliche, für die Übertragung relevanten Dateien in ein Archiv, welches zu komprimieren und zu verschlüsseln ist, zusammengefasst werden. Hierzu werden die Algorithmen deflate64 (Kompression) und AES-256 (Verschlüsselung) verwendet (z. B. mit der Software 7-ZIP).

Die Zusendung der notwendigen Benutzerkennungen und Zugangs- sowie Verschlüsselungskennworte zur Datenübertragung (Anmeldung am sFTP-Server, Verschlüsselung der Datenpakete) erfolgt bis auf weiteres durch die Kassenärztlichen Vereinigungen via Postweg an einen von der Krankenkasse zu benennenden Ansprechpartner innerhalb von 7 Arbeitstagen nach Anmeldung eines Vertrages und Benennung eines Ansprechpartners gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Meldet eine Krankenkasse oder ein von einer oder mehreren Krankenkassen beauftragter Dienstleister mehrere Verträge zur Bereinigung, werden für alle Datenlieferungen einer Sender-/Empfängerbeziehung dieselben Kennwörter verwendet.

Bei der Übertragung und Verarbeitung sind die Anforderungen gemäß § 78a SGB X zu erfüllen. Insbesondere ist jedes Kennwort zufällig mit einer Länge von mindestens zwölf Zeichen aus der Grundmenge Groß- und Kleinbuchstaben sowie Ziffern zu erzeugen und unterschiedliche Nutzerbereiche des sFTP- oder FTPS-Servers voneinander sicher abzuschotten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen bestätigen jeden Dateneingang unverzüglich durch Rückmeldung an die benannten E-Mail-Adressen. Die Kassenärztliche Vereinigung verständigt sich mit dem Datenlieferanten über Art und Umfang der Rückmeldung.

Die Krankenkassen verständigen sich mit den zuständigen Verbänden der Krankenkassen der jeweiligen Kassenart auf Landesebene auf einen analogen Übermittlungsweg.

3. Dateibeschreibung

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-1 verwendet. Jeder Datensatz steht in einer eigenen Zeile, die durch die Zeichenfolge CarriageReturn/LineFeed (Hexadezimalcode 0x0D 0x0A) abgeschlossen wird. Als Ganzzahltrennzeichen im Dezimalformat ist das Komma zu verwenden. Die Darstellung von numerischen und Dezimal-Daten erfolgt ohne Tausender-Punkt und ohne Auffüllung von führenden Nullen. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die Stellenanzahl ist bei nichtganzzahligen Dezimalfeldern in der Form Gesamtstellenanzahl vor und nach dem Komma exklusive des Kommas, gefolgt von einem Komma und der Nachkommastellenanzahl spezifiziert. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

Die numerischen Datenfelder sind auf die jeweils angegebene Nachkommastellenanzahl kaufmännisch zu runden. Werden diese Werte für weitere Berechnungen verwendet, so muss mit den gerundeten Werten weitergerechnet werden, um eine vollständige Nachvollziehbarkeit gewährleisten zu können.

Folgende Dateinamenskongvention ist vorgesehen:

Vertragskennung_Satzart_Quartal_Kassensitz-IK_VKNR_Empfänger-KV_Version.Endung

Format:

CCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCC_CCC_JJJQ_CCCCCCCC_CCCC_CC_CCC.Endung

Über die Dateinamenskongvention im Falle einer Lieferung in einem Archiv verständigen sich Datenlieferant und -empfänger.

Hierbei bezeichnet die VKNR die Empfänger-KV-spezifische Vertragskassennummer der Krankenkasse. Die VKNR ist nicht Bestandteil der Nutzdaten und nur im Dateinamen zu übermitteln.

Die Version bezeichnet fortlaufend die Nummer der einzelnen Erst-/Korrekturlieferungen der jeweiligen Satzart, beginnend mit „001“. Für Datenlieferungen gemäß Beschluss Nr. 4.2 Ziffer 6. wird die Versionsnummer um 500 erhöht.

Die Vertragskennung ist im Dateinamen ggf. durch Anfügung von Unterstrichen immer mit einer Länge von genau 25 Zeichen anzugeben. Wenn sich Datenlieferant und Datenempfänger auf die Lieferung der Daten verschiedener Verträge in einer Datei verständigen, sind anstelle der Vertragskennung im Dateinamen 25 Unterstriche anzugeben.

Die Endung ist entweder csv (vor Verschlüsselung) oder zip (nach Verschlüsselung).

4. Satzart L01 – Vertragsstammdaten

Dateiumfang:
Abgrenzung: Für jeden bestehenden Selektivvertrag, der gemäß § 64 Abs. 3 Satz 1 SGB V, § 73b Abs. 7 SGB V, § 73c Abs. 6 SGB V a. F., § 140a Abs. 6 SGB V i. d. F. des GKV-VSG bzw. § 140d Abs. 2 SGB V a. F. bereinigungsrelevant ist, ist vor Beginn des jeweiligen Bereinigungsquartals pro Bereinigungsquartal und Krankenkasse ein Datensatz zu liefern.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 03 eindeutig identifiziert.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L01"
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse. Die quartals- und jahresübergreifende Eindeutigkeit für ein und denselben Selektivvertrag muss innerhalb der Kasse gewährleistet sein.
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Eindeutiges Institutionskennzeichen der Krankenkasse Wertebereich 0 bis 9, mit führenden Nullen gefüllt
04	Vertragsbeginn	M	8	numerisch	Vertragsbeginn im Format JJJJMMTT. Der Vertragsbeginn kann auch vor Beginn des Bereinigungsquartals liegen.
05	Vertragsende	M	8	numerisch	Vertragsende im Format JJJJMMTT. Das Vertragsende kann auch nach Ende des Bereinigungsquartals liegen; bei unbegrenzter Gültigkeit 99991231.
06	Vertragsart	M	1	numerisch	Gesetzliche Grundlage des Vertrages 1 = Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) 2 = Besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V a. F.) 3=Integrierte Versorgung (§ 140a SGB V a. F.) bzw. Besondere Versorgung (§ 140a SGB V i. d. F. des GKV-VSG) 4 = Modellvorhaben (§ 63 SGB V)
07	Bereinigungstyp	M	1	numerisch	1 = Vertrag mit Bereinigungstyp gemäß Nr. 5
08	Vertrags-bezeichnung	K	≤ 70	alphanum.	(Kurz-)Bezeichnung des Vertrages (möglichst sprechend)

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
09	KV	M	17	alphanum.	<p>Vektordarstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen am Ort der am Selektivvertrag teilnehmenden Arztpraxen gemäß Satzart L02 (Feld 04).</p> <p>Jedes Element des Vektors repräsentiert einen definierten KV-Bereich und gibt diesen als Dummy-Variable wieder, welche angibt, ob in diesem KV-Bereich mindestens eine Arztpraxis am jeweiligen Selektivvertrag teilnimmt. Die Elemente des Vektors können folgende Ausprägungen annehmen:</p> <p>0 = trifft nicht zu 1 = trifft zu</p> <p>Die Positionen der Elemente des Vektors, d. h. die Stellen 1 bis 17 des Feldes sind in folgender Reihenfolge definiert:</p> <p>1 = Schleswig-Holstein 2 = Hamburg 3 = Bremen 4 = Niedersachsen 5 = Westfalen-Lippe 6 = Nordrhein 7 = Hessen 8 = Rheinland-Pfalz 9 = Baden-Württemberg 10 = Bayerns 11 = Berlin 12 = Saarland 13 = Mecklenburg-Vorpommern 14 = Brandenburg 15 = Sachsen-Anhalt 16 = Thüringen 17 = Sachsen</p> <p>Der Vektor hat somit eine feste Breite von genau 17 Zeichen; die einzelnen Elemente des Vektors sind nicht durch Trennzeichen getrennt.</p>

5. Satzart L02 – Teilnehmende Vertragsärzte

Dateiumfang:
Abgrenzung: Für jeden am jeweiligen Selektivvertrag teilnehmenden Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeuten (Teilnahme als Vertragspartner, Teilnahme durch Beitritt zum Vertrag, Teilnahme im Rahmen eines Arztnetzes, Teilnahme im Rahmen der Assoziation etc.) ist vor Beginn des jeweiligen Bereinigungsquartals pro Bereinigungsquartal, Selektivvertrag, Krankenkasse, lebenslanger Arztnummer inkl. LANR-Arztgruppenschlüssel und Betriebsstätte ein Datensatz zu liefern.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 03 mit 05 bis 07 eindeutig identifiziert.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L02"
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA L01
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA L01
04	KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
05	LANR	M	7	alphanum.	Erste 7 Stellen der lebenslangen Arztnummer des teilnehmenden Arztes

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
06	LANR-Arztgruppenschlüssel	M	2	alphanum.	Ziffern 8 und 9 der LANR (Arztgruppenschlüssel, der den Versorgungsbereich sowie die Facharztgruppe differenziert nach Schwerpunkten angibt, gemäß Anlage 2 der Richtlinie der KBV nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummern). Hinweis: Bei Mehrfachzulassungen eines Arztes ist derjenige Arztgruppenschlüssel zu liefern, welcher der Teilnahme des Arztes am Selektivvertrag zugrunde liegt.
07	BSNR	M	9	alphanum.	Betriebsstättennummer des teilnehmenden Arztes.
08	Vorname	M	≤ 70	alphanum.	Vorname des teilnehmenden Arztes
09	Nachname	M	≤ 70	alphanum.	Nachname des teilnehmenden Arztes
10	Teilnahmebeginn	M	8	numerisch	Beginn der Teilnahme am Selektivvertrag, bezogen auf die Kombination aus LANR, LANR-Arztgruppenschlüssel und BSNR, im Format JJJJMMTT. Der Teilnahmebeginn kann auch vor Beginn des Bereinigungsquartals liegen.
11	Teilnahmeende	M	8	numerisch	Ende der Teilnahme am Selektivvertrag, bezogen auf die Kombination aus LANR, LANR-Arztgruppenschlüssel und BSNR, im Format JJJJMMTT. Das Teilnahmeende kann auch nach Ende des Bereinigungsquartals liegen; bei unbegrenzter Gültigkeit 99991231.
12	Anzahl Versicherte	K	≤ 8	numerisch	Anzahl der im Bereinigungsquartal am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten mit Wohnort im zu bereinigenden KV-Bereich je Arzt. Hinweis: Im Falle von Einschreibungen bei einem Arztnetz ist die Anzahl der insgesamt dort eingeschriebenen Versicherten rechnerisch ganzzahlig auf die einzelnen Ärzte aufzuteilen.

6. Satzart L03 – Versorgungsauftrag gemäß EBM des Vorjahresquartals

Dateiumfang:
Abgrenzung: Für jede dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag entsprechende Gebührenordnungsposition des EBM des Vorjahresquartals für Leistungen und Kostenerstattungen <u>innerhalb</u> der regional vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) gemäß Nr. 5.2 ist vor Beginn des jeweiligen Bereinigungsquartals pro Bereinigungsquartal, Selektivvertrag, Krankenkasse und Wohnort-KV ein Datensatz zu liefern.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 05 eindeutig identifiziert.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L03"
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA L01
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA L01
04	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
05	GOP	M	≤ 8	alphanum.	Dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag entsprechende Gebührenordnungsposition des EBM des Vorjahresquartals für Leistungen und Kostenerstattungen <u>innerhalb</u> der für das Bereinigungsquartal regional vereinbarten MGV gemäß Nr. 5.2, linksbündig.

7. Satzart L04 – Teilnehmende Versicherte

Dateiumfang:
Abgrenzung: Für jeden am jeweiligen Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten (Neueinschreiber und Bestandsteilnehmer) ist pro Bereinigungsquartal, Selektivvertrag und Krankenkasse ein Datensatz zu liefern.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 06 eindeutig identifiziert.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L04"
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, für das eine gültige Einschreibung des Versicherten vorliegt, im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA L01
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA L01
04	Versichertennummer	M*	≤ 12	alphanum.	Kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal, inkl. führender Nullen. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal durch Einschreibung am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte. *Hinweis: Die Angabe in Feld 04 ist immer zu übermitteln, wenn diese der Krankenkasse bekannt ist, auch wenn der Versicherte bereits mit der eGK ausgestattet ist.
05	2. Versichertennummer	K	≤ 12	alphanum.	Zusätzliche, gleichzeitig gültige kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal, sofern vorhanden, inkl. führender Nullen. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal durch Einschreibung am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte.
06	PersonenID	M*	10	alphanum.	Unveränderlicher Teil (Stellen 1 - 10) der bundeseinheitlichen Krankenversichertennummer. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal durch Einschreibung am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte. *Hinweis: Die Angabe in Feld 06 ist immer zu übermitteln, wenn diese der Krankenkasse bekannt ist.
07	Vorname	M	≤ 70	alphanum.	Vorname des teilnehmenden Versicherten
08	Nachname	M	≤ 70	alphanum.	Nachname des teilnehmenden Versicherten
09	Geburtsdatum	M	8	numerisch	Geburtsdatum des teilnehmenden Versicherten, im Format JJJJMMTT

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
10	Geschlecht	M	1	numerisch	Geschlecht des teilnehmenden Versicherten 1 = männlich 2 = weiblich 3 = unbestimmt 4 = divers
11	Versichertenstatus	M	1	numerisch	Status des teilnehmenden Versicherten (erste Stelle) 1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner
12	PLZ	M	5	alphanum.	Postleitzahl des Wohnortes des teilnehmenden Versicherten im Bereinigungsquartal, inkl. führender Nullen. Für Wohnausländer ist anstelle der Postleitzahl die Zeichenfolge „AUSLA“ zu übermitteln.
13	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
14	Teilnahmebeginn	M	8	numerisch	Teilnahmebeginn, bezogen auf den Versicherten, im Format JJJJMMTT. Der Teilnahmebeginn kann auch vor Beginn des Bereinigungsquartals liegen.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
15	Teilnahmeende	M	8	numerisch	Teilnahmeende, bezogen auf den Versicherten, im Format JJJJMMTT. Das Teilnahmeende kann auch nach Ende des Bereinigungsquartals liegen; bei unbegrenzter Gültigkeit 99991231.
16	LANR des gewählten Arztes	K	9	alphanum.	LANR des gewählten Selektivvertragsarztes
17	BSNR des gewählten Arztes	K	9	alphanum.	BSNR des gewählten Selektivvertragsarztes
18	Neueinschreiberkennzeichen	M	1	numerisch	0: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, eine Differenzbereinigung erfolgt daher nicht 1: der Versicherte hat im Vorjahresquartal noch nicht an diesem Selektivvertrag teilgenommen oder wurde nicht bereinigt 2: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, für ihn erfolgt nun eine Differenzbereinigung aufgrund einer Erweiterung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs 3: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, für ihn erfolgt nun eine Differenzbereinigung aufgrund einer Reduzierung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs 4: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, für ihn erfolgt nun eine Differenzbereinigung sowohl aufgrund einer Erweiterung als auch aufgrund einer Reduzierung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs

Erläuterung zu den Feldern 04 und 05 (Versichertennummer / 2. Versichertennummer)

Es ist jeweils die (alte) kassenspezifische Versichertennummer zu liefern, welche vor Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gilt. Soweit, wie z. B. im LKK-Bereich, zeitgleich eine zweite (alte) kassenspezifische Versichertennummer existiert, ist auch diese Versichertennummer im Feld 05 zu liefern.

8. Satzart L05 – Korrigierte Teilnahmedaten (unter Berücksichtigung von Stornierungen gemäß Nr. 4.2 Ziffer 6)

Dateiumfang:
Abgrenzung: Für jeden im aktuellen Bereinigungsquartal definitiv am jeweiligen Selektivvertrag teilnehmenden und zu bereinigenden Versicherten (Neueinschreiber und Bestandsteilnehmer) ist pro Bereinigungsquartal, Selektivvertrag und Krankenkasse ein Datensatz zu liefern.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 06 eindeutig identifiziert.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L05"
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, für das eine gültige Einschreibung des Versicherten vorliegt, im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA L01
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA L01
04	Versichertennummer	M*	≤ 12	alphanum.	Kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal, inkl. führender Nullen. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal durch Einschreibung am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte. *Hinweis: Die Angabe in Feld 04 ist immer zu übermitteln, wenn diese der Krankenkasse bekannt ist, auch wenn der Versicherte bereits mit der eGK ausgestattet ist.
05	2. Versichertennummer	K	≤ 12	alphanum.	Zusätzliche, gleichzeitig gültige kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal, sofern vorhanden, inkl. führender Nullen. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal durch Einschreibung am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte.
06	PersonenID	M*	10	alphanum.	Unveränderlicher Teil (Stellen 1 - 10) der bundeseinheitlichen Krankenversichertennummer. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal durch Einschreibung am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte. *Hinweis: Die Angabe in Feld 06 ist immer zu übermitteln, wenn diese der Krankenkasse bekannt ist
07	Vorname	M	≤ 70	alphanum.	Vorname des teilnehmenden Versicherten
08	Nachname	M	≤ 70	alphanum.	Nachname des teilnehmenden Versicherten

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
09	Geburtsdatum	M	8	numerisch	Geburtsdatum des teilnehmenden Versicherten, im Format JJJJMMTT
10	Geschlecht	M	1	numerisch	Geschlecht des teilnehmenden Versicherten 1 = männlich 2 = weiblich 3 = unbestimmt 4 = divers
11	Versichertenstatus	M	1	numerisch	Status des teilnehmenden Versicherten (erste Stelle) 1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner
12	PLZ	M	5	alphanum.	Postleitzahl des Wohnortes des teilnehmenden Versicherten im Bereinigungsquartal, inkl. führender Nullen. Für Wohnausländer ist anstelle der Postleitzahl die Zeichenfolge „AUSLA“ zu übermitteln.
13	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
14	Teilnahmebeginn	M	8	numerisch	Teilnahmebeginn, bezogen auf den Versicherten, im Format JJJJMMTT. Der Teilnahmebeginn kann auch vor Beginn des Bereinigungsquartals liegen.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
15	Teilnahmeende	M	8	numerisch	Teilnahmeende, bezogen auf den Versicherten, im Format JJJJMMTT. Das Teilnahmeende kann auch nach Ende des Bereinigungsquartals liegen; bei unbegrenzter Gültigkeit 99991231.
16	LANR des gewählten Arztes	K	9	alphanum.	LANR des gewählten Selektivvertragsarztes
17	BSNR des gewählten Arztes	K	9	alphanum.	BSNR des gewählten Selektivvertragsarztes
18	Neueinschreiberkennzeichen	M	1	numerisch	0: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, eine Differenzbereinigung erfolgt daher nicht 1: der Versicherte hat im Vorjahresquartal noch nicht an diesem Selektivvertrag teilgenommen oder wurde nicht bereinigt 2: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, für ihn erfolgt nun eine Differenzbereinigung aufgrund einer Erweiterung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs 3: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, für ihn erfolgt nun eine Differenzbereinigung aufgrund einer Reduzierung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs 4: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, für ihn erfolgt nun eine Differenzbereinigung sowohl aufgrund einer Erweiterung als auch aufgrund einer Reduzierung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs

Erläuterung zu den Feldern 04 und 05 (Versichertenummer / 2. Versichertenummer)

Es ist jeweils die (alte) kassenspezifische Versichertenummer zu liefern, welche vor Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gilt. Soweit, wie z. B. im LKK-Bereich, zeitgleich eine zweite (alte) kassenspezifische Versichertenummer existiert, ist auch diese Versichertenummer im Feld 05 zu liefern.

9. Satzart L06 – Vertragsbezogene Gesamtbereinigungsdaten

Dateiumfang:
Abgrenzung: Für jeden Selektivvertrag ist vor Beginn des jeweiligen Bereinigungsquartals pro Bereinigungsquartal, Krankenkasse, Wohnort-KV und für die notwendige(n) Leistungsbedarfsabgrenzung(en) ein Datensatz zu liefern.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 04 und 13 eindeutig identifiziert.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L06"
01	Bereinigungs-quartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA L01
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA L01
04	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
05	Teilnehmerzahl	M	≤ 8	numerisch	Anzahl der im jeweiligen Bereinigungsquartal und im Bereich der Wohnort-KV insgesamt teilnehmenden Versicherten

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
06	Durchschnittlicher, historischer, versorgungsauftragsspezifischer Leistungsbedarf für Neueinschreiber der Altersklasse 1	K	13,2	dezimal	<u>Für das Bereinigungsquartal</u> aktuell berechneter, durchschnittlicher vertragsspezifischer, bereinigungsrelevanter <u>historischer Leistungsbedarf</u> des Vorjahresquartals innerhalb der Altersklasse <u>bis zum vollendeten 5. Lebensjahr</u> für Neueinschreiber in Euro. Die in Punkten bewerteten Leistungen sind mit dem regionalen Punktwert des Vorjahresquartals gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen.
07	Durchschnittlicher, historischer, versorgungsauftragsspezifischer Leistungsbedarf für Neueinschreiber der Altersklasse 2	K	13,2	dezimal	<u>Für das Bereinigungsquartal</u> aktuell berechneter, durchschnittlicher vertragsspezifischer, bereinigungsrelevanter <u>historischer Leistungsbedarf</u> des Vorjahresquartals innerhalb der Altersklasse <u>ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr</u> für Neueinschreiber in Euro. Die in Punkten bewerteten Leistungen sind mit dem regionalen Punktwert des Vorjahresquartals gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen.
08	Durchschnittlicher, historischer, versorgungsauftragsspezifischer Leistungsbedarf für Neueinschreiber der Altersklasse 3	K	13,2	dezimal	<u>Für das Bereinigungsquartal</u> aktuell berechneter, durchschnittlicher vertragsspezifischer, bereinigungsrelevanter <u>historischer Leistungsbedarf</u> des Vorjahresquartals innerhalb der Altersklasse <u>ab Beginn des 60. Lebensjahres</u> für Neueinschreiber in Euro. Die in Punkten bewerteten Leistungen sind mit dem regionalen Punktwert des Vorjahresquartals gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen.
09	Bereinigungsrelevanter, versorgungsauftragsspezifischer Leistungsbedarf für Neueinschreiber	K	13,2	dezimal	<u>Für das Bereinigungsquartal</u> aktuell berechneter, historischer versorgungsauftragsspezifischer Leistungsbedarf für Neueinschreiber gemäß Nr. 5.4.1 lit. a) bis d) in Euro. Die in Punkten bewerteten Leistungen sind mit dem regionalen Punktwert des Vorjahresquartals gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen.
10	Zu bereinigender Behandlungsbedarf für Neueinschreiber	M	13,1	dezimal	<u>Für das Bereinigungsquartal</u> aktuell berechneter zu bereinigender Behandlungsbedarf für Neueinschreiber gemäß Nr. 5.4.1 in Punkten.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
11	Rückbereinigungsbetrag	M	13,1	dezimal	Für das <u>Bereinigungsquartal</u> gemäß Nr. 5.4.2 festgestellter Rückbereinigungsbetrag in Punkten für Versicherte, die im Vorjahresquartal am Selektivvertrag teilgenommen haben und im Abrechnungsquartal nicht mehr. Der festgestellte Rückbereinigungsbetrag ist mit vorweggestelltem Minuszeichen darzustellen. Der Wert ergibt sich rechnerisch als Produkt der Felder 19 und 22 geteilt durch Feld 21.
12	Zu bereinigender Behandlungsbedarf für Neueinschreiber abzüglich Rückbereinigungsbetrag zuzüglich Differenzbereinigungsbetrag aufgrund einer Änderung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs (Differenzbereinigungsbetrag)	M	13,1	dezimal	Für das Bereinigungsquartal aktuell berechneter zu bereinigender Behandlungsbedarf für Neueinschreiber gemäß Nr. 5.4.1 in Punkten abzüglich des für das <u>Bereinigungsquartal</u> gemäß Nr. 5.4.2 festgestellten Rückbereinigungsbetrag in Punkten für Versicherte, die im Vorjahresquartal am Selektivvertrag teilgenommen haben und im Abrechnungsquartal nicht mehr zuzüglich des gemäß Nr. 5.3 ermittelten Differenzbereinigungsbetrags (positiv oder negativ) aufgrund einer Änderung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs. Der Wert ergibt sich rechnerisch als Summe der Felder 10, 11, 14 und 15.
13	Leistungsbedarfsabgrenzung	M	1	dezimal	1 = Wohnort-KV der Versicherten stimmt mit Sitz des Arztes, bei dem diese sich eingeschrieben haben, überein und die Felder 06 bis 12 beziehen sich nur auf die bereichseigenen Leistungen dieser Versicherten 2 = Wohnort-KV der Versicherten stimmt nicht mit Sitz des Arztes, bei dem diese sich eingeschrieben haben, überein und die Felder 06 bis 12 sind entsprechend der Vereinbarung zur KV-übergreifenden Bereinigung gemäß Nr. 4.5 abgegrenzt 3 = Wohnort-KV der Versicherten stimmt mit Sitz des Arztes, bei dem diese sich eingeschrieben haben, überein und die Felder 06 bis 12 beziehen sich auf die bereichseigenen und bereichsfremden Leistungen dieser Versicherten
14	Differenzbereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund einer Erweiterung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs	M	13,1	dezimal	Für das Bereinigungsquartal gemäß Nr. 5.3.1 aufgrund einer Erweiterung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs berechneter zusätzlich zu bereinigender Behandlungsbedarf in Punkten..

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
15	Differenzbereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund einer Reduzierung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs	M	13,1	dezimal	Für das Bereinigungsquartal gemäß Nr. 5.3.2 aufgrund einer Reduzierung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs berechnete insgesamt wieder zuzusetzende Rückbereinigungsmenge in Punkten. Der Wert ergibt sich rechnerisch als Produkt aus den Feldern 17 und 23. Der Wert ist mit einem vorweggestellten Minuszeichen darzustellen.
16	Für das Vorjahresquartal endgültig festgestellte vertragspezifische Gesamtbereinigungsmenge	M	13,1	dezimal	Gemäß Nr. 7.1 Schritt a) für das Vorjahresquartal festgestellte vertragspezifische durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten der Krankenkasse im KV-Bezirk multipliziert mit der bei der Bestimmung des damaligen Behandlungsbedarfs der Krankenkasse im KV-Bezirk verwendeten Versichertenanzahl; alternativ für das Vorjahresquartal festgestellte vertragspezifische Gesamtbereinigungsmenge des Vorjahresquartals, sofern diese bekannt ist; Angabe in Punkten
17	Um Veränderungsrate angepasste Gesamtbereinigungsmenge des Vorjahresquartals	M	13,1	dezimal	Gemäß Nr. 7.1 Schritt b) aus dem Wert in Feld 16 auf das Bereinigungsquartal fortentwickelte Punktzahl
18	Um Veränderungsrate und Änderungen der MGV-Abgrenzung angepasste Gesamtbereinigungsmenge des Vorjahresquartals	M	13,1	dezimal	Gemäß Nr. 7.1 Schritt c) aus dem Wert in Feld 17 auf das Bereinigungsquartal fortentwickelte Punktzahl
19	Um Veränderungsrate, Änderungen der MGV-Abgrenzung und Reduzierung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs angepasste Gesamtbereinigungsmenge des Vorjahresquartals	M	13,1	dezimal	Gemäß Nr. 7.1 Schritt d) aus dem Wert in Feld 18 auf das Bereinigungsquartal fortentwickelte Punktzahl
20	Um Veränderungsrate, Änderungen der MGV-Abgrenzung und Versorgungsumfangsänderungen angepasste Gesamtbereinigungsmenge des Vorjahresquartals	M	13,1	dezimal	Gemäß Nr. 7.2 Schritt a) aus dem Wert in Feld 19 auf das Bereinigungsquartal fortentwickelte Punktzahl

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
21	KV-spezifische Teilnehmeranzahl am Vertrag im Vorjahresquartal	M	8	dezimal	Angabe gemäß Nr. 5.4.2 Satz 1
22	Anzahl der Rückkehrer	M	8	dezimal	Anzahl der Rückkehrer gemäß Nummer 3, 5. Absatz, die im Vorjahresquartal am bereinigungsrelevanten Selektivvertrag teilgenommen haben und im Abrechnungsquartal nicht mehr teilnehmen bzw. deren Wohnort nicht mehr im selben KV-Bezirk liegt.
23	Rückbereinigungsanteil aufgrund einer Reduzierung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs	M	11,10	dezimal	Gemäß Nr. 5.3.2 Satz 1 bei einer Reduzierung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs berechneter Anteil der Rückbereinigung

Erläuterung zu den Feldern 06 bis 08 (Durchschnittlicher, historischer, versorgungsauftragsspezifischer Leistungsbedarf der Altersklassen 1 bis 3)

Für die Zuordnung zu den Altersklassen 1 bis 3 wird das Alter des Versicherten zum Stichtag 31. Dezember des Kalenderjahres vor dem zu bereinigenden Abrechnungsquartal ermittelt.

Für die Durchschnittsbildung heranzuziehen sind nur Selektivvertragsteilnehmer, die im Vorjahresquartal ihren Wohnsitz in der von der Bereinigung betroffenen KV hatten und bei der jeweiligen Krankenkasse versichert waren. Selektivvertragsteilnehmer, deren Leistungsbedarf im Vorjahresquartal null war, sind bei der Durchschnittsbildung zu berücksichtigen.

10. Satzart L07 – Versichertenbezogene Bereinigungsdaten

Dateiumfang:
Abgrenzung: Vor Beginn des jeweiligen Bereinigungsquartals ist zusätzlich zur Satzart L06 für jeden Neueinschreiber und Rückkehrer sowie Versicherte, für die nun eine Differenzbereinigung aufgrund einer Erweiterung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs gemäß Nr. 5.3.1 erfolgt, in der Satzart L07 ein Datensatz zu liefern.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 06 eindeutig identifiziert.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L07"
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die MGV-Bereinigung stattfindet, im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA L01
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA L01
04	Versichertennummer	M*	≤ 12	alphanum.	Kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal, inkl. führender Nullen. *Hinweis: Die Angabe in Feld 04 ist immer zu übermitteln, wenn diese der Krankenkasse bekannt ist, auch wenn der Versicherte bereits mit der eGK ausgestattet ist.
05	2. Versichertennummer	K	≤ 12	alphanum.	Zusätzliche, gleichzeitig gültige kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal, sofern vorhanden, inkl. führender Nullen.
06	PersonenID	M*	10	alphanum.	Unveränderlicher Teil (Stellen 1 - 10) der bundeseinheitlichen Krankenversichertennummer. *Hinweis: Die Angabe in Feld 06 ist immer zu übermitteln, wenn diese der Krankenkasse bekannt ist

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
07	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
08	Bereinigungsrelevanter, versorgungsauftragsspezifischer Leistungsbedarf für Neueinschreiber	K	13,2	dezimal	<u>Für das Bereinigungsquartal</u> aktuell berechneter, historischer versorgungsauftragsspezifischer Leistungsbedarf gemäß Nr. 5.4.1 lit. a) bis d) in Euro, falls es sich um einen Neueinschreiber handelt, ansonsten 0. Die in Punkten bewerteten Leistungen sind mit dem regionalen Punktwert des Vorjahresquartals gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen.
09	Zu bereinigender Behandlungsbedarf für Neueinschreiber	M	13,1	dezimal	<u>Für das Bereinigungsquartal</u> aktuell berechneter zu bereinigender Behandlungsbedarf gemäß Nr. 5.4.1 in Punkten, falls es sich um einen Neueinschreiber handelt, ansonsten 0.
10	Zu bereinigender Behandlungsbedarf für Versicherte, für die Differenzbereinigung aufgrund einer Erweiterung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs erfolgt	M	13,1	dezimal	<u>Für das Bereinigungsquartal</u> gemäß Nr. 5.3.1 aufgrund einer Erweiterung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs berechneter zusätzlich zu bereinigender Behandlungsbedarf in Punkten, falls es sich um Versicherte handelt, für die Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs erfolgt, ansonsten 0.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
11	Leistungsbedarfsabgrenzung	M	1	dezimal	<p>1 = Wohnort-KV des Versicherten stimmt mit Sitz des Arztes, bei dem dieser sich eingeschrieben hat, überein und die Felder 08 bis 10 beziehen sich nur auf die bereichseigenen Leistungen dieses Versicherten</p> <p>2 = Wohnort-KV des Versicherten stimmt nicht mit Sitz des Arztes, bei dem dieser sich eingeschrieben hat, überein und die Felder 08 bis 10 sind entsprechend der Vereinbarung zur KV-übergreifenden Bereinigung gemäß Nr. 4.5 abgegrenzt</p> <p>3 = Wohnort-KV des Versicherten stimmt mit Sitz des Arztes, bei dem dieser sich eingeschrieben hat, überein und die Felder 08 bis 10 beziehen sich auf die bereichseigenen und bereichsfremden Leistungen dieser Versicherten</p>
12	Rückbereinigungsbetrag	M	13,1	dezimal	<p>Für das <u>Bereinigungsquartal</u> gemäß Nr. 5.4.2 festgestellter Rückbereinigungsbetrag in Punkten, falls der Versicherte im Vorjahresquartal am Selektivvertrag teilgenommen hat und im Abrechnungsquartal nicht mehr, ansonsten 0. Der festgestellte Rückbereinigungsbetrag ist mit vorweggestelltem Minuszeichen darzustellen.</p> <p>Dieser Wert ergibt sich rechnerisch für alle rückzubereinigenden Versicherten konstant als Quotient der Felder 19 und 21 aus der Satzart L06.</p>
13	Ersatzwertkennzeichen	M	1	dezimal	<p>1: falls es sich um einen Neueinschreiber handelt, bei dem das Ersatzwertverfahren gemäß Nr. 5.4.1 lit. b) zum Einsatz kam</p> <p>2: falls es sich um einen Neueinschreiber handelt, bei dem ein Ersatzwert gemäß Nr. 5.4.1 drittletzter Absatz zum Einsatz kam</p> <p>8: falls es sich um eine Differenzbereinigung aufgrund einer Erweiterung des selektivvertraglichen Versorgungsumfanges handelt</p> <p>9: falls es sich um einen Rückkehrer handelt</p> <p>0: sonst</p>

Erläuterung zu den Feldern 04 und 05 (Versichertennummer / 2. Versichertennummer)

Es ist jeweils die (alte) kassenspezifische Versichertennummer zu liefern, welche vor Einführung der elektronischen Gesundheitskarte gilt. Soweit, wie z. B. im LKK-Bereich, zeitgleich eine zweite (alte) kassenspezifische Versichertennummer existiert, ist auch diese Versichertennummer im Feld 05 zu liefern.

11. Satzart L08 – Versorgungsauftrag gemäß EBM des Bereinigungsquartals

Dateiumfang:
Abgrenzung: Für jede dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag entsprechende Gebührenordnungsposition des EBM des Bereinigungsquartals für Leistungen und Kostenerstattungen innerhalb der regional vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) gemäß Nr. 5.2 ist vor Beginn des jeweiligen Bereinigungsquartals pro Bereinigungsquartal, Selektivvertrag, Krankenkasse und Wohnort-KV ein Datensatz zu liefern.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 05 eindeutig identifiziert.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L08"
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA L01
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA L01
04	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
05	GOP	M	≤ 8	alphanum.	Dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag entsprechende Gebührenordnungsposition des EBM des Bereinigungsquartals für Leistungen und Kostenerstattungen innerhalb der für das Bereinigungsquartal regional vereinbarten MGV gemäß Nr. 5.2, linksbündig.

12. Satzart L09 – Vertrags- und versichertenbezogene Bereinigungsdaten nach GOP

Dateiumfang:
<p>Abgrenzung: Für jeden Selektivvertrag ist vor Beginn des jeweiligen Bereinigungsquartals je Krankenkasse, Neueinschreiber oder Bestandsteilnehmer mit Differenzbereinigung aufgrund einer Erweiterung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs gemäß Nr. 5.3.1, Wohnort-KV, Behandlungsdatum, GOP, Arztpraxis bzw. (Neben-)Betriebsstätte und Arzt ein Datensatz zu liefern. Es sind nur Versicherte mit aktuellem Wohnsitz im Bereich derjenigen Kassenärztlichen Vereinigung einzubeziehen, in der die Bereinigung vorgenommen wird. Der historische Leistungsbedarf dieser Versicherten ist nur zu übermitteln, wenn der Versicherte im Vorjahresquartal bei der bereinigenden Krankenkasse versichert war und in der von der Bereinigung betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung wohnte. Im historischen Leistungsbedarf des Vorjahresquartales dürfen dabei ausschließlich bereinigungsrelevante Sachverhalte ohne extrabudgetär vergütete Sachverhalte enthalten sein.</p> <p>Primärschlüssel: Der Datensatz wird nur dann durch die Kombination der Felder 01 bis 11 mit 14 bis 16 eindeutig identifiziert, wenn die Felder 14 bis 16 nicht leer übermittelt werden.</p>

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L09"
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Quartal, in dem die MGV-Bereinigung stattfindet, im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA L01
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA L01
04	Versichertennummer	M*	≤ 12	alphanum.	Kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal, inkl. führender Nullen. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal eingeschriebene und bei der Bereinigung berücksichtigte Versicherte mit aktuellem Wohnsitz im Bereich der KV, in der die Bereinigung vorgenommen wird. *Hinweis: Die Angabe in Feld 04 ist immer zu übermitteln, wenn diese der Krankenkasse bekannt ist, auch wenn der Versicherte bereits mit der eGK ausgestattet ist.
05	2. Versichertennummer	K	≤ 12	alphanum.	Zusätzliche, gleichzeitig gültige kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal, sofern vorhanden, inkl. führender Nullen. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal eingeschriebene und bei der Bereinigung berücksichtigte Versicherte mit aktuellem Wohnsitz im Bereich der KV, in der die Bereinigung vorgenommen wird.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
06	PersonenID	M*	10	alphanum.	Unveränderlicher Teil (Stellen 1 - 10) der bundeseinheitlichen Krankenversicherungsnummer. Die Übermittlung erfolgt für im jeweiligen Bereinigungsquartal eingeschriebene und bei der Bereinigung berücksichtigte Versicherte mit aktuellem Wohnsitz im Bereich der KV, in der die Bereinigung vorgenommen wird. *Hinweis: Die Angabe in Feld 06 ist immer zu übermitteln, wenn diese der Krankenkasse bekannt ist
07	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten <u>im Bereinigungsquartal</u> (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
08	Historische Versichertennummer	M	≤ 12	alphanum.	Historische Versichertennummer zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme Vorjahresquartal, inkl. führender Nullen.
09	Historisches KVK-IK	M	9	alphanum.	Historisches Institutionskennzeichen auf der Krankenversichertenkarte zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme im Vorjahresquartal.
10	Behandlungsdatum	M	8	numerisch	Datum der Behandlung, im Format JJJJMMTT

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
11	GOP	M	≤ 8	alphanum.	Im Vorjahresquartal für den Selektivvertragsteilnehmer abgerechnete, dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag vollständig entsprechende Gebührenordnungsposition für Leistungen und Kostenerstattungen <u>innerhalb</u> der für das Bereinigungsquartal regional vereinbarten MGV, linksbündig.
12	Anzahl	M	≤ 5	numerisch	Häufigkeit des GOP-Ansatzes
13	Summe Leistungsbedarf	M	13,2	dezimal	Summe des auf den GOP-Ansatz entfallenden Leistungsbedarfs in Euro ohne extrabudgetär vergütete Sachverhalte. Die in Punkten bewerteten Leistungen sind mit dem regionalen Punktwert des Vorjahresquartals gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen.
14	BSNR / NBSNR	M	9	alphanum.	(Neben-)Betriebsstättennummer des abrechnenden Arztes, wie historisch von der KV geliefert (leer bei Ärzten, die ihren Sitz außerhalb der Wohnort-KV des Versicherten gemäß Feld 07 haben)
15	LANR	M	7	alphanum.	Erste 7 Stellen der lebenslangen Arztnummer des abrechnenden Arztes, wie historisch von der KV geliefert (leer bei Ärzten, die ihren Sitz außerhalb der Wohnort-KV des Versicherten gemäß Feld 07 haben)
16	LANR-Arztgruppenschlüssel	M	2	alphanum.	Ziffern 8 und 9 der LANR des abrechnenden Arztes, wie historisch von der KV geliefert (bei Ärzten, die ihren Sitz außerhalb der Wohnort-KV des Versicherten gemäß Feld 07 haben, kann die Kasse dieses Feld optional mitliefern, anderenfalls ist das Feld leer zu lassen)
17	Leistungsbedarfsabgrenzung	M	1	dezimal	1 = Wohnort-KV des Versicherten stimmt mit Sitz des Arztes, bei dem dieser sich eingeschrieben hat, überein und die Felder 12 und 13 beziehen sich nur auf die bereichseigenen Leistungen dieses Versicherten 2 = Wohnort-KV des Versicherten stimmt nicht mit Sitz des Arztes, bei dem dieser sich eingeschrieben hat, überein und die Felder 12 und 13 sind entsprechend der Vereinbarung zur KV-übergreifenden Bereinigung gemäß Nr. 4.5 abgegrenzt 3 = Wohnort-KV des Versicherten stimmt mit Sitz des Arztes, bei dem dieser sich eingeschrieben hat, überein und die Felder 12 und 13 beziehen sich auf die bereichseigenen und bereichsfremden Leistungen dieser Versicherten

13. Satzart L10 –Versichertenhistorie

Dateiumfang:
Abgrenzung: Für jeden Neueinschreiber sowie für Versicherte, für die aktuell eine Differenzbereinigung aufgrund einer Erweiterung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs gemäß Nr. 5.3.1 erfolgt (abgegrenzt gemäß Feld 18 aus Satzart L04), sind vor Beginn des jeweiligen Bereinigungsquartals sämtliche im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gültige Versichertennummern in Verbindung mit dem zugehörigen historischen IK auf der Krankenversichertenkarte zu liefern.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 09 eindeutig identifiziert.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L10"
01	Bereinigungsquartal	M	5	Numerisch	Quartal, für das eine gültige Einschreibung des Neueinschreibers vorliegt, im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA L01
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA L01
04	Versichertennummer	M*	≤ 12	alphanum.	Kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal aus SA L04 (Feld 04), inkl. führender Nullen. *Hinweis: Die Angabe in Feld 04 ist immer zu übermitteln, wenn diese der Krankenkasse bekannt ist, auch wenn der Versicherte bereits mit der eGK ausgestattet ist.
05	2. Versichertennummer	K	≤ 12	alphanum.	Zusätzliche, gleichzeitig gültige kassenspezifische Versichertennummer im Bereinigungsquartal aus SA L04 (Feld 05), sofern vorhanden, inkl. führender Nullen.
06	PersonenID	M*	10	alphanum.	Unveränderlicher Teil (Stellen 1 - 10) der bundeseinheitlichen Krankenversichertennummer aus SA L04 (Feld 06). *Hinweis: Die Angabe in Feld 06 ist immer zu übermitteln, wenn diese der Krankenkasse bekannt ist

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
07	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten <u>im Bereinigungsquartal</u> (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
08	Historische Versichertennummer	M	≤ 12	alphanum.	Jede historische Versichertennummer, welche dem durch die Versichertennummer(n) bzw. PersonenID in den Feldern 04 bis 06 identifizierbaren Versicherten im Vorjahresquartal zugeordnet werden kann, inkl. führender Nullen.
09	Historisches KVK-IK	M	9	alphanum.	Historisches Institutionskennzeichen auf der Krankenversichertenkarte, welches der historischen Versichertennummer in Feld 08 zugeordnet werden kann.
10	Neueinschreiberkennzeichen	M	1	dezimal	1: falls es sich um einen Neueinschreiber handelt 8: falls es sich um eine Differenzbereinigung aufgrund einer Erweiterung des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs handelt

Anlage 2

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 489. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Verfahren zur Umsetzung der Anpassung von Leistungs-, Be- reinigungs- und Gesamtbereinigungsmengen für fallbezogen aufgrund des TSVG extrabudgetär vergütete Leistungen

Zur Anpassung der vertragsspezifischen Gesamtbereinigungsmenge gemäß Nr. 7.1 lit. c), der durchschnittlichen Leistungsmenge gemäß Nr. 6.1 Ziffer 2 lit. d) bzw. Nr. 6.2 Ziffer 2 lit. c) und der Bereinigungsmenge des Vorjahresquartals gemäß Nr. 6.1 Ziffer 7 bzw. Nr. 6.2 Ziffer 7 an die aktuelle MGV-Abgrenzung für fallbezogen extrabudgetär vergütete Leistungen aufgrund des TSVG wird das Folgende vorgegeben:

1. Zeitraum für die Anpassung der vertragsspezifischen Gesamtbereinigungsmenge gemäß Nr. 7.1 lit. c) aufgrund des TSVG

Für alle TSVG-Konstellationen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 bis 6 SGB V werden die Bereinigungsquartale 2/2020 bis 1/2022 als Zeitraum für die Anpassung vorgegeben. Es werden die Leistungen aus allen im jeweiligen Vorjahreszeitraum abgerechneten und gekennzeichneten TSVG-Konstellationen berücksichtigt. Die in Nr. 3 beschriebene Anpassung ist für die Quartale 2/2020 bis 1/2021 ohne Basiswirksamkeit umzusetzen und für die Quartale 2/2021 bis 1/2022 basiswirksam umzusetzen.

Die regionalen Gesamtvertragspartner prüfen bei Bereinigungen nach Nr. 5 vor Anwendung des Verfahrens gemäß dieser Anlage hinsichtlich der Anpassung der vertragsspezifischen Gesamtvereinigungsmenge gemäß Nr. 7.1 lit. c), ob in den Bereinigungsquartalen 2/2021 bis 1/2022 in den vertragsspezifischen Gesamtbereinigungsmengen gemäß Nr. 7.1 lit. c) in größerem Umfang Bereinigungsmengen von Neueinschreibern aus dem jeweiligen Vorjahresquartal beinhaltet sind, die bereits aufgrund von TSVG-Konstellationen gekürzt wurden und vereinbaren ggf. ein Verfahren, welches eine solche Doppelkürzung ausschließt.

2. Zeitraum für die Anpassung der durchschnittlichen Leistungsmenge gemäß Nr. 6.1 Ziffer 2 lit. d) bzw. Nr. 6.2 Ziffer 2 lit. c) und der Bereinigungsmenge des Vorjahresquartals gemäß Nr. 6.1 Ziffer 7 bzw. Nr. 6.2 Ziffer 7 aufgrund des TSVG

Für alle TSVG-Konstellationen werden die Bereinigungsquartale 2/2020 bis 4/2020 als Zeitraum für die Anpassung vorgegeben. Es werden die Leistungen aus allen im jeweiligen Vorjahreszeitraum abgerechneten und gekennzeichneten TSVG-Konstellationen berücksichtigt. Sofern die Bestimmung der Werte gemäß dem Verfahren in Nr. 6.1 Ziffer 6 bzw. Nr. 6.2 Ziffer 6 bereits auf dem Datenjahr 2019 basiert, ist das Anpassungsverfahren nicht anzuwenden.

3. Anpassungsverfahren

Je Selektivvertrag und unter Nr.1 bzw. Nr. 2 aufgeführtem Abrechnungs- bzw. Bereinigungsquartal werden auf Basis des jeweiligen Bereinigungsziffernkranzes bei bereinigungsrelevanten Arztgruppen die Leistungsbedarfssummen der Versicherten, die nicht an diesem Selektivvertrag teilnehmen (Restkollektiv) im Vorjahresquartal einmal unter Ausschluss und einmal unter Einschluss der aufgrund von TSVG-Konstellationen extra-budgetär vergüteten Leistungen ermittelt.

Der Quotient aus der Leistungsbedarfssumme unter Ausschluss dieser Leistungen und der Leistungsbedarfssumme unter Einschluss dieser Leistungen ergibt den TSVG-Selektivvertrags-Anpassungsfaktor (TSVG-SV-Anpassungsfaktor). Dieser TSVG-SV-Anpassungsfaktor soll bei Bedarf durch die Partner des Bereinigungsvertrags angepasst werden, insbesondere bei ggf. unterschiedlichem Inanspruchnahmeverhalten der jeweiligen fallbezogenen Konstellationen zwischen Teilnehmern am jeweiligen Selektivvertrag und den Versicherten, die nicht an diesem Selektivvertrag teilnehmen.

Der vertragsspezifische TSVG-SV-Anpassungsfaktor wird quartalsweise unter Berücksichtigung der Zeiträume nach Nr. 1 bzw. Nr. 2 mit der vertragsspezifischen Gesamtbereinigungsmenge gemäß Nr. 7.1 lit. c) bzw. mit der durchschnittlichen Leistungsmenge gemäß Nr. 6.1 Ziffer 2 lit. d) bzw. 6.2 Ziffer 2 lit. c) bzw. der Bereinigungsmenge des Vorjahresquartals gemäß Nr. 6.1 Ziffer 7 bzw. Nr. 6.2 Ziffer 7 multipliziert.

Die Partner des Bereinigungsvertrages können einvernehmlich ein von diesen Vorgaben abweichendes Verfahren vereinbaren.

Anlage 3

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 489. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Verfahren zur Umsetzung der Anpassung von Gesamtbereini- gungsmengen für fallbezogen aufgrund des GKV-FinStG nicht mehr extrabudgetär vergütete Leistungen

Zur Anpassung der vertragsspezifischen Gesamtbereinigungsmenge gemäß Nr. 7.1 lit. c) und der Bereinigungsmenge des Vorjahresquartals gemäß Nr. 6.1 Ziffer 7 bzw. Nr. 6.2 Ziffer 7 an die aktuelle MGV-Abgrenzung für fallbezogen nicht mehr extrabudgetär vergütete Leistungen aufgrund des GKV-FinStG (Neupatienten) wird das Folgende vorgegeben:

1. Anpassung der vertragsspezifischen Gesamtbereinigungsmenge gemäß Nr. 7.1 lit. c) aufgrund des GKV-FinStG

Für die Rückbereinigung der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V werden die Bereinigungsquartale 1/2023 bis 4/2023 als Zeitraum für die Anpassung vorgegeben. Es wird der Teil der Bereinigungskürzung aus Anlage 2, der für die damaligen Bereinigungsquartale 2/2021 bis 1/2022 auf diese TSVG-Konstellation entfiel, berücksichtigt.

Dazu wird die Berechnung aus Anlage 2 Nr. 3 mit Ausschluss der TSVG-Konstellationen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3, 4 und 6 SGB V im Zähler und Ausschluss der TSVG-Konstellationen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V im Nenner für die damaligen Bereinigungsquartale 2/2021 bis 1/2022 wiederholt, um den vertrags- und quartals-spezifischen FinStG-SV-Anpassungsfaktor zu erhalten.

Dieser quartals- und vertragsspezifische FinStG-SV-Anpassungsfaktor soll bei Bedarf durch die Partner des Bereinigungsvertrags entsprechend Anlage 2 Nr. 3 angepasst werden, insbesondere bei ggf. unterschiedlichem Inanspruchnahmeverhalten der betreffenden fallbezogenen Konstellation zwischen Teilnehmern am jeweiligen Selektivvertrag und den Versicherten, die nicht an diesem Selektivvertrag teilnehmen.

Der FinStG-SV-Anpassungsfaktor wird quartalsweise im Anpassungszeitraum nach Absatz 1 mit der vertragsspezifischen Gesamtbereinigungsmenge gemäß Nr. 7.1 lit. c) multipliziert.

Zur Umsetzung dieser Vorgaben erfolgt abweichend von den Fristen in Nr. 4.2 Ziffer 5 für das Bereinigungsquartal 1/2023 eine Korrekturlieferung der Daten gemäß Nr. 9. Über Zeitpunkt und Umfang der Korrekturlieferung verständigen sich die Vertragspartner. Die Vertragspartner können alternativ einvernehmlich die Bereinigungsquartale 2/2023 bis 1/2024 als Anpassungszeitraum vereinbaren.

Die Partner des Bereinigungsvertrages können einvernehmlich ein von diesen Vorgaben abweichendes Verfahren vereinbaren.

2. Anpassung der Bereinigungsmenge des Vorjahresquartals gemäß Nr. 6.1 Ziffer 7 bzw. Nr. 6.2 Ziffer 7 aufgrund des GKV-FinStG

Für die Rückbereinigung der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V werden die Bereinigungsquartale 1/2023 bis 4/2023 als Zeitraum für die Anpassung vorgegeben.

Je Selektivvertrag werden auf Basis des jeweiligen Bereinigungsziffernkranzes bei bereinigungsrelevanten Arztgruppen die Leistungsbedarfssummen der Versicherten, die nicht an diesem Selektivvertrag teilnehmen (Restkollektiv) für die Datenquartale 1/2020 und 3/2020 einmal unter Ausschluss und einmal unter Einschluss der aufgrund der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V extrabudgetär vergüteten Leistungen ermittelt. Der Quotient aus der Leistungsbedarfssumme unter Einschluss dieser Leistungen und der Leistungsbedarfssumme unter Ausschluss dieser Leistungen ergibt den FinStG-Selektivvertrags-Anpassungsfaktor (FinStG-SV-Anpassungsfaktor).

Dieser vertragsspezifische FinStG-SV-Anpassungsfaktor soll bei Bedarf durch die Partner des Bereinigungsvertrags entsprechend Anlage 2 Nr. 3 angepasst werden, insbesondere bei ggf. unterschiedlichem Inanspruchnahmeverhalten der betreffenden fallbezogenen Konstellation zwischen Teilnehmern am jeweiligen Selektivvertrag und den Versicherten, die nicht an diesem Selektivvertrag teilnehmen.

Der vertragsspezifische FinStG-SV-Anpassungsfaktor wird quartalsweise im Anpassungszeitraum nach Absatz 1 mit der vertragsspezifischen Gesamtbereinigungsmenge des Vorjahresquartals gemäß Nr. 6.1 Ziffer 7 bzw. Nr. 6.2 Ziffer 7 multipliziert.

Zur Umsetzung dieser Vorgaben erfolgt abweichend von den Fristen in Nr. 4.2 Ziffer 5 für das Bereinigungsquartal 1/2023 eine Korrekturlieferung der Daten gemäß Nr. 9. Über Zeitpunkt und Umfang der Korrekturlieferung verständigen sich die Vertragspartner. Die Vertragspartner können alternativ einvernehmlich die Bereinigungsquartale 2/2023 bis 1/2024 als Anpassungszeitraum vereinbaren.

Die Partner des Bereinigungsvertrages können einvernehmlich ein von diesen Vorgaben abweichendes Verfahren vereinbaren.