

B E S C H L U S S

**des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023**

**zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 17 SGB V zur
Bereinigung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 und 16 SGB V**

mit Wirkung zum 1. Januar 2023

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 17 SGB V zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 und 16 SGB V. Ab dem Jahr 2023 sind die in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V genannten Leistungen aus offenen Sprechstunden unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bereinigen, wenn und soweit das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen dieser Leistungen gegenüber dem Vorjahresquartal um mehr als 3 Prozent steigt.

1. Zeitvorgaben und Verortung der Bereinigung

Die basiswirksame Bereinigung der Behandlungsbedarfe in den einzelnen KV-Bezirken erfolgt durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung quartalsweise mit Wirkung ab dem ersten Quartal des Jahres 2023 im Rahmen der kassenseitigen Rechnungslegung zum jeweiligen Quartal. Dabei wird jeweils der gemäß Nr. 7 ermittelte Bereinigungsbetrag am Ende der Feststellung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals gemäß Nr. 2.2.1.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, oder entsprechenden Folgebeschlüssen, basiswirksam abgezogen.

2. Zu bereinigende Leistungen

Zu bereinigen sind diejenigen sachlich-rechnerisch geprüften Leistungen, die im Rahmen der Quartalsabrechnung zu einem Quartal vom Arzt abgerechnet, als offene Sprechstunde gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V gekennzeichnet und außerhalb der MGV vergütet werden, wenn und soweit das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen dieser Leistungen gegenüber dem Vorjahresquartal um mehr als 3 Prozent steigt. Zur Vermeidung von Doppelbereinigung wird das Bereinigungsvolumen zudem um etwaige in Vorjahren im jeweiligen Vorjahresquartalsvergleich eingetretene Rückgänge des arztgruppenspezifischen Punktzahlvolumens dieser Leistungen um mehr als 3 Prozent reduziert.

Der Bereinigung unterliegen ausschließlich Leistungen, die ohne die extrabudgetäre Förderung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V der MGV zugehörig wären. Sachverhalte, die ohnehin der extrabudgetären Vergütung zugeordnet sind, sowie die Leistungen des Kapitels 32, sind nicht zu bereinigen.

Leistungen von Teilnehmern an Selektivverträgen nach § 73c SGB V a. F. und § 140a SGB V (inkl. nicht vertragskonformer Inanspruchnahme) sind beim Vergleich auszuschließen, wenn der Versicherte in einem der beiden Quartale an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag teilgenommen hat, der für die jeweilige Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination gem. Zuordnungstabelle in Nr. 3 gilt.

Die Gesamtvertragspartner können einvernehmlich auf den Ausschluss der Leistungen von Selektivvertragsteilnehmern verzichten.

Für beide zu vergleichenden Zeiträume ist die MGV-Abgrenzung des aktuellen Quartals zugrunde zu legen.

Davon ausgenommen sind zwischenzeitlich neu eingeführte Leistungen, die im aktuellen Quartal nicht zu berücksichtigen sind.

Bis einschließlich dem Bereinigungsquartal 4/2023 sind gegenüber dem jeweiligen Vorjahresquartal erfolgte Einbudgetierungen im aktuellen Quartal nicht zu berücksichtigen.

Die jeweiligen Gesamtvertragspartner verständigen sich einvernehmlich über den rechnerischen Umgang mit etwaigen EBM-Bewertungsänderungen. Dies setzt voraus, dass den Krankenkassen von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung sämtliche hierzu erforderlichen Daten und Berechnungen zur Verfügung gestellt werden.

3. Bestimmung der zu bereinigenden Leistungsmengen

Grundsätzlich wird für jede Arztgruppe gemäß § 17 Abs. 1c BMV-Ä quartalsweise sowohl für das aktuelle Quartal als auch für das Vorjahresquartal die Summe der gemäß Nr. 2

zu bereinigenden Leistungsmengen in Punkten für die im jeweiligen KV-Bezirk wohnhaften Versicherten sowie – insofern diese innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden – für die Wohnausländer mit Kassensitz im jeweiligen KV-Bezirk ermittelt. Dabei werden in Euro bewertete Leistungen mittels regionalem Punktwert des jeweiligen Quartals in Punkte umgerechnet. Für folgende Arztgruppen werden Arztgruppenkombinationen gebildet, die bei dem Vergleich zusammen betrachtet werden:

- Die Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 7 und Kapitel 18 EBM sowie
- die Arztgruppen nach Nr. 1 der Präambel zu Kapitel 16 und Kapitel 21 EBM.

Folgende Zuordnungstabelle gibt die Zugehörigkeit der 8. und 9. Stelle der LANR zu den EBM-Kapiteln bzw. Arztgruppenkombinationen vor:

Arztgruppen für die Bereinigung der Offenen Sprechstunde	Arztgruppe nach Nr. 1 der Präambel zu	entspricht dem zweistelligen Fachgruppencode gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Abs. 4 und 7 SGB V
01	Kapitel 06	05
02	Kapitel 07 und 18	06 bis 14
03	Kapitel 08	15 bis 18
04	Kapitel 09	19
05	Kapitel 10	21
06	Kapitel 16 und 21	51 bis 53, 58, 59
07	Kapitel 26	67

Für jede Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination gemäß Zuordnungstabelle wird das so bestimmte Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals um 3 Prozent erhöht, durch die Versichertenzahl des jeweiligen Vorjahresquartals dividiert und mit der Versichertenzahl des Bereinigungsquartals multipliziert. Die vorläufige zu bereinigende Leistungsmenge wird bestimmt als Differenz des für das aktuelle Quartal bestimmten arztgruppenspezifischen Punktzahlvolumens und des so angepassten Punktzahlvolumens des Vorjahresquartals. Sofern diese Differenz für eine Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination gemäß Zuordnungstabelle negativ ist, wird sie auf null gesetzt.

Die zu bereinigende Leistungsmenge wird schließlich endgültig bestimmt, indem von der vorläufigen zu bereinigenden Leistungsmenge der vom Institut des Bewertungsausschusses gemäß Nr. 8 auf seiner Internetseite für das Vorjahresquartal

ausgewiesene Verrechnungsbetrag abgezogen und eine negative Differenz wiederum auf null gesetzt wird.

4. Bestimmung von Verrechnungsbeträgen

KV- und quartalsweise wird je in Nr. 3 aufgeführter Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination das wie in Nr. 3 für das Vorjahresquartal bestimmte Punktzahlvolumen um 3 Prozent abgesenkt, durch die Versichertenzahl des Vorjahresquartals dividiert und mit der Versichertenzahl des Bereinigungsquartals multipliziert. Von dem so angepassten Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals wird das wie in Nr. 3 für das aktuelle Quartal bestimmte arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen abgezogen. Sofern diese Differenz für eine Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination gemäß Zuordnungstabelle in Nr. 3 negativ ist, wird sie auf null gesetzt. Hiervon wird zudem die Differenz zwischen der vorläufigen zu bereinigenden Leistungsmenge aus Nr. 3 und der endgültigen zu bereinigenden Leistungsmenge aus Nr. 3 abgezogen.

Die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung übermittelt die so ermittelte Punktzahl gemäß dem nach Nr. 8 zu fassenden Datenlieferbeschluss an das Institut des Bewertungsausschusses zur Fortschreibung des Verrechnungsbetrags zur zukünftigen Vermeidung von Doppelbereinigung.

5. Bestimmung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des Vorjahresquartals

Die arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten der Arztgruppen bzw. Arztgruppenkombinationen gemäß Zuordnungstabelle in Nr. 3 werden bestimmt als deren Honorar des jeweiligen Vorjahresquartals dividiert durch deren Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung des jeweiligen Vorjahresquartals, jeweils in der Abgrenzung der MGV des jeweiligen Vorjahresquartals.

6. Nachweis der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die gemäß Nr. 5 bestimmten Quoten gegenüber den Krankenkassen wie folgt nachzuweisen:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln gemäß § 87a Abs. 6 SGB V quartalsweise beginnend für das Quartal 1/2022 jeweils bis zum ersten Tag des zwölften auf das Quartal folgenden Monats die nach Krankenkassen gegliederten Leistungsbedarfs- und Honorarsummen in der Satzart AUSZQ2 gemäß Nr. 1 der Anlage über die Kassenärztliche Bundesvereinigung an das Institut des

Bewertungsausschusses. Für das 1. Quartal 2022 gilt abweichend eine Lieferfrist bis zum 2. Mai 2023.

Die Daten werden vom Institut des Bewertungsausschusses geprüft und nach der jeweiligen Kassenart und dem jeweiligen gesamtvertragszuständigen KV-Bezirk sowie nach den Arztgruppen bzw. Arztgruppenkombinationen gemäß Zuordnungstabelle in Nr. 3 gegliedert in der Satzart AUSZQ2_IK gemäß Nr. 2 der Anlage sowie nach den Arztgruppen bzw. Arztgruppenkombinationen gemäß Zuordnungstabelle in Nr. 3 gegliedert und nach dem jeweiligen gesamtvertragszuständigen KV-Bezirk aufsummiert in der Satzart AUSZQ2_SUM gemäß Nr. 3 der Anlage bis zum vierzehnten Tag des zwölften auf das jeweilige Quartal folgenden Monats an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses übermittelt. Für das 1. Quartal 2022 gilt abweichend eine Lieferfrist bis zum 15. Mai 2023.

Die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses leiten die Daten ihrerseits jeweils bis zum achtundzwanzigsten Tag des zwölften auf das jeweilige Quartal folgenden Monats an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V weiter. Für das 1. Quartal 2022 gilt abweichend eine Lieferfrist bis zum 30. Mai 2023.

Die Datenübermittlungen an das Institut sowie die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses erfolgen gemäß den in Nr. 4 der Anlage beschriebenen technischen Festlegungen.

7. Ermittlung der quartalsbezogenen Bereinigungsmengen

Für jede Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination wird die gemäß Nr. 3 bestimmte zu bereinigende Leistungsmenge mit der gemäß Nr. 5 bestimmten Auszahlungsquote der jeweiligen Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination des Vorjahresquartals multipliziert. Sofern die so ermittelte Bereinigungsmenge zusammen mit den bisherigen Bereinigungen der jeweiligen Quartale in den Vorjahren, fortgeschrieben auf das aktuelle Quartal, den Wert von 17,5 % des mit der Auszahlungsquote des Vorjahresquartals multiplizierten MGV-Leistungsbedarfs dieser Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination im aktuellen Quartal (also eine Bereinigungsquote von 17,5 Prozent) übersteigt, wird die Bereinigungsmenge um den Überstiegsbetrag vermindert; sollte die verminderte Bereinigungsmenge negativ sein, wird diese auf null gesetzt. Bei der Fortschreibung auf das aktuelle Quartal sind die jeweiligen Veränderungsdaten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V sowie weitere ggf. regional vereinbarte Anpassungen und die basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses zu berücksichtigen.

Die Summe der so bestimmten Werte über alle Arztgruppen bzw. Arztgruppenkombinationen ergibt nach erfolgter Rückrechnung der gemäß

Aufsatzwertebeschluss im Bereinigungsquartal gegenüber dem Vorjahresquartal noch vorzunehmenden Anpassungen hinsichtlich der Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V sowie weiteren ggf. regional vereinbarten Anpassungen und basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses den quartalsbezogenen Bereinigungsbetrag des aktuellen Quartals in Punkten. Dieser wird gemäß Nr. 1 mit Wirkung für das aktuelle Quartal basiswirksam vom Behandlungsbedarf abgezogen.

Den kassenseitigen Gesamtvertragspartnern ist im Rahmen der Rechnungslegung der Rechengang einschließlich der Rechengrößen transparent darzustellen. Hierzu kann die gemäß Nr. 8 auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses bereitgestellte Rechentabelle verwendet werden.

8. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses

Das Institut berichtet der AG Aufsatzwerte KV- und quartalsbezogen je Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination gemäß Zuordnungstabelle in Nr. 3 die Bereinigungsmengen, die Bereinigungsquoten, die Verrechnungsbeträge und die Leistungsbedarfsentwicklung. Hierzu beschließt der Bewertungsausschuss bis zum 30. Juni 2023 zu den erforderlichen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f SGB V.

Zudem veröffentlicht das Institut auf seiner Internetseite quartalsweise je KV-Bezirk und Arztgruppenkombination spätestens 9 Monate nach Quartalsende die Verrechnungsbeträge zur Vermeidung von Doppelbereinigung. Diese ermittelt das Institut jeweils wie folgt: Zu dem für das jeweilige Vorjahresquartal ermittelten und hinsichtlich dem Kassenwechslereffekt, der Versichertenzahländerung und dem arithmetischen Mittelwert der jeweils empfohlenen demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsrate sowie weiteren basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses fortgeschriebenen Verrechnungsbetrag wird die gemäß Nr. 4 von der Kassenärztlichen Vereinigung für das aktuelle Quartal übermittelte Differenz aus dem im aktuellen Quartal festgestellten Rückgang und dem im aktuellen Quartal aus Vorjahresquartalen aufgebrauchten Verrechnungsbetrag hinzuaddiert.

Des Weiteren veröffentlicht das Institut auf seiner Internetseite eine in Abstimmung mit der AG Aufsatzwerte zu erstellende Excel-Tabelle, die den dargestellten Rechenweg abbildet.

Anlage: Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der Nachweise der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten

Anlage

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023

Datensatzbeschreibung zur Datenübermittlung der Nachweise der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten

Inhalt

1..... Satzart AUSZQ2	8
2..... Satzart AUSZQ2_IK.....	10
3..... Satzart AUSZQ2_SUM.....	12
4..... Festlegungen zur Datenübermittlung an das Institut sowie die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses	13

1 Satzart AUSZQ2

Abgrenzung: Pro Quartal, gesamtvertragszuständiger KV, KV am Ort der Arztpraxis, Arztgruppe, Krankenkasse und MGV-Kennzeichen wird ein Datensatz geliefert.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 07 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	6	alphanum.	konstant „AUSZQ2“
01	Quartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	alphanum.	Nummer der für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	Arztgruppe	M	2	alphanum.	Arztgruppe in der Gliederung nach dem Fachgruppencode gemäß Anlage 1 der Vereinbarung gemäß § 293 Absätze 4 und 7 SGB V über eine zentrale Arztnummernvergabe
05	VKNR	M	5	alphanum.	Vertragskassen-Nr. der Krankenkasse
06	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a

Feld Nr.	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
07	MGV-Kennzeichen	M	1	alphanum.	M: abgegrenzt für die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörigen Leistungen G: abgegrenzt für alle Leistungen
08	Leistungsbedarf	M	13,2	dezimal	Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro
09	Honorar	M	13,2	dezimal	Rechnerisches Honorar in Euro

2 Satzart AUSZQ2_IK

Abgrenzung: Pro Quartal, gesamtvertragszuständiger KV, KV am Ort der Arztpraxis, Arztgruppe, Krankenkasse und MGV-Kennzeichen wird ein Datensatz geliefert.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 07 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	9	alphanum.	konstant „AUSZQ2_IK“
01	Quartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	alphanum.	Nummer der für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	KV am Ort der Arztpraxis	M	2	alphanum.	Nummer der Kassenärztlichen Vereinigung am Ort der Arztpraxis gemäß Schlüsselverzeichnis 2
04	Arztgruppe	M	2	alphanum.	Arztgruppe für die Bereinigung der Offenen Sprechstunde gem. Zuordnungstabelle in Nr. 3 dieses Beschlusses
05	VKNR	M	5	alphanum.	Vertragskassen-Nr. der Krankenkasse
06	Abrechnungs-IK	M	9	alphanum.	Abrechnungs-IK der Krankenkasse gemäß Schlüsselverzeichnis 8a

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
07	MGV-Kennzeichen	M	1	alphanum.	M: abgegrenzt für die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörigen Leistungen G: abgegrenzt für alle Leistungen
08	Leistungsbedarf	M	13,2	dezimal	Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro
09	Honorar	M	13,2	dezimal	Rechnerisches Honorar in Euro
10	Kassenart	M	2	alphanum.	Kostenträgerart gemäß Schlüsselverzeichnis 1, durch das Institut anhand des Abrechnungs-IKs unter Berücksichtigung des aktuellen Fusionsstandes gemäß Satzart 220 der GSP zu ermitteln
11	Datenempfänger	M	9	alphanum.	IK des kassenseitigen Datenempfängers für ausschließlich interne Zuordnungszwecke im Rahmen der technischen Datenweiterleitung

3 Satzart AUSZQ2_SUM

Abgrenzung: Pro Quartal, gesamtvertragszuständiger KV, Arztgruppe und MGV-Kennzeichen wird ein Datensatz geliefert.

Primärschlüssel: Die Kombination der Felder 01 bis 04 identifiziert einen Datensatz eindeutig.

Feld Nr.	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	10	alphanum.	konstant „AUSZQ2_SUM“
01	Quartal	M	5	numerisch	Quartal im Format JJJJQ
02	Gesamtvertragszuständige KV	M	2	alphanum.	Nummer der für den Gesamtvertrag zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Schlüsselverzeichnis 2
03	Arztgruppe	M	2	alphanum.	Arztgruppe für die Bereinigung der Offenen Sprechstunde gem. Zuordnungstabelle in Nr. 3 dieses Beschlusses
04	MGV-Kennzeichen	M	1	alphanum.	M: abgegrenzt für die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugehörigen Leistungen G: abgegrenzt für alle Leistungen
05	Leistungsbedarf	M	13,2	dezimal	Leistungsbedarf gemäß regionaler Euro-Gebührenordnung in Euro
06	Honorar	M	13,2	dezimal	Rechnerisches Honorar in Euro

4 Festlegungen zur Datenübermittlung an das Institut sowie die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses

Die in den Satzarten aufgeführten Schlüsselverzeichnisse sind in der jeweils gültigen Fassung auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses (<http://institut-ba.de/service/schlüsselverzeichnisse.html>) veröffentlicht.

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-15 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. 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. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es ist darauf zu achten, dass dieses innerhalb der Textfelder nicht vorkommt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

Die Übermittlung erfolgt verschlüsselt per sFTP oder funktional gleichwertigen Übermittlungsverfahren unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben.

Folgende Dateinamenskonvention ist einzuhalten:

AUSZQ2_KV1_Quartal_Lieferdatum.csv

bzw.

AUSZQ2_SUM_KV2_Quartal_Lieferdatum.csv

Für Datenübermittlungen durch das Institut des Bewertungsausschusses an die Kassenärztliche Bundesvereinigung:

AUSZQ2_IK_KV2_Quartal_Lieferdatum.csv

Für Datenübermittlungen durch das Institut des Bewertungsausschusses an den GKV-Spitzenverband:

AUSZQ2_IK_KV2_Quartal_Lieferdatum_Kassenart_Datenempfänger.csv

Hierbei sind folgende Formate einzuhalten:

KV1 und KV2 zweistellig alphanumerisch (gemäß Schlüsselverzeichnis 2)

mit KV1: KV am Ort der Arztpraxis

KV2: gesamtvertragszuständige KV,

Quartal fünfstellig numerisch

(JJJJQ),

Lieferdatum achtstellig numerisch (JJJJMMTT),

Kassenart alphanumerisch

(AOK, BKK, EK, IKK, KN, LKK),

Datenempfänger neunstellig alphanumerisch

(für Ersatzkassen: IK im Format CCCCCCCC; für Primärkassen: konstant
000000000)

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023 zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 17 SGB V zur Bereinigung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 und 16 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2023

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 3 Satz 17 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Vorgaben für ein Verfahren zur basiswirksamen Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 und 16 SGB V bezogen auf die in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V genannten Leistungen (Offene Sprechstunde).

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der vorliegende Beschluss gibt das Verfahren zur Umsetzung der durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz in § 87a Abs. 3 Sätze 15 und 16 SGB V eingeführten Bereinigung von Leistungen in offenen Sprechstunden im Detail vor. In diesem Verfahren werden die zu bereinigenden Leistungsmengen für die TSVG-Konstellation Offene Sprechstunde ermittelt sowie deren Berücksichtigung im Aufsatzwerteverfahren vorgegeben. Die Bereinigungsmengen werden dabei KV-, quartals- und arztgruppenspezifisch ab dem Bereinigungsquartal 1/2023 bestimmt und durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen der kassenseitigen Rechnungslegung basiswirksam in Abzug gebracht.

Eine Bereinigung erfolgt gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 SGB V, wenn und soweit das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen der Leistungen in offenen Sprechstunden im Vergleich zum Vorjahresquartal um mehr als 3 Prozent gestiegen ist. Zur Vermeidung einer doppelten Bereinigung aufgrund saisonaler Schwankungen oder aufgrund von Ausnahmeereignissen erfolgt vor abschließender Festlegung der Bereinigungsmenge eine Verrechnung. Verrechnungsbeträge kommen zustande, wenn und soweit das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen der Leistungen in offenen Sprechstunden im Vergleich zum Vorjahresquartal um mehr als 3 Prozent gesunken ist. Die Verrechnungsbeträge werden vom Institut des Bewertungsausschusses fortgeschrieben und jeweils auf seiner Internetseite ausgewiesen. Sofern KV-, quartals- und arztgruppenspezifische Verrechnungsbeträge aus den Vorjahresquartalen vorliegen, werden diese von der vorläufigen Bereinigungsmenge abgezogen. Zudem erfolgt eine Bereinigung entsprechend der Begrenzung der Menge förderfähiger offener

Sprechstunden gemäß dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 79. Sitzung am 14. Dezember 2022 zur extrabudgetären Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3, 4 und 6 SGB V nur bis zu einem maximalen Umfang von 17,5 % der arztgruppenspezifischen MGV im jeweiligen Bereinigungsquartal.

In Nr. 1 des vorliegenden Beschlusses wird geregelt, dass der KV-spezifische Bereinigungsbetrag am Ende der Feststellung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs des Bereinigungsquartals gemäß Nummer 2.2.1.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung am 29. März 2023, oder entsprechenden Folgebeschlüssen, zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte basiswirksam abgezogen wird. Der Abzug erfolgt also vor der Aufteilung des KV-spezifischen Behandlungsbedarfs des Vorjahresquartals auf die Krankenkassen und vor dessen Fortschreibung auf das aktuelle Quartal.

Nr. 2 des vorliegenden Beschlusses gibt die Abgrenzung der zu bereinigenden Leistungsmenge vor. Die zu bereinigende Leistungsmenge wird demnach über die Leistungen abgegrenzt, die im Bereinigungsquartal vom Arzt abgerechnet und als offene Sprechstunde gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V gekennzeichnet und nur deshalb außerhalb der MGV vergütet werden. Leistungen, die ohnehin extrabudgetär vergütet werden, sowie wie die Leistungen des Kapitels 32 des EBM, die gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 79. Sitzung am 14. Dezember 2022 in offenen Sprechstunden nicht außerhalb der MGV vergütet werden, sind dementsprechend nicht zu bereinigen.

Die Zuordnung zur MGV erfolgt gemäß der MGV-Abgrenzung des Bereinigungsquartals, wobei zwischenzeitlich neu eingeführte Leistungen im Bereinigungsquartal unberücksichtigt bleiben. Zwischenzeitlich erfolgte Einbudgetierungen von Leistungen sind erst ab dem Bereinigungsquartal 1/2024 zu berücksichtigen, da vorher bei der Einbudgetierung von Leistungen der Anteil der nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3, 4 und 6 SGB V ohnehin extrabudgetär vergüteten Leistungen aufgrund fehlender Kennzeichnung nicht abgezogen werden kann. Erst mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 640. Sitzung zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 598. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte wird die dafür erforderliche Kennzeichnung eingeführt.

Zudem können die Gesamtvertragspartner bei der Abgrenzung der MGV Leistungen von Teilnehmern an Selektivverträgen nach § 73c SGB V a. F. und § 140a SGB V ausschließen, sofern die Versicherten in einem der beiden Quartale an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag, der für die jeweilige Arztgruppe bzw.

Arztgruppenkombination gemäß Zuordnungstabelle in Nr. 3 des vorliegenden Beschlusses gilt, teilgenommen haben. Zur Sicherstellung der Transparenz stellen die Kassenärztlichen Vereinigungen den Krankenkassen sämtliche erforderliche Daten und Berechnungen im Rahmen der Rechnungslegung zur Verfügung.

In Nr. 3 des vorliegenden Beschlusses wird die Bestimmung der zu bereinigenden Leistungsmenge geregelt. Zu berücksichtigen sind ausschließlich die Arztgruppen gemäß § 17 Abs. 1c BMV-Ä. Hiervon ausgenommen werden die Kinder- und Jugendpsychiater (Kapitel 14 EBM), da die Leistungen dieser Arztgruppe gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 8 SGB V i. d. F. des 15. SGB-V-Änderungsgesetz/UPD entbudgetiert werden. Analog zur Musterweiterbildungsordnung erfolgt zudem eine Zusammenfassung der Orthopäden (Kapitel 7 EBM) und der Chirurgen (Kapitel 18 EBM) sowie der Neurologen und Neurochirurgen (Kapitel 16 EBM) und der Psychiater (Kapitel 21 EBM).

Die vorläufig zu bereinigende Leistungsmenge wird für diese Arztgruppen bzw. Arztgruppenkombinationen in Abgrenzung gemäß Nr. 2 des vorliegenden Beschlusses in Punkten bestimmt, wobei in Euro bewertete Leistungen mittels regionalem Punktwert des jeweiligen Quartals in Punkte umgerechnet werden. Das Punktzahlvolumen des Vorjahresquartals wird um 3 Prozent erhöht und entsprechend der gültigen Aufsatzwertvorgaben auf die Versichertenzahl des Bereinigungsquartals fortentwickelt. Die Differenz aus dem arztgruppen-, quartals- und KV-spezifischen Punktzahlvolumen des Bereinigungsquartals zur erhöhten und fortentwickelten Punktzahl des Vorjahresquartals ergibt die vorläufige zu bereinigende Leistungsmenge; sofern diese negativ ist, wird sie auf null gesetzt. Die endgültige zu bereinigende Leistungsmenge ergibt sich durch Minderung um ggf. aufgelaufene Verrechnungsbeträge aus den entsprechenden Vorjahresquartalen, negative Ergebnisse werden wiederum auf null gesetzt.

In Nr. 4 des vorliegenden Beschlusses wird die Ermittlung der Verrechnungsbeträge geregelt. Auf Grundlage der in Nr. 2 und Nr. 3 des vorliegenden Beschlusses bestimmten Abgrenzungen wird die KV-, quartals- und arztgruppenspezifische Leistungsmenge offener Sprechstunden des Vorjahresquartals ermittelt, um 3 Prozent gemindert und auf die Versichertenzahl des Bereinigungsquartals fortentwickelt. Die Differenz aus der so angepassten Leistungsmenge des Vorjahresquartals und der Leistungsmenge des Bereinigungsquartals ergibt den Verrechnungsbetrag, wobei negative Werte auf null gesetzt werden. Somit ergibt sich ein positiver Verrechnungsbetrag genau dann, wenn der versichertenzahlbereinigte Rückgang der Leistungsmenge offener Sprechstunden vom Vorjahresquartal zum Bereinigungsquartal mehr als 3 Prozent beträgt.

Wenn hingegen ein versichertenzahlbereinigter Anstieg der Leistungsmenge offener Sprechstunden vom Vorjahresquartal zum Bereinigungsquartal um mehr als 3 Prozent vorliegt, ist die vorläufige zu bereinigende Leistungsmenge in Nr. 3 des vorliegenden

Beschlusses positiv und es besteht die Möglichkeit, dass ein in den entsprechenden Vorjahresquartalen bereits aufgelaufener Verrechnungsbetrag im letzten Absatz von Nr. 3 des vorliegenden Beschlusses zur Minderung der zu bereinigenden Leistungsmenge herangezogen wird. In diesem Fall gibt die Differenz aus der vorläufigen zu bereinigenden Leistungsmenge aus Nr. 3 des vorliegenden Beschlusses und der endgültigen zu bereinigenden Leistungsmenge aus Nr. 3 des vorliegenden Beschlusses genau an, wieviel vom aufgelaufenen Verrechnungsbetrag im aktuellen Bereinigungsquartal verrechnet wurde. Dementsprechend wird diese Differenz vom für das aktuelle Bereinigungsquartal ermittelten Verrechnungsbetrag abgezogen. Somit ergibt sich ein negativer Verrechnungsbetrag genau dann, wenn der versichertenzahlbereinigte Anstieg der Leistungsmenge offener Sprechstunden vom Vorjahresquartal zum Bereinigungsquartal mehr als 3 Prozent beträgt und zudem eine Verrechnung mit in den entsprechenden Vorjahresquartalen bereits aufgelaufenen Verrechnungsbeträgen erfolgte.

Die so für das jeweilige Bereinigungsquartal und die jeweilige Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination ermittelten Verrechnungsbeträge sind von der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung zur weiteren Fortschreibung an das Institut des Bewertungsausschusses zu übermitteln. Hierzu wird der Bewertungsausschuss bis zum 30. Juni 2023 einen separaten Datenlieferbeschluss nach § 87 Abs. 3f SGB V fassen.

Gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 SGB V ist das Bereinigungsverfahren zudem unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals durchzuführen. Hierzu wird in Nr. 5 des vorliegenden Beschlusses die Bestimmung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des Vorjahresquartals und in Nr. 6 des vorliegenden Beschlusses der Nachweis über einen Datenaustausch geregelt. Demnach übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 87a Abs. 6 SGB V dem Institut des Bewertungsausschusses quartalsweise beginnend für das 1. Quartal 2022 jeweils bis zum ersten Tag des zwölften auf das Quartal folgenden Monats die nach Krankenkassen und Arztgruppen bzw. Arztgruppenkombinationen gegliederten Leistungsbedarfs- und Honorarsummen entsprechend der Datensatzbeschreibung und der technischen Festlegungen in der Anlage zum Beschluss. Das Institut des Bewertungsausschusses wird damit beauftragt, die Daten zu prüfen, sie unter Berücksichtigung der jeweiligen gesamtvertragszuständigen KV-Bezirke und der Abgrenzung der Arztgruppen bzw. Arztgruppenkombinationen aufzusummieren und bis zum vierzehnten Tag des zwölften auf das jeweilige Quartal folgenden Monats an die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses weiterzuleiten, welche die Daten ihrerseits jeweils bis zum achtundzwanzigsten Tag des zwölften auf das jeweilige Quartal folgenden Monats an die jeweilige Seite der Vertragspartner nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V weiterleiten. Für das 1. Quartal 2022 gelten abweichende Lieferfristen.

Die Ermittlung der quartalsbezogenen Bereinigungsmenge wird in Nr. 7 des vorliegenden Beschlusses geregelt. Hiernach wird für jede Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination die gemäß Nr. 3 des vorliegenden Beschlusses bestimmte zu bereinigende Leistungsmenge mit der gemäß Nr. 5 des vorliegenden Beschlusses bestimmten Auszahlungsquote der jeweiligen Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination des Vorjahresquartals multipliziert.

Gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 79. Sitzung am 14. Dezember 2022 zur extrabudgetären Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3, 4 und 6 SGB V werden für die gemäß § 17 Abs. 1c BMV-Ä zur Abrechnung offener Sprechstunden berechtigten Arztgruppen maximal 17,5 % der Arztgruppenfälle einer Arztpraxis pro Quartal extrabudgetär nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V vergütet. Dementsprechend wird unter Nr. 7 des vorliegenden Beschlusses ebenfalls geregelt, dass sofern in einer Arztgruppe bzw. Arztgruppenkombination eine Bereinigungsquote von 17,5 Prozent erreicht ist, die Bereinigungsmenge um einen ggf. festgestellten Überstiegsbetrag vermindert wird; negative Ergebnisse werden auf null gesetzt. Zur Bestimmung der Bereinigungsquote werden die Bereinigungsmengen der entsprechenden Vorjahresquartale auf das aktuelle Quartal fortgeschrieben, zur aktuellen Bereinigungsmenge hinzuaddiert und ins Verhältnis zum MGV-Leistungsbedarf der Arztgruppen bzw. Arztgruppenkombinationen des aktuellen Quartals gesetzt, wobei dieser zuvor mit der Auszahlungsquote des entsprechenden Vorjahresquartals multipliziert wird.

Im Ergebnis erhält man nach erfolgter Rückrechnung der gemäß Aufsatzwertebeschluss im Bereinigungsquartal gegenüber dem Vorjahresquartal noch vorzunehmenden Anpassungen hinsichtlich der Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 bis 5 SGB V sowie weiteren ggf. regional vereinbarten Anpassungen und basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses den quartalsbezogenen Bereinigungsbetrag des aktuellen Quartals in Punkten. Dieser wird gemäß Nr. 1 des vorliegenden Beschlusses mit Wirkung für das aktuelle Quartal basiswirksam vom Behandlungsbedarf abgezogen. Den kassenseitigen Gesamtvertragspartnern ist im Rahmen der Rechnungslegung der Rechengang einschließlich der Rechengrößen transparent darzustellen. Hierzu kann die gemäß Nr. 8 des vorliegenden Beschlusses auf der Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses bereitgestellte Rechentabelle verwendet werden.

In Nr. 8 des vorliegenden Beschlusses wird das Institut des Bewertungsausschusses mit der fortlaufenden Unterrichtung der AG Aufsatzwerte über die sich aus diesem Beschluss ergebenden Bereinigungen, der Fortschreibung und Veröffentlichung der Verrechnungsbeträge sowie der Veröffentlichung einer Rechentabelle zur Unterstützung der Landesebene beauftragt. Die Verrechnungsbeträge werden quartalsweise spätestens 9 Monate nach Quartalsende je KV-Bezirk und Arztgruppenkombination auf

der Internetseite des Instituts veröffentlicht. Als Grundlage des Berichts der Bereinigungen, Bereinigungsquoten, Verrechnungsbeträge und Leistungsbedarfe an die AG Aufsatzwerte wird der Bewertungsausschuss bis zum 30. Juni 2023 einen Beschluss zu den erforderlichen Datenlieferungen gemäß § 87 Abs. 3f SGB V fassen.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2023 in Kraft.