

B E S C H L U S S

**des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 746. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

**zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses
in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert
durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner
654. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung),**

**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 ab dem Jahr 2017**

mit Wirkung zum 1. Quartal 2025

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V zu Vorgaben 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.

Mit dem vorliegenden Beschluss werden Anpassungen am hierzu in der 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 654. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), gefassten Beschluss vorgenommen und darin Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3b Satz 8 SGB V ergänzt.

Änderung in Nummer 2.2.2 („Kassenspezifische Anteile am vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf im Vorjahresquartal“)

In Nummer 2.2.2 wird der letzte Satz im zweiten Absatz durch folgende Formulierung ersetzt: „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 Bewertungs-

ausschuss 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.“

Protokollnotiz:

Das Institut des Bewertungsausschusses wird eine Lesefassung des durch diesen Beschluss geänderten Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 erstellen und auf seiner Internetseite veröffentlichen.