

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 D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in
seiner 848. Sitzung am 25. August 2026,**

**zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfah-
ren 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 sowie zu Vorgaben gemäß
§ 87a Abs. 3b Satz 8 SGB V**

mit Wirkung zum 1. Quartal 2027

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. Zudem beschließt er gemäß § 87a Abs. 3b Satz 12 SGB V Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b Satz 13 SGB V, sowie gemäß § 87a Abs. 3c Satz 15 SGB V Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung des auf die jeweilige Krankenkasse entfallenden Anteils an Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3c Satz 13 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 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, 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 489. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) 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, zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 622. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen und gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 420. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, 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 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, bzw. gemäß entsprechenden Folgebeschlüssen vorliegende Datenlieferung der kassenseitigen Rechnungslegung in der Satzart KASSRG87a-MGV_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 Versichertenzenzahlen 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.

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 zuge-
setzt.

Sofern die Partner der Gesamtverträge nichts Anderes vereinbaren, wird die abzuzie-
hende bzw. zuzusetzende Punktmenge gemäß den folgenden drei Schritten berechnet:

1. Aus den Daten der Satzarten ARZTRG87aKA_SUM und ARZTRG87a-NVI_SUM gemäß Beschluss Teil B des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, 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 ARZTRG-87aKA_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 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, 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 Abstufungsquote 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 Abstufungsquote 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.

2.2.1.3 Abzug von Bereinigungsbeträgen aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung, Hybrid-DRG, offener Sprechstunden sowie 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 der vom Bewertungsausschuss für die Quartale des jeweiligen Kalenderjahres für den jeweiligen KV-Bezirk beschlossenen Differenzbereinigungsmengen in Punkten (positiv oder negativ) zur Bereinigung gemäß § 115f Abs. 3 Satz 7 SGB V um Leistungen, die Bestandteil von Hybrid-DRG sind.

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 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, bzw. gemäß entsprechenden Folgebeschlüssen beschlossenen Datenlieferungen der artzseitigen 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 be-

wertete 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. Sofern sich die Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in allen KV-Bezirken aufgrund in der Datengrundlage nicht enthaltener Kennzeichnungen nicht unmittelbar nachvollziehen lässt und es sich um eine gesetzliche Regelung bzw. um eine Vorgabe oder Empfehlung des Bewertungsausschusses handelt, wird der Bewertungsausschuss ein Verfahren zur regionalen Umsetzung festlegen. Die zuständigen Gesamtvertragspartner können einvernehmlich ein von dieser Vorgabe abweichendes Verfahren festlegen. Falls sich in einem KV-Bezirk die regional vereinbarte Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgrund in der Datengrundlage nicht enthaltener Kennzeichnungen nicht unmittelbar nachvollziehen lässt und es sich nicht um eine gesetzliche Regelung bzw. um eine Vorgabe oder Empfehlung des Bewertungsausschusses handelt, verständigen sich die Gesamtvertragspartner einvernehmlich über die für die kassenspezifische Aufteilung der Behandlungsbedarfe zu verwendende Abgrenzung der Leistungsmengen.

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 KASSRG87a-MGV_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 Ausdeckungsbeträge 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.

3. Verfahren zur Ermittlung der kassenspezifischen Anteile an den Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3b Satz 12 SGB V

Gemäß § 87a Abs. 3b Satz 13 SGB V ergibt sich in einem Quartal in einem KV-Bezirk eine Ausgleichszahlung, wenn die auf die in § 87a Abs. 3b Satz 1 SGB V genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht ausreicht, um die vollständige Vergütung dieser Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu gewährleisten. Diese Ausgleichszahlungen sind gemäß § 87a Abs. 3b Satz 4 SGB V mit einer Unterschreitung der festgesetzten, auf die in § 87a Abs. 3b Satz 1 SGB V genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch den Leistungsbedarf dieser Leistungen in den vorangegangenen Kalenderquartalen zu verrechnen und gemäß § 87a Abs. 3b Satz 14 SGB V ggf. um einen Abschlag wegen allgemeiner Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen zu vermindern.

Diese Ausgleichszahlung ist gemäß Nr. 5.1 des Beschlussteils B des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung am 25. August 2026 entsprechend dem Leistungsmengenanteil der für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im jeweiligen Quartal nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung abgerechneten Leistungen des Kapitels 4 EBM, sofern sie im Abrechnungsquartal nicht gemäß § 87d SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, jeweils einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix auf die einzelnen Krankenkassen aufzuteilen.

Die für die Bestimmung der Leistungsmengenanteile maßgeblichen Leistungsmengen der einzelnen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung insgesamt werden wie folgt bestimmt:

Jeweils für die einzelnen Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung insgesamt wird der abgerechnete Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung in der Wohnort-KV für die Gebührenordnungspositionen des Kapitels 4 EBM, die im Abrechnungsquartal nicht gemäß § 87d SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, jeweils einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix, die keine Kennzeichnung als nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen aufweisen, durch die Kassenärztliche Vereinigung addiert. Der auf die Inanspruchnahme bereinigter Leistungen im Rahmen des Kollektivvertrags durch an einem Selektivvertrag teilnehmende Versicherte entfallende Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung in der Wohnort-KV für die im

Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörigen Gebührenordnungspositionen des Kapitels 4 EBM jeweils einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix wird dabei nicht berücksichtigt.

4. Verfahren zur Ermittlung der kassenspezifischen Anteile an den Ausgleichszahlungen nach § 87a Abs. 3c Satz 15 SGB V

Gemäß § 87a Abs. 3c Satz 9 SGB V ergibt sich in einem Quartal in einem KV-Bezirk eine Ausgleichszahlung, wenn die auf die in § 87a Abs. 3c Satz 1 SGB V genannten Leistungen entfallende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nicht ausreicht, um die vollständige Vergütung dieser Leistungen mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu gewährleisten. Diese Ausgleichszahlungen sind gemäß § 87a Abs. 3c Satz 13 SGB V mit einer Unterschreitung der festgesetzten, auf die in § 87a Abs. 3c Satz 1 SGB V genannten Leistungen entfallenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung durch den Leistungsbedarf dieser Leistungen in den vorangegangenen Kalenderquartalen zu verrechnen und gemäß § 87a Abs. 3c Satz 10 SGB V ggf. um den Abschlag wegen allgemeiner Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen zu vermindern.

Diese Ausgleichszahlung ist gemäß Nr. 5.1 des Beschlussteils A des Bewertungsausschusses in seiner 848. Sitzung am 25. August 2026 entsprechend dem Leistungsmengenanteil der für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk im jeweiligen Quartal nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung abgerechneten und im Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörigen Leistungen des Kapitels 3 EBM sowie der hausärztlich durchgeführten Hausbesuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413, 01415, 37113, 37305, 37306, 38100, 38105, 38200 sowie 38205 EBM, sofern sie im Abrechnungsquartal nicht gemäß § 87d SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, jeweils einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix auf die einzelnen Krankenkassen aufzuteilen.

Die für die Bestimmung der Leistungsmengenanteile maßgeblichen Leistungsmengen der einzelnen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung insgesamt werden wie folgt bestimmt:

Jeweils für die einzelnen Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung insgesamt wird der abgerechnete Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung in der Wohnort-KV für die im Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörigen Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 EBM sowie der hausärztlich durchgeführten Hausbesuche nach den Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413, 01415, 37113, 37305, 37306, 38100, 38105, 38200 sowie 38205 EBM, jeweils einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix, die im Abrechnungsquartal nicht gemäß § 87d SGB V außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet

werden und die keine Kennzeichnung als nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen aufweisen, durch die Kassenärztliche Vereinigung addiert. Der auf die Inanspruchnahme bereinigter Leistungen im Rahmen des Kollektivvertrags durch an einem Selektivvertrag teilnehmende Versicherte entfallende Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung in der Wohnort-KV für die im Abrechnungsquartal der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörigen Gebührenordnungspositionen des Kapitels 3 EBM sowie der von Hausärzten abgerechneten Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413, 01415, 37113, 37305, 37306, 38100, 38105, 38200 sowie 38205 EBM jeweils einschließlich Gebührenordnungspositionen mit Suffix wird dabei nicht berücksichtigt.

Protokollnotiz:

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