# Lesefassung des

# B E S C H L U S S E S

## des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023,

## zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V ab dem Jahr 2017

## mit Wirkung zum 1. Quartal 2023

---

**Präambel**

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Vorgaben zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V.

**1. Befristung bestehender Beschlüsse des Bewertungsausschusses**

Der Beschluss Teil A des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 379. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V ab dem Jahr 2015 wird befristet bis zum Abrechnungsquartal 4/2016. Die Regelungen des vorliegenden Beschlusses gelten ab dem Abrechnungsquartal 1/2017.

Die Verweise der folgenden Beschlüsse, die Bezug nehmen auf den Beschluss Teil A des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 379. Sitzung (schriftliche

Beschlussfassung) zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V ab dem Jahr 2015, gelten mit der Maßgabe fort, dass die Verweise auf den vorliegenden Beschluss zu beziehen sind:

- der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 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 für das Jahr 2017,
- der Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 zu Empfehlungen gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 3 SGB V und § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V i. V. m. § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V sowie Vorgaben zur Anpassung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V zur Finanzierung des Leistungsanstiegs im humangenetischen Bereich,
- der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung am 22. September 2015 (Teil B), geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 380. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Ausdeckelung im Rahmen der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie, insbesondere in Bezug auf die dort in Schritt 9 beschriebene Erhöhung der Aufsatzwerte im Jahr 2019.

## 2. Kassenspezifische Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V

Gemäß § 87a Abs. 3 SGB V vereinbaren die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit Wirkung für die Krankenkassen die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung (Wohnort-KV). Hierzu vereinbaren sie als Punktzahlvolumen auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf und bewerten diesen mit dem nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V vereinbarten Punktwert in Euro.

Grundlage der Vereinbarung der Behandlungsbedarfe sind die gemäß § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V kassenspezifisch angepassten Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs, die gemäß den in § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V genannten Veränderungstatbeständen fortzuschreiben sind.

## 2.1 Zeitliche Vorgaben

Die Berechnung der kassenspezifisch angepassten Aufsatzwerte des Behandlungsbedarfs gemäß den Verfahrensvorgaben dieses Beschlusses erfolgt für jedes Abrechnungsquartal eines Jahres getrennt unter Verwendung der Datengrundlage des jeweiligen Vorjahresquartals unter Berücksichtigung etwaiger gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015, bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen vorliegenden Korrekturlieferungen und der Ergebnisse der Abstimmung zwischen den jeweiligen Wohnort-KVen und zuständigen kassenartenspezifischen Gesamtvertragspartnern bei Differenzen zwischen den KV- und Kassenmeldungen. Die Berechnung erfolgt unverzüglich nach Vorliegen dieser Datengrundlage und damit rechtzeitig für die Rechnungslegung fünf Monate nach Quartalsende. Die auf diese Weise bestimmten und gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V angepassten sowie gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 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 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen und gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014, bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen differenzbereinigten Behandlungsbedarfe sind im Formblatt 3 sowie im Rechnungsbrief auszuweisen und bei der Schlusszahlung für das entsprechende Abrechnungsquartal zu berücksichtigen.

## 2.2 Vorgaben zur Berechnung der kassenspezifischen Behandlungsbedarfe

### 2.2.1 Basiswirksam vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal

#### 2.2.1.1 Feststellung für das Vorjahresquartal

Ausgangspunkt der Berechnung kassenspezifischer Behandlungsbedarfe für ein Abrechnungsquartal für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung ist die **Feststellung des insgesamt für alle Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Vorjahresquartal basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs**.

Hierzu verwenden die regionalen Gesamtvertragspartner die gemäß Beschluss Teil C des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015, bzw. gemäß entsprechenden Folgebeschlüssen vorliegende Datenlieferung der kassenseitigen Rechnungslegung in der Satzart KASSRG87aMGV_SUM unter Berücksichtigung etwaiger Korrekturlieferungen. Sollten

die darin für einen KV-Bezirk und das Vorjahresquartal enthaltenen Summenangaben zum basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf und/oder zu den MGV-relevanten Versichertenzahlen aus Datenlieferungen der Krankenkassen einerseits und aus Datenlieferungen der Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits nicht übereinstimmen, verständigen sich die kassenartenspezifischen Gesamtvertragspartner anhand der kassenspezifisch in der Satzart KASSRG87aMGV_IK unter Berücksichtigung etwaiger Korrekturlieferungen ausgewiesenen Behandlungsbedarfe jeweils mit der Kassenärztlichen Vereinigung über die zur Beseitigung der Abweichungen anzusetzenden Differenzbeträge und teilen diese kassenartenspezifisch kumuliert allen Gesamtvertragspartnern im jeweiligen KV-Bezirk mit.

Sofern über die Datengrundlagen keine Einigung erzielt werden kann, ist das Schiedsamt anzurufen.

Für die Vorjahresquartale der Jahre 2017 und 2018 sind darüber hinaus noch die gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung vom 22. September 2015 (Teil B), Schritt 6, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 380. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), ermittelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – vom Jahr 2015 bis zum jeweiligen Vorjahresquartal sowie um die Veränderung der jeweils verwendeten Versichertenzahl zwischen dem entsprechenden Quartal des Jahres 2016 und dem jeweiligen Vorjahresquartal fortentwickelt zu addieren.

#### 2.2.1.2 Verfahren zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Sofern die vereinbarte Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zwischen dem Abrechnungsquartal und dem Vorjahresquartal abweicht, ziehen die Gesamtvertragspartner bei Überführung von Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in die extrabudgetäre Vergütung eine einvernehmlich festgestellte Punktmenge nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung für diese Leistungen im Vorjahresquartal vom für das Vorjahresquartal vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf ab. Bei Überführung von Leistungen aus der extrabudgetären Vergütung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird eine einvernehmlich festgestellte Punktmenge nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung für diese Leistungen im Vorjahresquartal zugesetzt.

Sofern die Partner der Gesamtverträge nichts anderes vereinbaren, wird die abzuziehende bzw. zuzusetzende Punktmenge gemäß den folgenden drei Schritten berechnet:

1. Aus den Daten der Satzarten ARZTRG87aKA_SUM und ARZTRG87aNVI_SUM gemäß Beschluss Teil B des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015, bzw. gemäß entsprechenden Folgebeschlüssen unter Berücksichtigung etwaiger Korrekturlieferungen, wird für die betroffene Leistung die Differenz der Leistungsmenge nach regionaler Euro-Gebührenordnung des Vorjahresquartals in der Wohnort-KV aus ARZTRG87aKA_SUM und ARZTRG87aNVI_SUM ermittelt. Im Falle einer Überführung aus der extrabudgetären Vergütung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung werden dabei in der Satzart ARZTRG87aKA_SUM nur die Leistungen berücksichtigt, die im Feld 13 (TSVG-Kennzeichen) als “keine TSVG-Konstellation“ gekennzeichnet sind.
2. Das Ergebnis aus Ziffer 1 wird mit der KV-spezifischen Abstaffelungsquote multipliziert. Die KV-spezifische Abstaffelungsquote berechnet sich dabei folgendermaßen: Der vereinbarte, bereinigte Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal (aus der Satzart KASSRG87aMGV_SUM gemäß Beschluss Teil C des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015, bzw. gemäß entsprechenden Folgebeschlüssen, unter Berücksichtigung etwaiger Korrekturlieferungen) in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Vorjahresquartal wird multipliziert mit dem im Vorjahresquartal gültigen regionalen Punktwert und dividiert durch die Summe der Leistungsmenge nach regionaler Euro-Gebührenordnung in der Wohnort-KV im Vorjahresquartal in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Vorjahresquartal gemäß der Satzart ARZTRG87aREG und eventueller weiterer Untergliederungen, die sich nicht ausschließlich über Gebührenordnungspositionen abgrenzen lassen. Die Summe der Leistungsmenge in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wird dabei aus ARZTRG87aKA_SUM ermittelt, wobei die Leistungsmenge nach regionaler Euro-Gebührenordnung aus ARZTRG87aNVI_SUM abgezogen wird.
3. Der so ermittelte Euro-Betrag wird durch den regionalen Punktwert im Vorjahresquartal dividiert.

Die in Ziffer 2 angewendete Abstaffelungsquote wird für eine Leistung auf eins gesetzt,

- wenn es sich bei der zu überführenden Leistung um eine in Euro bewertete Leistung handelt und/oder
- wenn die Auszahlungsquote der Arztgruppe, die die zu überführende Leistung absolut von allen Arztgruppen am häufigsten abrechnet, im Vorjahresquartal größer ist als 97 Prozent. Die Auszahlungsquote einer Arztgruppe wird dabei definiert als das Verhältnis des Honorars der Arztgruppe zur abgerechneten Leistungsmenge nach regionaler Euro-Gebührenordnung; die Berechnung der Auszahlungsquote differenziert nicht nach Leistungen, die innerhalb und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden.

Die in Ziffer 2 angewendete Abstaffelungsquote wird des Weiteren auf eins gesetzt, wenn eine Leistung aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in die extrabudgetäre Vergütung überführt wird und aus dem Verteilungsmaßstab gemäß § 87b Abs. 1 Satz 2 SGB V deutlich wird, dass diese Leistung im Vorjahresquartal mit dem Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet worden ist.

Veränderungen der Abgrenzung der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind in den von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu bestimmenden Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V, für die gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V das Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband herzustellen ist, zu berücksichtigen.

Im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie hat der Bewertungsausschuss in seiner 519. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossen, dass die Verwendbarkeit der vorgesehenen Datenquartale des Jahres 2020 zu überprüfen ist. Hierzu berechnet das Institut des Bewertungsausschusses für die Quartale 2/2020 bis 4/2020 quartalsweise, mit welcher Rate sich bundesweit das Punktzahlvolumen aller Leistungen je Versicherten gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal verändert hat. Das Institut stellt seine Ergebnisse auf seiner Internetseite spätestens Ende des dritten Monats vor Beginn des jeweiligen Quartals des Jahres 2021 bereit. In Euro bewertete Leistungen rechnet das Institut des Bewertungsausschusses mit einem Punktwert von 10,8226 Cent in Punkte um. Sofern gemäß den Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses für eines der Quartale 2/2020 bis 4/2020 die beschriebene Veränderungsrate kleiner als minus 3,5 Prozent ist, ist von den regionalen Gesamtvertragspartnern als Datenquartal anstelle des jeweils betroffenen Quartals das entsprechende Quartal des Jahres 2019 unter Abbildung der zwischenzeitlich erfolgten TSVG-Bereinigung und unter Berücksichtigung etwaiger Auswirkungen der EBM-Weiterentwicklung heranzuziehen. Die zu verwendende Abstaffelungsquote ist ebenfalls

mit Bezug zum entsprechenden Quartal des Jahres 2019 zu bestimmen. Für das Quartal 1/2021 wird die Verwendung der Daten des Quartals 1/2020 vorgegeben."

#### 2.2.1.3 Abzug von Bereinigungsbeträgen aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung sowie aufgrund offener Sprechstunden und Bereinigungsverzicht

Von dem nach Nr. 2.2.1.2 festgestellten Behandlungsbedarf wird die nach den für das aktuelle Abrechnungsquartal jeweils gültigen Beschlüssen zur Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung gemäß § 116b Abs. 6 Satz 13 ff. SGB V für den jeweiligen KV-Bezirk insgesamt ermittelte Differenzbereinigungsmenge in Punkten (positiv oder negativ) abgezogen.

Zudem erfolgt an dieser Stelle der Abzug aller der für das jeweilige Vorjahresquartal aufgrund der Möglichkeit des Bereinigungsverzichtes gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 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 bzw. gemäß entsprechenden Folgebeschlüssen für den jeweiligen KV-Bezirk ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina.

Zudem erfolgt an dieser Stelle der Abzug der nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses zur Bereinigung offener Sprechstunden in seiner 640. Sitzung zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 17 SGB V zur Bereinigung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 und 16 SGB V für das aktuelle Abrechnungsquartal und den jeweiligen KV-Bezirk ermittelten Bereinigungsmenge in Punkten.

#### 2.2.1.4 Ausgleich des Kassenwechslereffekts

Der nach Nr. 2.2.1.3 festgestellte Behandlungsbedarf wird um den durch den Bewertungsausschuss bis spätestens zum 31. August des Vorjahres beschlossenen prozentualen Ausgleichsbetrag des Kassenwechslereffekts unter Beachtung des Vorzeichens (positiv oder negativ) angepasst.

### 2.2.2 Kassenspezifische Anteile am vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal

Der nach Nr. 2.2.1 festgestellte Behandlungsbedarf wird nun entsprechend dem Anteil der für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im Vorjahresquartal abgerechneten Leistungen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung, die im Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehören, an den für Versicherte aller Krankenkassen mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im Vorjahresquartal nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung insgesamt

abgerechneten Leistungen, die im Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehören, auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilt.

Die abgerechneten Leistungen nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung werden auf der Grundlage der gemäß Beschluss Teil B des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015, bzw. gemäß entsprechenden Folgebeschlüssen beschlossenen Datenlieferungen der arztseitigen Rechnungslegung in den Satzarten ARZTRG87aKA_SUM, ARZTRG87aKA_IK, ARZTRG87aNVI_SUM und ARZTRG87aNVI_IK unter Berücksichtigung etwaiger Korrekturlieferungen, aber ohne Berücksichtigung der Daten etwaiger zwischen dem Beginn des Vorjahresquartals und dem Beginn des Abrechnungsquartals geschlossenen Krankenkassen wie folgt bestimmt. Jeweils für die einzelnen Krankenkassen nach aktuellem Fusionsstand (IK-Satzarten) und die KV insgesamt (SUM-Satzarten) wird die Leistungsmenge in Punkten zuzüglich der durch Division mit dem im Vorjahresquartal gültigen regionalen Punktwert in Punkte umgerechneten Leistungsmenge in Euro (in Euro bewertete Leistungen sowie Leistungen mit ausschließlicher Bewertung in der Euro-Gebührenordnung) in der Wohnort-KV für die im Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörigen Gebührenordnungspositionen, die in den ARZTRG87aKA-Satzarten keine Kennzeichnung als nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen aufweisen, addiert. Die auf die Inanspruchnahme bereinigter Leistungen im Rahmen des Kollektivvertrags durch an dem Selektivvertrag teilnehmende Versicherte gemäß den ARZTRG87aNVI-Satzarten entfallenden, durch Division mit dem im Vorjahresquartal gültigen regionalen Punktwert in Punkte umgerechneten Leistungsmengen nach Euro-Gebührenordnung in der Wohnort-KV für die im Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörigen Gebührenordnungspositionen werden hiervon abgezogen. Falls sich die regional vereinbarte Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund in der Datengrundlage nicht enthaltener Kennzeichnungen nicht unmittelbar nachvollziehen lässt, verständigen sich die Gesamtvertragspartner einvernehmlich über die für die kassenspezifische Aufteilung der Behandlungsbedarfe zu verwendende Abgrenzung der Leistungsmengen.

Im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Pandemie hat der Bewertungsausschuss in seiner 519. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) beschlossen, dass die Verwendbarkeit der vorgesehenen Datenquartale des Jahres 2020 zu überprüfen ist. Hierzu berechnet das Institut des Bewertungsausschusses für die Quartale 2/2020 bis 4/2020 quartalsweise, mit welcher Rate sich bundesweit das Punktzahlvolumen der MGV-Leistungen je Versicherten gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal verändert hat. Das Institut stellt seine Ergebnisse auf seiner Internetseite spätestens

Ende des dritten Monats vor Beginn des jeweiligen Quartals des Jahres 2021 bereit. Bei dieser Berechnung wird zur Abgrenzung der MGV-Leistungen für beide Quartale der Jahre 2019 und 2020 die bundeseinheitliche Empfehlung des Bewertungsausschusses im jeweiligen Quartal des Jahres 2020 zugrunde gelegt. Bei dieser Berechnung schließt das Institut des Bewertungsausschusses TSVG-Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 bis 6 SGB V sowie gekennzeichnete Corona-NVA-Leistungen gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 490. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 521. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), mit ein. In Euro bewertete Leistungen rechnet das Institut des Bewertungsausschusses mit einem Punktwert von 10,8226 Cent in Punkte um. Sofern gemäß den Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses für eines der Quartale 2/2020 bis 4/2020 die beschriebene Veränderungsrate als Betrag mehr als 3,5 Prozent beträgt, ist von den regionalen Gesamtvertragspartnern als Datenquartal anstelle des jeweils betroffenen Quartals das entsprechende Quartal des Jahres 2019 heranzuziehen. Für das Quartal 1/2021 wird die Verwendung der Daten des Quartals 1/2020 vorgegeben. Bei der Verwendung des Datenquartals 2/2019 anstelle des Datenquartals 2/2020 mit Wirkung für das Quartal 2/2021 wird die nach dem zweiten Absatz für eine Krankenkasse berücksichtigte Leistungsmenge durch die Versichertenzahl dividiert, die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs dieser Krankenkasse für das Quartal 2/2019 verwendet wurde, und mit der Versichertenzahl multipliziert, die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs dieser Krankenkasse für das Quartal 2/2020 verwendet wurde. Im Anschluss wird von der so erhaltenen kassenspezifischen Leistungsmenge die kassenindividuelle vertragsübergreifende Bruttodifferenzbereinigungsmenge für das Quartal 2/2020 in Abzug gebracht. Die Bruttodifferenzbereinigungsmenge ergibt sich durch Multiplikation der kassenindividuell abgestimmten Nettodifferenzbereinigungsmenge mit der Summe des Leistungsbedarfs aller Krankenkassen gemäß Euro-Gebührenordnung des Quartals 2/2019 umgerechnet mit dem regionalen Punktwert des Jahres 2019 in Punkte dividiert durch den vereinbarten Behandlungsbedarf aller Krankenkassen in Punkten des Quartals 2/2019. Bei der Bestimmung des Verhältnisses von Leistungsbedarf zu Behandlungsbedarf ist die MGV-Abgrenzung des Quartals 2/2020 zugrunde zu legen und sind die gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V (TSVG) extrabudgetär vergüteten Leistungen entsprechend der fallbezogenen Kennzeichnung im Quartal 2/2019 auszuschließen.

Für die Bestimmung der kassenindividuellen Anteile wird der für die KV insgesamt heranzuziehende Leistungsbedarf als Summe der so fortgeschriebenen Leistungsmengen aller Kassen verwendet.

Über die Berücksichtigung der sich aus den kassenseitigen Prüfanträgen nach § 106d Abs. 4 SGB V (i. d. F. d. GKV-VSG ab 1. Januar 2017) ergebenden Korrekturen

verständigen sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen.

Zudem erfolgt an dieser Stelle bei der jeweiligen Krankenkasse ggf. die Hinzusetzung des für das Vorjahresquartal für die jeweilige Krankenkasse im jeweiligen KV-Bezirk ermittelten und vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumens aufgrund der Möglichkeit des Bereinigungsverzichts gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 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 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen.

### 2.2.3 Kassenspezifische Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal

Der nach Nr. 2.2.2 auf die einzelnen Krankenkassen aufgeteilte Behandlungsbedarf ist für jede einzelne Krankenkasse schließlich noch durch die im Vorjahresquartal bei der Bestimmung des damaligen Behandlungsbedarfs dieser Krankenkasse im jeweiligen KV-Bezirk verwendete **Versichertenzahl** gemäß der Datenlieferung KASSRG87aMGV_IK (unter Berücksichtigung etwaiger Korrekturlieferungen) zu teilen und mit der für das Abrechnungsquartal für diese Krankenkasse im jeweiligen KV-Bezirk tatsächlich festgestellten Versichertenzahl gemäß der Datenlieferung ANZVER87a_IK zu multiplizieren.

Für die Abrechnungsquartale der Jahre 2017 und 2018 sind darüber hinaus noch die gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung vom 22. September 2015 (Teil B), Schritt 6, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 380. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), ermittelten Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen vom Jahr 2015 bis zum Vorjahresquartal des jeweiligen Abrechnungsquartals sowie um die Veränderung der jeweils verwendeten Versichertenzahl zwischen dem entsprechenden Quartal des Jahres 2016 und dem jeweiligen Abrechnungsquartal fortentwickelt - zu subtrahieren.

Die Gesamtvertragspartner verständigen sich jeweils über die Berücksichtigung oder Nichtberücksichtigung der in der Datenlieferung ANZVER87a_IK ausgewiesenen besonderen Personengruppen bei der Feststellung der für die Berechnungen zu verwendenden Versichertenzahlen. Dabei beachten sie die Konsistenz mit etwaigen gesondert vereinbarten Vergütungsregelungen für diese Personengruppen.

### 2.2.4 Verwendung der kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal

Die gemäß Nr. 2.2.3 bestimmten kassenspezifischen Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal sind gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – für das jeweilige Abrechnungsquartal fortzuentwickeln.

Darüber hinaus sind die gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 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 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen für diesen KV-Bezirk für das aktuelle Abrechnungsquartal aktualisierten vertragsübergreifenden Gesamtbereinigungsmengen je Versicherten der Krankenkasse, multipliziert mit der Differenz zwischen der Versichertenzahl der Krankenkasse im Abrechnungsquartal zu der Versichertenzahl der Krankenkasse im Vorjahresquartal im jeweiligen KV-Bezirk, zu addieren.

Für Neueinschreiber in und Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen sowie für Bestandsteilnehmer im Falle einer Änderung des Versorgungsumfangs des Selektivvertrages erfolgt anschließend eine basiswirksame Differenzbereinigung gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 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 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen.

**Protokollnotizen:**

1. Das Institut des Bewertungsausschusses wird auf seiner Internetseite nachrichtlich und fortlaufend in geeigneter Weise Transparenz über die Gesamtheit der Beschlüsse mit Vorgaben zur Aufsatzwertebestimmung und deren Ineinandergreifen schaffen.

2. Sofern die Gesamtvertragspartner die Ausdeckelungsbeträge aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie gemäß Nr. 1 der Protokollnotiz des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 380. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) unter Verwendung abweichender Zeiträume bezogen auf die Versichertenzahl bestimmt haben, ist dies im letzten Absatz der Nr. 2.2.1.1 bei der Feststellung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal und im zweiten Absatz der Nr. 2.2.3 bei der Bestimmung der kassenspezifischen

Aufsatzwerte des bereinigten Behandlungsbedarfs im Abrechnungsquartal entsprechend zu berücksichtigen.“