

BESCHLUSS

**des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015**

**zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für ein Verfah-
ren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das
SGB V vorgesehenen Fällen für das Jahr 2016**

mit Wirkung zum 19. August 2015

1. Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen für das Jahr 2016 mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung, die gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 separat geregelt ist.

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

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

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

gemäß den Vorgaben des Bewertungsausschusses zu bereinigen.

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

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

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

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

3. Grundsatz der Differenzbereinigung

Die gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung, Teil A, Nr. 2.2.3 bestimmten und nach Teil A, Nr. 2.2.4 desselben Beschlusses gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – für das jeweilige Abrechnungsquartal fortentwickelten kassenspezifischen bereinigten Behandlungsbedarfe sind gemäß den Nrn. 4 bis 11 einer Differenzbereinigung für Neueinschreiber in und Rückkehrer aus bereinigungsrelevanten Selektivverträgen sowie bei einer Änderung des Versorgungsumfangs bestehender Selektivverträge zu unterziehen.

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

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

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

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

Eine Änderung des Versorgungsumfanges bestehender Selektivverträge gemäß diesem Beschluss liegt vor, wenn sich die Liste der für die Teilnehmer an diesem Selektivvertrag bereinigten Gebührenordnungspositionen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ändert, sofern und soweit diese Änderung nicht durch eine Ausdeckelung von Gebührenordnungspositionen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bedingt ist oder aufgrund der Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes bereinigte Gebührenordnungspositionen zerlegt oder zusammengefasst wurden.

4. Allgemeine Vorgaben

4.1 Verfahrensgrundsätze

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

1. Die Bereinigung erfolgt ausschließlich für selektivvertragliche Leistungen, die den Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß §§ 2 und 73 SGB V innerhalb der regional vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung entsprechen und welche die kollektivvertragliche Versorgung substituieren. Im Bereinigungsvertrag kann eine Einschränkung auf bereinigungsrelevante Fachgruppen vorgesehen werden.
2. Doppelbereinigungen von Leistungen einer Fachgruppe für einen Versicherten bei Abschluss von mehreren Selektivverträgen einer Krankenkasse sind nicht zulässig. Bereinigungen erfolgen höchstens, solange der bereinigte Behandlungsbedarf der Krankenkasse für Versicherte mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk noch nicht negativ ist.

3. Erfolgt durch in Selektivverträgen eingeschriebene und bereinigte Versicherte (auch solche, für die eine historische versorgungsauftragspezifische Leistungsmenge in Höhe von null bereinigt wurde) eine Inanspruchnahme von selektivvertraglich vereinbarten Leistungen, für die eine Bereinigung erfolgt ist, im Kollektivvertrag, vergütet die Krankenkasse die erbrachten Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Voraussetzung für die Vergütung ist die fristgerechte Lieferung der Daten gemäß Nr. 8. Für die Vergütung der im Rahmen einer nicht vertragskonformen Inanspruchnahme erbrachten Leistungen vereinbaren die Partner des Bereinigungsvertrages ein Abschlagsverfahren auf Basis des im Vorjahresquartal festgestellten Volumens.
4. Die Bereinigung erfolgt auch für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland, sofern Wohnausländer bei der jeweiligen Krankenkasse innerhalb der MGV der KV, in der die Bereinigung vorgenommen werden soll, vergütet werden.
5. Zur sachgerechten Berücksichtigung der von am Selektivvertrag teilnehmenden Vertragsärzten veranlassten Laborleistungen kann eine entsprechende Bereinigung erfolgen, wenn die Leistungen von Ärzten erbracht wurden, die in ihrer LANR im EFN-Datensatz an der 8. und 9. Stelle die Ausprägung "48", "49", "55" oder "00" aufweisen.
6. Nehmen in Selektivverträge eingeschriebene Versicherte Leistungen bei bereichsfremden Ärzten anderer KV-Bezirke in Anspruch, kann der für die betreffende Krankenkasse zuständige kassenseitige Partner der Gesamtverträge mit der von der Bereinigung betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung vereinbaren, dass die Verrechnung dieser Leistungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen über den Fremdkassenzahlungsausgleich erfolgt. Wenn dies der Fall ist, ist eine Bereinigung der in fremden KV-Bezirken erbrachten Leistungsmengen nicht zulässig. Die Partner des jeweiligen Bereinigungsvertrages prüfen, ob sich der in fremden KV-Bezirken erbrachte Leistungsbedarf ändert, und ergreifen ggf. geeignete Maßnahmen.
7. Werden von der betreffenden Krankenkasse auch bereichsfremde Leistungen bereinigt, sind diejenigen selektivvertraglich vereinbarten Leistungen, die für am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte in anderen KVen erbracht werden, von der betreffenden Krankenkasse gemäß den Regelungen zur nicht vertragskonformen Inanspruchnahme nach Ziffer 3. außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu finanzieren. In diesem Fall ist sicherzustellen, dass diese Leistungen versichertenbezogen erfasst und im Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) versichertenbezogen geltend gemacht werden.

8. Für Leistungen des durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sichergestellten Notdienstes gemäß § 75 Abs. 1b Satz 1 SGB V erfolgt keine Bereinigung.
9. Die Umsetzung der Bereinigung gehört gemäß § 73b Abs. 7 Satz 9 SGB V i. d. F. des GKV-VSG zu den gesetzlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen.
10. Die Partner des Bereinigungsvertrages können zur fristgerechten Umsetzung der Bereinigung auch eine vorläufige Bereinigungsdatenlieferung oder ein Abschlagsverfahren auf Basis der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten und pauschalen Bereinigungsbeträgen je Versicherten sowie eine spätere Spitzabrechnung gemäß den Verfahren in Nr. 5.4 bzw. Nr. 6 vereinbaren. Sind für eine fristgerechte Umsetzung der Bereinigung lediglich die Fortschreibungsfaktoren für das zu bereinigende Quartal nicht vollumfänglich bekannt, sind diese Faktoren im Rahmen der vorläufigen Bereinigung nicht zu berücksichtigen.
11. Wird der Selektivvertrag beendet oder beendet die Krankenkasse die Abrechnung über den Selektivvertrag, erfolgt in den folgenden vier Quartalen eine Rückbereinigung von Versicherten, die im jeweiligen Vorjahresquartal Teilnehmer waren, gemäß den Regelungen für Rückkehrer in Nr. 5.4.2 bzw. Nr. 6 sowie eine Lieferung der notwendigen Daten, es sei denn die regionalen Vertragspartner verzichten auf die Datenlieferung. Etwaige Regelungen zur Bereinigung von Anschlussverträgen bleiben davon unberührt.
12. Die Partner der Bereinigungsverträge beobachten die Auswirkungen der Bereinigung auf den kollektivvertraglichen Bereich und prüfen den Umgang mit ggf. stattfindenden und nicht gewünschten Belastungen der kollektivvertraglichen Versorgung, wenn die im Selektivvertrag vereinbarten Inhalte zur Versorgung nicht beachtet werden. Dabei werden sowohl Verlagerungen von den der Bereinigung unterliegenden Leistungen des Selektivvertrages in den Kollektivvertragsbereich als auch Verlagerungen von zunächst nicht der Bereinigung unterliegenden Leistungen vom kollektivvertraglichen Bereich in den Selektivvertragsbereich berücksichtigt. Bei nicht vernachlässigbaren Auswirkungen einigen sich die Partner der Bereinigungsverträge über den Umgang damit.

4.2 Weitere Verfahrensgrundsätze

1. Die Krankenkasse hat den Abschluss eines Selektivvertrages frühzeitig mitzuteilen und die Verhandlungen zur Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs unmittelbar aufzunehmen.
2. Die Verhandlungen zur erstmaligen Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sind 12 Wochen vor Beginn des zu bereinigenden Quartals

abzuschließen. Als erstmalige Bereinigung aufgrund eines Selektivvertrages einer Krankenkasse gilt die erste aufgrund dieses Selektivvertrages erforderliche Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Bereich der Selektivvertrag wirksam wird (Vertrags-KV).

3. Kommt in dieser Frist eine Einigung nicht zustande, gelten die Verhandlungen als gescheitert mit der Folge, dass das jeweils zuständige Schiedsamt aufgefordert wird, den Bereinigungsvertrag innerhalb einer Frist von sechs Wochen nach Ablauf der Frist nach Ziffer 2. festzusetzen. Im Einvernehmen der Vertragspartner kann auf die Anrufung des Schiedsamtes verzichtet werden, sofern die Vertragsverhandlungen mit Vertragsabschluss-Absicht fortgeführt werden. In diesem Fall erfolgt eine Bereinigung gemäß Ziffer 7. Bei Nichteinigung ist das Schiedsamt zur Entscheidung über die ggf. rückwirkende Festsetzung der Bereinigung der zu nächst vorläufig bereinigten Quartale anzurufen.
4. Die Grundsätze und Fristen gemäß Ziffern 1. bis 3. gelten nicht für die Fortführung und Anpassung bereits bestehender Bereinigungsverträge. Kommt ein Folge-Bereinigungsvertrag nicht rechtzeitig vor der Frist zur Lieferung der Bereinigungsdaten zustande, gilt das für das Vorjahr vereinbarte Verfahren der Bereinigung ohne Berücksichtigung der für das aktuelle Bereinigungsquartal gültigen Fortschreibungsfaktoren gemäß Nr. 5.4.1, drittletzter Absatz, bzw. Nr. 5.4.2, erster Absatz, bzw. Nr. 6.1 Ziffer 6. bzw. Nr. 6.2 Ziffer 6. fort, bis sich die Partner des Bereinigungsvertrages auf einen neuen Bereinigungsvertrag einigen. Nach Abschluss des Folgebereinigungsvertrages erfolgt eine Spitzabrechnung mit vollständiger Datenlieferung. Dabei dürfen in den Satzarten L04 und L05 nicht mehr Versicherte enthalten sein als in der vorläufigen Datenlieferung.
5. Die Krankenkasse hat jeweils bis zu drei Wochen vor Beginn des zu bereinigenden Quartals Daten gemäß Nr. 9 zu liefern, die bei der Ermittlung der Differenzbereinigungsbeträge für das Bereinigungsquartal zu berücksichtigen sind. Im Einvernehmen kann mit Blick auf die Umsetzung der Honorarverteilung die Frist nach vorne verschoben werden. Zusätzlich sollte zur Beschleunigung der Prüfung gemäß Nr. 5.1 eine vorläufige Bereinigungsdatenlieferung fünf Wochen vor Beginn des Bereinigungsquartals auf Basis der bis dahin bekannten, am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten, vereinbart werden. In diesem Fall kann die bereinigende Krankenkasse verlangen, dass die Abstimmung der Datengrundlagen gemäß Nr. 5.1 auf Grundlage dieser Lieferung erfolgt; verlangt sie dies nicht, ist die Lieferung nach Satz 1 Grundlage für die Abstimmung gemäß Nr. 5.1. Für Bereinigungsverfahren gemäß Nr. 6 erfolgt eine rückwirkende Bereinigung; die Krankenkasse kann in diesem Fall darüber hinaus jeweils, falls die Bereinigungsvertragspartner keine abweichende Lieferfrist vereinbaren, für Bereinigungsverfahren gemäß Nr. 6.1 bis zu zehn Wochen nach Ablauf des zu be-

reinigenden Quartals und für Bereinigungsverfahren gemäß Nr. 6.2 bis zu 5 Wochen vor Ablauf des zu bereinigenden Quartals Daten gemäß Nr. 9 liefern, die bei der Ermittlung der Differenzbereinigungsbeträge für das Bereinigungsquartal zu berücksichtigen sind.

6. Die Krankenkasse kann für Bereinigungsverfahren gemäß Nr. 5 bis zu zehn Arbeitstage vor dem Ende des zu bereinigenden Quartals hinsichtlich der eventuellen Stornierung von mit der Datenlieferung nach Ziffer 5. gemeldeten Neueinschreibern für das gesamte Quartal korrigierte Teilnahmedaten in der Satzart L05 mit entsprechend korrigierten vertragsbezogenen Gesamtbereinigungsdaten in der Satzart L06 unter Beibehaltung der zuletzt gemeldeten Altersklassendurchschnitte in Feld 06 bis 08 liefern, die bei der Rechnungslegung des gemäß Nr. 5 differenzbereinigten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sowie den Berechnungen nach Nr. 7 zu berücksichtigen sind. Im Einvernehmen kann auf eine Lieferung korrigierter Teilnahmedaten verzichtet werden.
7. Wenn eine Bereinigung nicht rechtzeitig festgesetzt worden ist, ist das Schiedsamt anzurufen. Bis zur Entscheidung erfolgt gemäß § 73b Abs. 7 Satz 6 SGB V i. d. F. des GKV-VSG eine vorläufige Bereinigung auf Basis der gemäß Nr. 9 gelieferten Daten sowie eine spätere Spitzabrechnung gemäß den Verfahren in den Nrn. 5.4 bzw. 6.

4.3 Umsetzung durch die Gesamtvertragspartner

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

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

4.4 Quartalsweise Bereinigung

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

4.5 KV-übergreifende Bereinigung

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

Hierzu wird zwischen der Wohnort-KV und dem zuständigen kassenseitigen Partner der Gesamtverträge gemäß § 83 SGB V in der Wohnort-KV eine Vereinbarung zur KV-übergreifenden Bereinigung geschlossen. Diese Vereinbarung legt die Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für die Fälle der KV-übergreifenden Bereinigung, d. h. für die an Selektivverträgen in einer Vertrags-KV teilnehmenden Versicherten mit Wohnort in der Wohnort-KV, fest.

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

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

Die Krankenkasse oder der für sie zuständige kassenseitige Partner der Gesamtverträge kann gemäß § 73b Abs. 7 Satz 7 SGB V i. d. F. des GKV-VSG verlangen, dass das geltende Bereinigungsverfahren der Vertrags-KV für die Bereinigung der Gesamtvergütung in einer abweichenden Wohnort-KV ab dem Bereinigungsquartal 3/2016 anerkannt und umgesetzt wird; dies gilt gemäß § 140a Abs. 6 Satz 1 SGB V i. d. F. des GKV-VSG ebenfalls für Verträge nach § 140a SGB V. Wenn dieses Verfahren auf bestehende Selektivverträge angewendet werden soll, ist ein Vorlauf von drei Quartalen einzuhalten.

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

4.6 Möglichkeit der deklaratorischen Bereinigung

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

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

4.7 Möglichkeit des Bereinigungsverzichts

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

1. Die Krankenkasse kann nur freiwillig auf die Bereinigung verzichten und braucht hierfür keinen Bereinigungsvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung abzuschließen. Die Kassenärztliche Vereinigung ist unverzüglich darüber in Kenntnis zu setzen.
2. Ein Bereinigungsverzicht ist für einen Vertrag in einem KV-Bezirk nur solange möglich, wie das pauschal ermittelte voraussichtliche Bereinigungsvolumen für kein Quartal einen Betrag von 5.000 € überschritten hat oder erstmals höchstens drei Quartale zuvor einen Betrag von 5.000 € überschritten hat (Schwellenwert).
3. Ist ein Bereinigungsverzicht gemäß Ziffer 2. aufgrund der Überschreitung des Schwellenwertes nicht mehr möglich, so ist eine Bereinigung nach den Vorgaben dieses Beschlusses aufzunehmen. Dabei erfolgt keine nachträgliche Bereinigung des entgangenen Bereinigungsvolumens. Dabei gelten allerdings abweichend

von Nr. 5 sämtliche Teilnehmer in den ersten vier Bereinigungsquartalen als Neueinschreiber und zur Ermittlung ihrer individuellen Bereinigungsbeträge ist auf die Abrechnungsdaten des Vorjahresquartals ihrer erstmaligen Teilnahme oder Ersatzwerte gemäß Nr. 5.4.1 lit. b) zurückzugreifen. Analog gelten abweichend von Nr. 6 in den ersten vier Bereinigungsquartalen sämtliche Teilnehmer im jeweiligen Vorjahresquartal als Nichtteilnehmer.

4. In jedem Quartal mit Bereinigungsverzicht ermittelt die Krankenkasse für den betreffenden Vertrag und den betreffenden KV-Bezirk das voraussichtliche Bereinigungsvolumen pauschal als Produkt aus der dem KV-Bezirk zuzuordnenden tatsächlichen Teilnehmerzahl im jeweiligen Quartal und der Summe der Bewertungen der dem jeweiligen selektivvertraglichen Versorgungsauftrag ggf. anteilig entsprechenden Gebührenordnungspositionen gemäß Euro-Gebührenordnung in der Abgrenzung der jeweiligen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
5. Die gemäß Ziffer 4. pauschal ermittelten voraussichtlichen Bereinigungsvolumina und tatsächlichen Teilnehmerzahlen werden spätestens zehn Wochen nach Ablauf des Quartals gemäß § 87a Abs. 6 SGB V über den GKV-Spitzenverband und das Institut des Bewertungsausschusses an die jeweiligen regionalen Gesamtvertragspartner übermittelt, wobei die kassenartenspezifischen Gesamtvertragspartner kassen- und kassenartenbezogene Angaben nur für die der Empfänger-kassenart angehörigen Krankenkassen erhalten. Der Bewertungsausschuss wird das Nähere zu dieser Datenübermittlung bis zum 30. September 2015 in einem separaten Beschluss regeln.
6. Die gemäß Ziffer 4. pauschal ermittelten und gemäß Ziffer 5. an die jeweiligen regionalen Gesamtvertragspartner übermittelten voraussichtlichen Bereinigungsvolumina werden bei der Berechnung der kassenspezifischen Aufsatzwerte gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V abweichend vom Beschluss Teil A des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014 wie folgt berücksichtigt: Bei der Berechnung in Nr. 2.2.1.3 des genannten Beschlusses erfolgt zusätzlich ein Abzug aller für das jeweilige Abrechnungsquartal gemäß Ziffer 5. für den KV-Bezirk vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina. Sofern das voraussichtliche Bereinigungsvolumen eines Selektivvertrages einer Krankenkasse 500 € überschreitet, wird bei der Berechnung der kassenspezifischen Anteile in Nr. 2.2.2 des genannten Beschlusses nach der Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen das gemäß Ziffer 5. für die jeweilige Krankenkasse im jeweiligen KV-Bezirk vorliegende voraussichtliche Bereinigungsvolumen bei der jeweiligen Krankenkasse hinzuaddiert. Der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung steht es frei, die Addition gemäß dem vorhergehenden Satz auch vorzunehmen, wenn das voraussichtliche Bereinigungsvolumen eines Selektivvertrages einer Krankenkasse höchstens 500 € beträgt.

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

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

5.1 Abstimmung der notwendigen Datengrundlagen und Berechnungen

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

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

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

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

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

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

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

5.3 Differenzbereinigung bei Änderungen des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs

Ändert sich der Inhalt und Versorgungsumfang eines bestehenden Selektivvertrages, so sind die Auswirkungen von der vertragsschließenden Krankenkasse darzulegen und eine Differenzbereinigung (positiv oder negativ) für alle Bestandsteilnehmer hinsichtlich der Veränderung ihres selektivvertraglichen Versorgungsumfangs vorzunehmen.

Der abzusetzende Differenzbereinigungsbetrag ergibt sich dabei als Summe der gemäß Nr. 5.4.1 angepassten Leistungsmengen des Vorjahresquartals der betroffenen Versicherten für die neu in den selektivvertraglichen Versorgungsumfang aufgenommenen Gebührenordnungspositionen abzüglich der Summe der auf die aus dem selek-

tivvertraglichen Versorgungsumfang entfallenden Anteile der gemäß Nr. 5.4.2 angepassten individuellen historischen Bereinigungsbeträge der betroffenen Versicherten; über die zu Nr. 5.4.2 und ggf. Nr. 5.4.1 lit. b) anzusetzenden Anteile ist das Einvernehmen herzustellen.

Bei Nichteindeutigkeit bezüglich der Darstellung im EBM ist zwischen den zuständigen Partnern der Gesamtverträge über die Auswirkung dieser Änderungen auf die Bereinigung ebenfalls unverzüglich das Einvernehmen herzustellen. Es findet jedoch keine Differenzbereinigung für Bestandsteilnehmer aufgrund eventueller Ausdeckelungen zuvor intrabudgetärer, den Inhalten der selektivvertraglichen Versorgung entsprechenden Gebührenordnungspositionen in die extrabudgetäre Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung statt. Ebenfalls findet keine Differenzbereinigung für Bestandsteilnehmer statt, wenn die den Inhalten der selektivvertraglichen Versorgung entsprechenden Gebührenordnungspositionen aufgrund der Weiterentwicklung des EBM zerlegt oder zusammengefasst werden; der Bewertungsausschuss beschließt hierzu jeweils in Verbindung mit der jeweiligen Weiterentwicklung des EBM einen Katalog der in diesem Sinne vergleichbaren Gruppen von Gebührenordnungspositionen.

5.4 Berechnung des für ein Quartal zu bereinigenden Behandlungsbedarfs

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

5.4.1 Differenzbereinigung für Neueinschreiber

Von dem für das aktuelle Quartal unter Beachtung der Vorgaben im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung, Teil A, Nr. 2 vereinbarten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V wird für Neueinschreiber gegenüber dem Vorjahresquartal, d. h. für Selektivvertragsteilnehmer, die im Abrechnungsquartal an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag teilnehmen, aber im Vorjahresquartal noch nicht teilnahmen oder im Vorjahresquartal ohne Bereinigung teilnahmen oder im Vorjahresquartal in einem anderen KV-Bezirk wohnten, der zu bereinigende Behandlungsbedarf gemäß dem jeweils für das Quartal geltenden selektivvertraglichen Versorgungsauftrag abgezogen.

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

- a) Für Versicherte, die im zu bereinigenden Quartal an einem Selektivvertrag teilnehmen und die im Vorjahresquartal noch nicht teilgenommen haben (Neueinschreiber), wird die sachlich-rechnerisch richtiggestellte Leistungsmenge des Vorjahresquartals in Euro gemäß dem jeweiligen die Kollektivversorgung ersetzenden, für dieses Quartal geltenden Versorgungsauftrag des Selektivvertrages unter Berücksichtigung bereinigungsrelevanter Fachgruppen erhoben. Die in Punkten bewerteten Leistungen sind dabei mit dem regionalen Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V des Vorjahresquartals in Euro umzurechnen.
- b) Sofern der Neueinschreiber im maßgeblichen Vorjahresquartal nicht bei der betreffenden Krankenkasse versichert war oder seinen Wohnsitz nicht in der von der Bereinigung betroffenen KV hatte oder ohne Bereinigung am Selektivvertrag teilnahm, wird die durchschnittliche vertragsspezifische historische Leistungsmenge, differenziert nach den drei Altersklassen bis zum vollendeten 5. Lebensjahr (0 - 4), ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr (5 - 58) sowie ab Beginn des 60. Lebensjahres (59+) herangezogen. Das Alter des Versicherten wird zum Stichtag 31. Dezember des Kalenderjahres vor dem zu bereinigenden Abrechnungsquartal ermittelt. Sollten für eine Krankenkasse weniger als 50 Neueinschreiber am Selektivvertrag teilnehmen, die ihren Wohnsitz im Vorjahresquartal in der von der Bereinigung betroffenen KV hatten und im Vorjahresquartal bei der betreffenden Krankenkasse versichert waren, können die Vertragspartner Pauschalbeträge vereinbaren. Bei der Ermittlung der vertragsspezifisch durchschnittlichen Leistungsmenge je Versichertem sind auch die Versicherten zu berücksichtigen, deren nach den o. g. Vorgaben ermittelte Leistungsmenge im Vorjahresquartal null war.
- c) Für die Ermittlung der Leistungsmenge bei Versicherten mit Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vereinbaren die Partner des Bereinigungsvertrages ein geeignetes separates Ersatzverfahren.
- d) Bei Versicherten, die aufgrund von Statuswechseln eine gegenüber dem Vorjahresquartal abweichende Krankenversicherungsnummer haben, ist sicherzustellen, dass die unter der alten Versichertennummer abgerechneten Leistungen in die Ermittlung der versichertenbezogenen Bereinigungsmenge eingehen.
- e) Für Versicherte mit Wohnort in einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung als der Vertrags-KV wird der zu bereinigende Leistungsbedarf gemäß Nr. 4.5 ermittelt.

Der zu bereinigende Behandlungsbedarf für Neueinschreiber ergibt sich durch Fortschreibung der so ermittelten historischen versorgungsauftragsspezifischen Leistungsmenge des Vorjahresquartals in Euro um die mit Wirkung für das Kalenderjahr des zu bereinigenden Abrechnungsquartals gegenüber dem Vorjahr von den Gesamt-

vertragspartnern vereinbarten Veränderungen des Behandlungsbedarfs gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung, Teil A, Nr. 2.2.4 Absatz 1 und Multiplikation mit dem Verhältnis des für die Wohnort-KV im Vorjahresquartal insgesamt vereinbarten bereinigten und gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung, Teil A, Nr. 2.2.1 festgestellten Behandlungsbedarfs zur für das Vorjahresquartal in der Wohnort-KV insgesamt gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung, Teil A, Nr. 2.2.2 festgestellten Leistungsmenge nach Euro-Gebührenordnung, jeweils in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des zu bereinigenden Abrechnungsquartals. Alternativ kann einvernehmlich das für den jeweiligen KV-Bezirk bestimmte Verhältnis des Honorars zur Leistungsmenge nach Euro-Gebührenordnung der Leistungen in der Abgrenzung des selektivvertraglichen Ziffernkranzes und der betroffenen Arztgruppen im Vorjahresquartal, jeweils in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des zu bereinigenden Abrechnungsquartals, dividiert durch den für das Vorjahresquartal in der jeweiligen KV gültigen Punktwert, verwendet werden.

Für den Fall, dass ein Selektivvertrag gekündigt wird und ein inhaltlich an den gekündigten Selektivvertrag anschließender Vertrag (Anschlussvertrag) geschlossen wird, kann unter anderem auf die Bereinigungsdaten des gekündigten Selektivvertrages oder die letztverfügbaren Abrechnungsdaten zurückgegriffen werden. Dies gilt analog bei Fusionen von Krankenkassen. Über die Details einigen sich die Partner des Bereinigungsvertrages.

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

5.4.2 Differenzbereinigung für Rückkehrer

Für Versicherte, die im Vorjahresquartal an einem bereinigungsrelevanten Selektivvertrag teilgenommen haben und im Abrechnungsquartal nicht mehr teilnehmen bzw. deren Wohnort nicht mehr im selben KV-Bezirk liegt, wird der individuelle historische Bereinigungsbetrag mit den folgenden Anpassungen wieder zugesetzt:

- mit Wirkung für das Kalenderjahr des rückzubereinigenden Abrechnungsquartals gegenüber dem Vorjahr von den Gesamtvertragspartnern vereinbarte Veränderungen des Behandlungsbedarfs gemäß Teil A, Nr. 2.2.4 Absatz 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung vom 20. August 2014,
- Faktor 0,35363, falls die Neueinschreibung vor dem vierten Quartal 2013 erfolgte,
- mit Wirkung für das Jahr 2013 gegenüber dem Vorjahr von den Gesamtvertragspartnern vereinbarte Veränderungen des Behandlungsbedarfs gemäß Teil A, Nr.

2.2.4 Absatz 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung vom 22. Oktober 2012, falls die Neueinschreibung vor dem ersten Quartal 2013 erfolgte,

- mit Wirkung für das Jahr 2014 gegenüber dem Vorjahr von den Gesamtvertragspartnern vereinbarte Veränderungen des Behandlungsbedarfs gemäß Teil A, Nr. 2.2.4 Absatz 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 314. Sitzung vom 29. August 2013, falls die Neueinschreibung vor dem ersten Quartal 2014 erfolgte,
- mit Wirkung für das Jahr 2015 gegenüber dem Vorjahr von den Gesamtvertragspartnern vereinbarte Veränderungen des Behandlungsbedarfs gemäß Teil A, Nr. 2.2.4 Absatz 1 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung vom 20. August 2014, falls die Neueinschreibung vor dem ersten Quartal 2015 erfolgte.

In gleicher Weise werden eventuell zwischenzeitlich für die betroffenen Rückkehrer in Abzug gebrachte Differenzbereinigungsmengen aufgrund von Änderungen des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs (positiv oder negativ) unter Berücksichtigung des Differenzbereinigungsquartals anstelle des Neueinschreibungsquartals angepasst und wieder zugesetzt. Dies gilt auch

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

Die entsprechenden Rückbereinigungsbeträge sind von der Krankenkasse versicherenspezifisch in der Satzart L07 in der Datenlieferung gemäß Nr. 9 auszuweisen, dabei sind Änderungen in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ggü. dem Quartal der Bereinigung zu berücksichtigen.

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

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

Dabei sind grundsätzlich die beiden folgenden Fälle zu unterscheiden:

- A) Der Versorgungsauftrag umfasst eine nicht auf Dauer ausgelegte Behandlung, die für einen einzelnen Versicherten in der Regel nur während eines begrenzten Zeitraums von maximal vier Quartalen erbracht wird. In diesem Fall legen die Partner des Bereinigungsvertrages nach den Vorgaben in Nr. 6.1 eine pauschale Bereinigungsmenge je in Anspruch nehmenden Versicherten und Quartal fest und multiplizieren diese mit einer von der Krankenkasse zu liefernden Patientenzahl mit entsprechender situativer Teilnahme an dem Selektivvertrag in einem Quartal. Die durchschnittliche pauschale Bereinigungsmenge wird hierzu kalenderjährlich anhand der historischen und versorgungsauftragsspezifischen Leistungsmenge der historischen Inanspruchnehmer bestimmt.
- B) Der Versorgungsauftrag umfasst eine auf Dauer ausgelegte Versorgung der Selektivvertragsteilnehmer mit den definierten Leistungen innerhalb des Selektivvertrages, wobei sich die Teilnehmer situativ in den Selektivvertrag einschreiben und in der Regel, unabhängig vom Ausmaß ihrer tatsächlichen Inanspruchnahme, dauerhaft eingeschrieben bleiben. In diesem Fall legen die Partner des Bereinigungsvertrages nach den Vorgaben in Nr. 6.2 eine pauschale Bereinigungsmenge je Teilnehmer und Quartal fest und multiplizieren diese mit einer von der Krankenkasse zu liefernden Teilnehmerzahl an dem Selektivvertrag in einem Quartal. Die durchschnittliche pauschale Bereinigungsmenge wird hierzu anhand der historischen versorgungsauftragsspezifischen Leistungsmenge von allen historischen Versicherten der Krankenkasse bestimmt; dabei ist bei Bedarf eine Risikoadjustierung z. B. durch Differenzierung nach Altersklassen etc. durchzuführen, um dem dauerhaften Entfall der Behandlung der Teilnehmer im Kollektivvertrag bezüglich des selektivvertraglichen Versorgungsauftrags Rechnung zu tragen.

Dabei sind Doppelbereinigungen des Behandlungsbedarfs für einen Versicherten hinsichtlich des gleichen Teils des Behandlungsbedarfs zu vermeiden.

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

1. Die Bereinigung erfolgt jeweils für ein Abrechnungsquartal basiswirksam in Höhe des gegenüber dem Vorjahresquartal festzustellenden Differenzbereinigungsvolumens.
2. Die durchschnittliche historische versorgungsauftragsspezifische Leistungsmenge je Patient wird bis spätestens drei Wochen vor dem ersten Bereinigungsquartal auf Basis der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden und auswertbaren Daten des letzten vollständigen Kalenderjahres gemäß § 295 Abs. 2 SGB V (Einzelfallnachweise) unter Berücksichtigung von Fällen mit Ersatzverfahren ermittelt.
 - a) Die in Punkten bewerteten Leistungen sind dabei mit dem im jeweiligen historischen Datenquartal gültigen regionalen Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen. Zur Feststellung der bereinigungsrelevanten Leistungen gilt Nr. 5.2 entsprechend.
 - b) In die Berechnung werden für ein Quartal die Patienten einbezogen (Quartalspatienten), die bei der betreffenden Krankenkasse durchgängig versichert waren, ihren Wohnort durchgängig im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung hatten, deren Gesamtvergütung bereinigt werden soll, und für die eine Versorgung gemäß dem Versorgungsauftrag des Selektivvertrages, für welchen eine Bereinigung der MGV vorgenommen werden soll, erfolgte.
 - c) Bei der Definition der bereinigungsrelevanten Leistungen sowie der einzubeziehenden Patienten können Eingrenzungen gemäß dem Versorgungsauftrag des Selektivvertrages insbesondere nach folgenden Kriterien vorgenommen werden: Gebührenordnungspositionen ggf. einschließlich Suffices, Arztgruppen, Indikationen des Versicherten, Scheinarten gemäß der Definition im EFN-Datensatz, bereichseigen/bereichsfremd, Alter und Geschlecht des Versicherten.
 - d) Die durchschnittliche Leistungsmenge je Patient ergibt sich aus der Summe der für die einbezogenen Quartalspatienten in den entsprechenden Quartalen angefallenen bereinigungsrelevanten Leistungsbedarfe, geteilt durch die Zahl der einbezogenen Quartalspatienten.
3. Die Krankenkasse stellt der Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung der durchschnittlichen Leistungsmenge je Patient die erforderlichen Daten gemäß Nr. 9 spätestens drei Wochen vor dem ersten Bereinigungsquartal zur Verfügung. Im Einvernehmen kann mit Blick auf die Umsetzung der Honorarverteilung die Frist abweichend geregelt werden.

4. Die Partner des Bereinigungsvertrages können einvernehmlich auch ein anderes Verfahren zur Ermittlung der durchschnittlichen Leistungsmenge je Patient vereinbaren. Im Übrigen besteht gemäß Nr. 4.3 die Möglichkeit, einvernehmlich ein abweichendes Verfahren zur Bereinigung festzulegen.
5. Die Krankenkasse liefert der Kassenärztlichen Vereinigung für das Bereinigungsquartal die Versichertennummern sowie Name, Vorname und Geburtsdatum der den Selektivvertrag in Anspruch nehmenden Versicherten spätestens zehn Wochen nach Ablauf des Bereinigungsquartals gemäß der Spezifikation in Nr. 9, falls die Bereinigungsvertragspartner keine abweichende Lieferfrist vereinbaren.
6. Die durchschnittliche Bereinigungsmenge je Patient eines Bereinigungsquartals errechnet sich als Produkt aus der durchschnittlichen Leistungsmenge je Patient in Euro gemäß Ziffer 2. bzw. Ziffer 4., den jeweiligen Veränderungsraten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie den basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses, bezogen auf den Zeitraum zwischen dem bei der Berechnung gemäß Ziffer 2. verwendeten Datenjahr und dem Bereinigungsquartal. Darüber hinaus ist mit dem für den jeweiligen KV-Bezirk im Vorjahresquartal insgesamt vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf zu multiplizieren und durch die für das Vorjahresquartal in der jeweiligen KV insgesamt festgestellte Leistungsmenge nach Euro-Gebührenordnung zu dividieren; dabei ist jeweils die Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Bereinigungsquartals anzuwenden. Alternativ kann einvernehmlich mit dem für den jeweiligen KV-Bezirk bestimmten Verhältnis des Honorars zur Leistungsmenge nach Euro-Gebührenordnung der Leistungen in der Abgrenzung des selektivvertraglichen Ziffernkranzes und der betroffenen Arztgruppen im Vorjahresquartal, jeweils in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des zu bereinigenden Abrechnungsquartals, dividiert durch den für das Vorjahresquartal in der jeweiligen KV gültigen Punktwert, multipliziert werden.
7. Zur Ermittlung des Differenzbereinigungsvolumens für ein Quartal multiplizieren die Partner des Bereinigungsvertrages die Differenz der Anzahl der den Selektivvertrag in Anspruch nehmenden Versicherten gemäß Ziffer 5. zwischen dem aktuellen Bereinigungsquartal und dessen Vorjahresquartal mit der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Patient gemäß Ziffer 6.
8. Die basiswirksame Differenzbereinigung erfolgt im Rahmen der Schlussabrechnung des jeweiligen Bereinigungsquartals durch Abzug des für das aktuelle Quartal bestimmten Differenzbereinigungsvolumens in Punkten gemäß Ziffer 7. (positiv wie negativ) vom für die Krankenkasse vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarf des Bereinigungsquartals gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V.

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

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

1. Die Bereinigung erfolgt jeweils für ein Abrechnungsquartal basiswirksam in Höhe des gegenüber dem Vorjahresquartal festzustellenden Differenzbereinigungsvolumens.
2. Die durchschnittliche historische versorgungsauftragsspezifische Leistungsmenge je Teilnehmer wird bis spätestens drei Wochen vor dem ersten Bereinigungsquartal auf Basis der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden und auswertbaren Daten des letzten vollständigen Kalenderjahres gemäß § 295 Abs. 2 SGB V (Einzelfallnachweise) unter Berücksichtigung von Fällen mit Ersatzverfahren ermittelt.
 - a) Die in Punkten bewerteten Leistungen sind dabei mit dem im jeweiligen historischen Datenquartal gültigen regionalen Punktwert gemäß § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen. Zur Feststellung der bereinigungsrelevanten Leistungen gilt Nr. 5.2 entsprechend.
 - b) In die Berechnung werden für ein Quartal alle Versicherten einbezogen (Quartalsversicherte), die bei der betreffenden Krankenkasse durchgängig versichert waren und ihren Wohnort durchgängig im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung hatten, deren Gesamtvergütung bereinigt werden soll. Dabei ist bei Bedarf eine Risikoadjustierung durchzuführen. Die Kriterien zur Risikoadjustierung sowie die bei der Ermittlung der Leistungsmenge je Versicherten zu berücksichtigenden Leistungen sind so festzulegen, dass dem dauerhaften Entfall der Behandlung der Teilnehmer im Kollektivvertrag bezüglich des selektivvertraglichen Versorgungsauftrags Rechnung getragen wird. Kriterien zur Definition der bereinigungsrelevanten Leistungen können insbesondere sein: Gebührenordnungspositionen ggf. einschließlich Suffices, Arztgruppen, Scheinarten gemäß der Definition im EFN-Datensatz, bereichseigen/bereichsfremd. Kriterien zur Risikoadjustierung können insbesondere sein: Indikationen des Versicherten, Alter und Geschlecht des Versicherten.
 - c) Die durchschnittliche Leistungsmenge je Teilnehmer ergibt sich aus der Summe der für die einbezogenen Quartalsversicherten in den entsprechenden Quartalen angefallenen bereinigungsrelevanten Leistungsbedarfe, geteilt durch die Zahl der einbezogenen Quartalsversicherten.

3. Die Krankenkasse stellt der Kassenärztlichen Vereinigung zur Prüfung der durchschnittlichen Leistungsmenge je Teilnehmer die erforderlichen Daten gemäß Nr. 9 spätestens drei Wochen vor dem ersten Bereinigungsquartal zur Verfügung.
4. Die Partner des Bereinigungsvertrages können einvernehmlich auch ein anderes Verfahren zur Ermittlung der durchschnittlichen Leistungsmenge je Teilnehmer vereinbaren. Im Übrigen besteht gemäß Nr. 4.3 die Möglichkeit, einvernehmlich ein abweichendes Verfahren zur Bereinigung festzulegen.
5. Die Krankenkasse liefert der Kassenärztlichen Vereinigung für das Bereinigungsquartal die Versichertennummern sowie Name, Vorname und Geburtsdatum der Neueinschreiber und Rückkehrer spätestens fünf Wochen vor Ablauf des Bereinigungsquartals gemäß der Spezifikation in Nr. 9, falls die Bereinigungsvertragspartner keine abweichende Lieferfrist vereinbaren.
6. Die durchschnittliche Bereinigungsmenge je Teilnehmer eines Bereinigungsquartals errechnet sich als Produkt aus der durchschnittlichen Leistungsmenge je Teilnehmer in Euro gemäß Ziffer 2. bzw. Ziffer 4., den jeweiligen Veränderungs-raten gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V – unter Berücksichtigung weiterer ggf. regional vereinbarter Anpassungen – sowie den basiswirksamen prozentualen Veränderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsaus-schusses, bezogen auf den Zeitraum zwischen dem bei der Berechnung gemäß Ziffer 2. verwendeten Datenjahr und dem Bereinigungsquartal. Darüber hinaus ist mit dem für den jeweiligen KV-Bezirk im Vorjahresquartal zu bestimmenden Ver-hältnis des Honorars zur Leistungsmenge nach Euro-Gebührenordnung der Leis-tungen in der Abgrenzung des selektivvertraglichen Ziffernkranzes und der be-troffenen Arztgruppen zu multiplizieren und durch den für das Vorjahresquartal in der jeweiligen KV gültigen Punktwert zu dividieren; dabei ist jeweils die Abgren-zung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung des Bereinigungsquartals anzu-wenden.
7. Zur Ermittlung des Differenzbereinigungsvolumens für ein Quartal multiplizieren die Partner des Bereinigungsvertrages die Differenz zwischen der Anzahl der Neueinschreiber in diesem Quartal und der Anzahl der Rückkehrer in diesem Quartal gemäß Ziffer 5. mit der durchschnittlichen Bereinigungsmenge je Versi-cherten gemäß Ziffer 6. unter Berücksichtigung der Risikoadjustierung.
8. Die basiswirksame Differenzbereinigung erfolgt im Rahmen der Schlussabrech-nung des jeweiligen Bereinigungsquartals durch Abzug des für das aktuelle Quartal bestimmten Differenzbereinigungsvolumens in Punkten gemäß Ziffer 7. (positiv wie negativ) vom für die Krankenkasse vereinbarten bereinigten Behand-lungsbedarf des Bereinigungsquartals gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V.

9. Über die Berücksichtigung eventueller Änderungen des Versorgungsumfangs bestehender Selektivverträge nach Typ B verständigen sich die Partner der Bereinigungsverträge.

7. Vorgaben zur Fortschreibung der vertragsspezifischen durchschnittlichen Bereinigungsmengen je Versicherten

Bei der Rechnungslegung für ein Abrechnungsquartal wird die gemäß Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung vom 20. August 2014, Nr. 3.4 bzw. die gemäß Nr. 7 des vorliegenden Beschlusses festgestellte durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten einer Krankenkasse für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung im Vorjahresquartal für jeden Selektivvertrag wie folgt um ein Jahr fortgeschrieben:

- a) Die vertragsspezifische durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten dieser Krankenkasse in diesem KV-Bezirk im Vorjahresquartal wird mit der bei der Bestimmung des damaligen Behandlungsbedarfs dieser Krankenkasse in diesem KV-Bezirk verwendeten Versichertenzahl gemäß KASSRG87aMGV_IK (unter Berücksichtigung etwaiger Korrekturlieferungen) multipliziert und mit Wirkung für das Kalenderjahr des aktuellen Abrechnungsquartals gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 bis 5 SGB V angepasst.
- b) Der für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß Nr. 5.4.1 vertragsspezifisch bestimmte zu bereinigende Behandlungsbedarf für Neueinschreiber wird hinzuaddiert.
- c) Die für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß Nr. 5.4.2 vertragsspezifisch bestimmte Differenzbereinigungsmenge für Rückkehrer wird abgezogen.
- d) Die für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß Nr. 5.3 vertragsspezifisch eventuell in Abzug gebrachte Differenzbereinigungsmenge aufgrund von Änderungen des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs bestehender Selektivverträge wird hinzuaddiert.
- e) Die für das aktuelle Abrechnungsquartal gemäß Nr. 6 vertragsspezifisch bestimmte Differenzbereinigungsmenge (positiv wie negativ) für Verträge mit situativer Teilnahme von Versicherten wird hinzuaddiert.
- f) Die so erhaltene fortgeschriebene Bereinigungsmenge wird durch die bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs dieser Krankenkasse im betreffenden KV-Bezirk im aktuellen Abrechnungsquartal verwendete Versichertenzahl gemäß ANZVER87a geteilt, um die vertragsspezifische durchschnittliche Bereinigungsmenge je Versicherten der Krankenkasse im aktuellen Abrechnungsquartal zu erhalten.

Die jeweiligen vertragsspezifischen durchschnittlichen Bereinigungsmengen je Versicherten sind für jedes Abrechnungsquartal von den Partnern des Bereinigungsvertrages gemeinsam festzustellen.

8. Datenlieferung bei Inanspruchnahme des Kollektivvertrages von Teilnehmern eines Selektivvertrages

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

Bei Selektivverträgen, die im Rahmen der NVI

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

die Gelegenheit, diese Daten innerhalb von zehn Arbeitstagen zu prüfen und ggf. schriftlich unter Angabe der konkreten Datenkonstellation zu beanstanden, sofern die Gesamtvertragspartner hierzu nichts abweichendes vereinbaren. Auf dieser Grundlage stellen Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkasse die Menge der im jeweiligen Bereinigungsquartal insgesamt durch an dem Selektivvertrag teilnehmende und hierfür bereinigte Versicherte im Kollektivvertrag in Anspruch genommenen bereinigten Leistungen fest. Die so festgestellte Leistungsmenge ist, bewertet mit den regionalen Preisen der Euro-Gebührenordnung nach § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V, von der den Selektivvertrag abschließenden Krankenkasse spätestens bis zum 28. Kalendertag ab dem gleichzeitigen Vorliegen der NVI- und EFN-Daten bei der Datenannahmestelle bzw. dem bundesmantelvertraglich vereinbarten Liefertermin an die betroffene Kassenärztliche Vereinigung zu vergüten.

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

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

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

Zur Durchführung der in Nr. 6 beschriebenen Berechnungen bei Selektivverträgen mit situativer Einschreibung/Teilnahme von Versicherten gemäß §§ 63, 73b und 140a SGB V verständigen sich die Vertragspartner auf die zu übermittelnden Daten.

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

- a) selektivvertraglichen Stammdaten in der Satzart L01 in vollem Umfang an die Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen am Selektivvertrag teilnehmende Versicherte oder Ärzte wohnen bzw. sitzen sowie an die für die Gesamtverträge mit diesen Kassenärztlichen Vereinigungen zuständigen Verbände der Krankenkassen der jeweiligen Kassenart auf Landesebene,
- b) selektivvertraglichen Stammdaten in der Satzart L02 (Liste der im jeweiligen Kalenderquartal am Selektivvertrag teilnehmenden bereichseigenen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit Vor- und Nachnamen, LANR, BSNR, Ein- und ggf. Austrittsdatum, ggf. Anzahl der am Selektivvertrag teilnehmenden Versi-

cherten mit Wohnort im zu bereinigenden KV-Bereich je Arzt bzw. bei Arztnetzen je Arztnetz) in der Abgrenzung der Kassenärztlichen Vereinigungen am Ort der am Selektivvertrag teilnehmenden Arztpraxen nur an die jeweils betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen sowie ggf. an die für die Gesamtverträge mit diesen Kassenärztlichen Vereinigungen zuständigen Verbände der Krankenkassen der jeweiligen Kassenart auf Landesebene,

- c) selektivvertraglichen Stammdaten in den gemäß Nr. 5.1 und Nr. 5.2 abzustimmenden Satzarten L03 zur Nachvollziehbarkeit der Leistungsmengenabgrenzung bei Neueinschreibern im Vorjahresquartal sowie L08 zur Feststellung von nicht vertragskonformer Inanspruchnahme im aktuellen Abrechnungsquartal (Liste der dem für das jeweilige Kalenderquartal gültigen selektivvertraglichen Versorgungsauftrag vollständig entsprechenden Gebührenordnungspositionen des EBM einschließlich Suffices und Pseudoziffern für Leistungen und Kostenerstattungen innerhalb der regional vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung), der selektivvertraglichen Teilnahmedaten in den Satzarten L04 und L05 (Liste der im jeweiligen Kalenderquartal insgesamt am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten mit Wohnort im Bezirk der betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung bzw. korrigierte Teilnahmedaten mit Vor- und Nachnamen, Krankenversicherungsnummer, Geburtsdatum, Geschlecht, PLZ, Status, Ein- und ggf. Austrittsdatum, Kennzeichnung als Neueinschreiber sowie im Einvernehmen LANR und BSNR des am Selektivvertrag teilnehmenden behandelnden Arztes), der aggregierten selektivvertraglichen Bereinigungsdaten in den Satzarten L06 und L07 (zu bereinigende Leistungsmengen für Neueinschreiber und Rückkehrer sowie Versicherte, für die eine Differenzbereinigung auf Grund einer Änderung der Liste L03 erfolgt, insgesamt und versichertenbezogen), der differenzierten selektivvertraglichen Bereinigungsdaten in der Satzart L09 (versichertenbezogener zu bereinigender Leistungsmengen für Neueinschreiber nach Gebührenordnungspositionen des EBM) sowie der Versichertenhistorie in der Satzart L10 in der Abgrenzung der Kassenärztlichen Vereinigungen am Wohnort der Versicherten nur an die jeweils betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen sowie ggf. an die für die Gesamtverträge mit diesen Kassenärztlichen Vereinigungen zuständigen Verbände der Krankenkassen der jeweiligen Kassenart auf Landesebene,
- d) die Felder 00 bis 04 und 06 bis 09 aus den aggregierten selektivvertraglichen Bereinigungsdaten gemäß der Satzart L06, falls die durchschnittliche Bereinigungsmenge der Neueinschreiber in der Vertrags-KV als pauschale Bereinigungsmenge bei KV-übergreifender Bereinigung gemäß Nr. 4.5 angesetzt wird, in der Abgrenzung der Vertrags-KV an die Wohnort-KV sowie ggf. an den zuständigen kassenseitigen Partner der Gesamtverträge.

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

Die den Selektivvertrag abschließende Krankenkasse bzw. der die Bereinigung durchführende zuständige Verband der Krankenkasse auf Landesebene sowie die betroffene Kassenärztliche Vereinigung stellen die Einhaltung der jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Anforderungen sicher und verwenden die Daten ausschließlich zum Zweck der Bereinigung.

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

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

Zu den Datensätzen der Lieferungen der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen an das Institut des Bewertungsausschusses für den Bereinigungszeitraum 2016 beschließt der Bewertungsausschuss im 1. Quartal des Jahres 2017. Zu den für die Bearbeitung des Auftrags des Instituts des Bewertungsausschusses gemäß Nr. 4.6 Abs. 1 Satz 4 ggf. zusätzlich erforderlichen Datenlieferungen an das Institut des Bewertungsausschusses für Bereinigungszeiträume ab dem Jahr 2016 beschließt der Bewertungsausschuss abweichend hiervon bis zum 31. Oktober 2016.

11. Rechnungslegung

Die von den zuständigen Partnern der Gesamtverträge einvernehmlich festgestellten Bereinigungsvolumina gemäß den Nrn. 5 und 6 sind bei der Bemessung der von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu leistenden monatlichen Abschlagszahlungen sowie bei der Schlusszahlung zu berücksichtigen. Der Ausweis erfolgt über das Formblatt 3 sowie den Rechnungsbrief.

Die für eine Krankenkasse aufsummierten vertragspezifischen durchschnittlichen Bereinigungsmengen je Versicherten gemäß Nr. 7 sind jeweils für jedes Abrechnungsquartal von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Formblatt 3 auszuweisen.

12. Transparenzstelle zur Erfassung der Selektivverträge

Die durch die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses beim Institut des Bewertungsausschusses eingerichtete Transparenzstelle wird ab dem 1. Januar 2016 nicht mehr weitergeführt, da durch die Datenlieferungen gemäß Nr. 10 bereits eine umfassendere Transparenz hergestellt ist.

Protokollnotiz:

Der Bewertungsausschuss wird den vorliegenden Bereinigungsbeschluss bis zum 29. Februar 2016 mit dem Ziel einer Vereinfachung der Verfahren und Datenlieferungen mit Wirkung für den Bereinigungszeitraum ab dem Jahr 2017 überprüfen und bei Anpassungsbedarf weiterentwickeln.

Dabei wird er insbesondere prüfen, ob und wie folgende Verfahrensschritte vereinfacht werden können:

- die Rückbereinigung von Teilnehmern gemäß Nr. 5.4.2 unter Beachtung von § 73b Abs. 7 Satz 7 SGB V i. d. F. des GKV-VSG
- die Differenzbereinigung aufgrund von Änderungen des selektivvertraglichen Versorgungsumfangs gemäß der Liste L03 unter Beachtung von § 73b Abs. 7 Satz 3 SGB V i. d. F. des GKV-VSG
- die KV-übergreifende Bereinigung
- die Umsetzung der Möglichkeit einer pauschalen Ermittlung der Bereinigungsbeiträge gemäß § 73b Abs. 7 Satz 3 SGB V i. d. F. des GKV-VSG in Nr. 5.4.1.

Im Rahmen von Satz 1 wird auch die Aufnahme der Bereinigung aufgrund der Erweiterung der Ermächtigung der Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V i. d. F. des GKV-VSG geprüft.

Anlage

Datenschnittstellen zur Übermittlung von Daten zur Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs bei Beitritt eines Versicherten zu einem Selektivvertrag gemäß §§ 63, 73b und 140a SGB V an die Kassenärztlichen Vereinigungen und an die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene für das Jahr 2016

Anlage

zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015

Datenschnittstellen zur Übermittlung von Daten zur Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs bei Teilnahme eines Versicherten an einem Selektivvertrag ge- mäß §§ 63, 73b und 140a SGB V an die Kassenärztlichen Verei- nungen und an die Verbände der Krankenkassen auf Landesebene für das Jahr 2016

1. Umfang der Datenlieferung

Die den Selektivvertrag abschließenden bzw. die bereinigenden Krankenkassen übermitteln in der Frist gemäß Nr. 4.2 Ziffer 5 und 6 für das jeweilige Bereinigungsquartal die Daten zur Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund von Selektivverträgen gemäß §§ 63, 73b und 140a SGB V für die Bereinigungsquartale 1/2016 bis 4/2016 in den Satzarten L01 bis L10 an die betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen und ggf. an die zuständigen Verbände der Krankenkassen auf Landesebene.

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

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

Für den Fall, dass es in einem Quartal keine Neueinschreiber, keine Rückkehrer sowie Versicherte, für die eine Differenzbereinigung aufgrund der Liste L03 erfolgt, gibt, kann im Einvernehmen von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkasse auf die Lieferung der Satzarten L07, L09 und L10 verzichtet werden.

2. Übermittlungsweg, Kompression und Verschlüsselung

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

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

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

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

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

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

3. Dateibeschreibung

Die Daten sind jeweils in einer logischen Datei im CSV-Format mit variabler Nutzdatenlänge zu liefern. Es wird der Zeichensatz ISO 8859-1 verwendet. Jeder Datensatz steht in einer eigenen Zeile, die durch die Zeichenfolge CarriageReturn/LineFeed (Hexadezimalcode 0x0D 0x0A) abgeschlossen wird. Als Ganzzahltrennzeichen im Dezimalfor-

mat ist das Komma zu verwenden. Die Darstellung von numerischen und Dezimal-Daten erfolgt ohne Tausender-Punkt. Zeichenketten werden nicht durch Textbegrenzungszeichen eingeschlossen. Die einzelnen Datenfelder eines Datensatzes sind durch das Trennzeichen „#“ getrennt. Es sind keine Spaltenüberschriften zu liefern.

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

Folgende Dateinamenskongvention ist vorgesehen:

Vertragskennung_Satzart_Quartal_Kassensitz-IK_VKNR_Empfänger-KV_Version.Endung

Format:

CCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCC_CCC_JJJQ_CCCCCCCC_CCCC_CC_CCC.Endung

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

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

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

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

4. Satzart L01 – Vertragsstammdaten

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

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

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

5. Satzart L02 – Teilnehmende Vertragsärzte

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

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

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

6. Satzart L03 – Versorgungsauftrag gemäß EBM des Vorjahresquartals

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

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

7. Satzart L04 – Teilnehmende Versicherte

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

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

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

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
15	Teilnahmeende	M	8	numerisch	Teilnahmeende, bezogen auf den Versicherten, im Format JJJJMMTT. Das Teilnahmeende kann auch nach Ende des Bereinigungsquartals liegen; bei unbegrenzter Gültigkeit 99991231.
16	LANR des gewählten Arztes	K	9	alphanum.	LANR des gewählten Selektivvertragsarztes
17	BSNR des gewählten Arztes	K	9	alphanum.	BSNR des gewählten Selektivvertragsarztes
18	Neueinschreiberkennzeichen	M	1	numerisch	2: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, für ihn erfolgt nun eine Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste L03 1: der Versicherte hat im Vorjahresquartal noch nicht an diesem Selektivvertrag teilgenommen oder wurde nicht bereinigt 0: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, eine Differenzbereinigung erfolgt daher nicht

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

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

8. Satzart L05 – Korrigierte Teilnahmedaten (unter Berücksichtigung von Stornierungen)

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

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

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
08	Nachname	M	≤ 70	alphanum.	Nachname des teilnehmenden Versicherten
09	Geburtsdatum	M	8	numerisch	Geburtsdatum des teilnehmenden Versicherten, im Format JJJJMMTT
10	Geschlecht	M	1	numerisch	Geschlecht des teilnehmenden Versicherten 1 = männlich 2 = weiblich
11	Versichertenstatus	M	1	numerisch	Status des teilnehmenden Versicherten (erste Stelle) 1 = Mitglied 3 = Familienversicherter 5 = Rentner
12	PLZ	M	5	alphanum.	Postleitzahl des Wohnortes des teilnehmenden Versicherten im Bereinigungsquartal, inkl. führender Nullen. Für Wohnausländer ist anstelle der Postleitzahl die Zeichenfolge „AUSLA“ zu übermitteln.
13	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
14	Teilnahmebeginn	M	8	numerisch	Teilnahmebeginn, bezogen auf den Versicherten, im Format JJJJMMTT. Der Teilnahmebeginn kann auch vor Beginn des Bereinigungsquartals liegen.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
15	Teilnahmeende	M	8	numerisch	Teilnahmeende, bezogen auf den Versicherten, im Format JJJJMMTT. Das Teilnahmeende kann auch nach Ende des Bereinigungsquartals liegen; bei unbegrenzter Gültigkeit 99991231.
16	LANR des gewählten Arztes	K	9	alphanum.	LANR des gewählten Selektivvertragsarztes
17	BSNR des gewählten Arztes	K	9	alphanum.	BSNR des gewählten Selektivvertragsarztes
18	Neueinschreiberkennzeichen	M	1	numerisch	2: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, für ihn erfolgt nun eine Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste L03 1: der Versicherte hat im Vorjahresquartal noch nicht an diesem Selektivvertrag teilgenommen oder wurde nicht bereinigt 0: der Versicherte hat bereits im Vorjahresquartal an diesem Selektivvertrag teilgenommen und wurde bereinigt, eine Differenzbereinigung erfolgt daher nicht

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

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

9. Satzart L06 – Vertragsbezogene Gesamtbereinigungsdaten

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

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

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

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
11	Rückbereinigungs-betrag	M	13,1	dezimal	Für das <u>Bereinigungsquartal</u> gemäß Nr. 5.4.2 festgestellter Rückbereinigungsbetrag in Punkten für Versicherte, die im Vorjahresquartal am Selektivvertrag teilgenommen haben und im Abrechnungsquartal nicht mehr. Der festgestellte Rückbereinigungsbetrag ist mit vorweggestelltem Minuszeichen darzustellen.
12	Zu bereinigender Behandlungsbedarf für Neueinschreiber abzüglich Rückbereinigungsbetrag zuzüglich Differenzbereinigungsbetrag aufgrund einer Änderung der Liste L03 (Differenzbereinigungsbetrag)	M	13,1	dezimal	Für das Bereinigungsquartal aktuell berechneter zu bereinigender Behandlungsbedarf für Neueinschreiber gemäß Nr. 5.4.1 in Punkten abzüglich des für das <u>Bereinigungsquartal</u> gemäß Nr. 5.4.2 festgestellten Rückbereinigungsbetrag in Punkten für Versicherte, die im Vorjahresquartal am Selektivvertrag teilgenommen haben und im Abrechnungsquartal nicht mehr zuzüglich des gemäß Nr. 5.3 ermittelten Differenzbereinigungsbetrags aufgrund einer Änderung der Liste L03.
13	Leistungsbedarfs-abgrenzung	M	1	dezimal	1 = Wohnort-KV der Versicherten stimmt mit Sitz des Arztes, bei dem diese sich eingeschrieben haben, überein und die Kennwerte 06 bis 12 beziehen sich nur auf die bereichseigenen Leistungen dieser Versicherten 2 = Wohnort-KV der Versicherten stimmt nicht mit Sitz des Arztes, bei dem diese sich eingeschrieben haben, überein und die Kennwerte 06 bis 12 sind entsprechend der Vereinbarung zur KV-übergreifenden Bereinigung gemäß Nr. 4.5 abgegrenzt 3 = Wohnort-KV der Versicherten stimmt mit Sitz des Arztes, bei dem diese sich eingeschrieben haben, überein und die Kennwerte 06 bis 12 beziehen sich auf die bereichseigenen und bereichsfremden Leistungen dieser Versicherten
14	Differenzbereini-gung des Behand-lungsbedarfs auf-grund einer Ände-rung der Liste L03	M	13,1	dezimal	Für das Bereinigungsquartal gemäß Nr. 5.3 aktuell berechneter zu bereinigender Be-handlungsbedarf in Punkten für die Diffe-renzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste L03. Negative Werte sind mit vorweggestelltem Minuszeichen darzustellen.

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

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

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

10. Satzart L07 – Versichertenbezogene Bereinigungsdaten

Dateiumfang:
Abgrenzung: Vor Beginn des jeweiligen Bereinigungsquartals ist zusätzlich zur Satzart L06 für jeden Neueinschreiber und Rückkehrer sowie Versicherte, für die nun eine Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste L03 erfolgt, in der Satzart L07 ein Datensatz zu liefern.
Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 06 eindeutig identifiziert.

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

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
07	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
08	Bereinigungsrelevanter, versorgungsauftragsspezifischer Leistungsbedarf für Neueinschreiber	K	13,2	dezimal	<u>Für das Bereinigungsquartal</u> aktuell berechneter, historischer versorgungsauftragsspezifischer Leistungsbedarf gemäß Nr. 5.4.1 lit. a) bis d) in Euro, falls es sich um einen Neueinschreiber handelt, ansonsten 0. Die in Punkten bewerteten Leistungen sind mit dem regionalen Punktwert des Vorjahresquartals gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen.
09	Zu bereinigender Behandlungsbedarf für Neueinschreiber	M	13,1	dezimal	<u>Für das Bereinigungsquartal</u> aktuell berechneter zu bereinigender Behandlungsbedarf gemäß Nr. 5.4.1 in Punkten, falls es sich um einen Neueinschreiber handelt, ansonsten 0.
10	Zu bereinigender Behandlungsbedarf für Versicherte, für die Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste L03 erfolgt	M	13,1	dezimal	<u>Für das Bereinigungsquartal</u> gemäß Nr. 5.3 aktuell berechneter zu bereinigender Behandlungsbedarf in Punkten, falls es sich um Versicherte handelt, für die Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste L03 erfolgt, ansonsten 0. Negative Werte sind mit vorweggestelltem Minuszeichen darzustellen.

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenenschaft	Inhalt/Erläuterung
11	Leistungsbedarfsabgrenzung	M	1	dezimal	1 = Wohnort-KV des Versicherten stimmt mit Sitz des Arztes, bei dem dieser sich eingeschrieben hat, überein und die Kennwerte 08 bis 10 beziehen sich nur auf die bereichseigenen Leistungen dieses Versicherten 2 = Wohnort-KV des Versicherten stimmt nicht mit Sitz des Arztes, bei dem dieser sich eingeschrieben hat, überein und die Kennwerte 08 bis 10 sind entsprechend der Vereinbarung zur KV-übergreifenden Bereinigung gemäß Nr. 4.5 abgegrenzt 3 = Wohnort-KV des Versicherten stimmt mit Sitz des Arztes, bei dem dieser sich eingeschrieben hat, überein und die Kennwerte 08 bis 10 beziehen sich auf die bereichseigenen und bereichsfremden Leistungen dieser Versicherten
12	Rückbereinigungsbetrag	M	13,1	dezimal	Für das <u>Bereinigungsquartal</u> gemäß Nr. 5.4.2 festgestellter Rückbereinigungsbetrag in Punkten, falls der Versicherte im Vorjahresquartal am Selektivvertrag teilgenommen hat und im Abrechnungsquartal nicht mehr, ansonsten 0. Der festgestellte Rückbereinigungsbetrag ist mit vorweggestelltem Minuszeichen darzustellen.
13	Ersatzwertkennzeichen	M	1	dezimal	1: falls es sich um einen Neueinschreiber handelt, bei dem das Ersatzwertverfahren gemäß Nr. 5.4.1 lit. b) zum Einsatz kam 2: falls es sich um einen Neueinschreiber handelt, bei dem ein Ersatzwert gemäß Nr. 5.4.1 vorletzter Absatz zum Einsatz kam 8: falls es sich um eine Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste L03 handelt 9: falls es sich um einen Rückkehrer handelt 0: sonst
14	Bereinigungsquartal eines Rückkehrers	K	5	numerisch	Quartal, in dem die für dieses Bereinigungsquartal relevante MGVBereinigung für den Rückkehrer stattgefunden hat, im Format JJJJQ Für den Fall, dass es sich nicht um einen Rückkehrer handelt, ist dieses Feld leer zu lassen („NULL“).

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

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

11. Satzart L08 – Versorgungsauftrag gemäß EBM des Bereinigungsquartals

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

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
00	Satzart	M	3	alphanum.	konstant "L08"
01	Bereinigungsquartal	M	5	numerisch	Bereinigungsquartal im Format JJJJQ
02	Vertragskennung	M	≤ 25	alphanum.	Eindeutige Vertragskennung der Krankenkasse aus SA L01
03	Kassensitz-IK	M	9	alphanum.	Institutionskennzeichen der Krankenkasse (Kassensitz-IK) aus SA L01
04	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten im Bereinigungsquartal (KV, in welcher die Bereinigung vorgenommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
05	GOP	M	≤ 8	alphanum.	Dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag vollständig entsprechende Gebührenordnungsposition des EBM des Bereinigungsquartals für Leistungen und Kostenerstattungen <u>innerhalb</u> der für das Bereinigungsquartal regional vereinbarten MGV, linksbündig.

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

Dateiumfang:
<p>Abgrenzung: Für jeden Selektivvertrag ist vor Beginn des jeweiligen Bereinigungsquartals je Krankenkasse, Neueinschreiber oder Bestandsteilnehmer mit Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste L03, Wohnort-KV, Behandlungsdatum, GOP, Arztpraxis bzw. (Neben-)Betriebsstätte und Arzt ein Datensatz zu liefern. Es sind nur Versicherte mit aktuellem Wohnsitz im Bereich derjenigen Kassenärztlichen Vereinigung einzubeziehen, in der die Bereinigung vorgenommen wird. Der historische Leistungsbedarf dieser Versicherten ist nur zu übermitteln, wenn der Versicherte im Vorjahresquartal bei der bereinigenden Krankenkasse versichert war und in der von der Bereinigung betroffenen Kassenärztlichen Vereinigung wohnte.</p> <p>Primärschlüssel: Der Datensatz wird nur dann durch die Kombination der Felder 01 bis 11 mit 14 bis 16 eindeutig identifiziert, wenn die Felder 14 bis 16 nicht leer übermittelt werden.</p>

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

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

Feld Nr	Feld	Feldart	Anzahl Stellen	Feldeigenschaft	Inhalt/Erläuterung
11	GOP	M	≤ 8	alphanum.	Im Vorjahresquartal für den Selektivvertrags- teilnehmer abgerechnete, dem selektivver- traglichen Versorgungsauftrag vollständig entsprechende Gebührenordnungsposition für Leistungen und Kostenerstattungen <u>in- nerhalb</u> der für das Bereinigungsquartal re- gional vereinbarten MGV, linksbündig.
12	Anzahl	M	≤ 5	numerisch	Häufigkeit des GOP-Ansatzes
13	Summe Leistungsbe- darf	M	13,2	dezimal	Summe des auf den GOP-Ansatz entfallen- den Leistungsbedarfs in Euro. Die in Punkten bewerteten Leistungen sind mit dem regionalen Punktwert des Vorjah- resquartals gem. § 87a Abs. 2 Satz 1 SGB V in Euro umzurechnen.
14	BSNR / NBSNR	M	9	alphanum.	(Neben-)Betriebsstättennummer des ab- rechnenden Arztes, wie historisch von der KV geliefert (leer bei Ärzten, die ihren Sitz außerhalb der Wohnort-KV des Versicherten gemäß Feld 07 haben)
15	LANR	M	7	alphanum.	Erste 7 Stellen der lebenslangen Arztnum- mer des abrechnenden Arztes, wie historisch von der KV geliefert (leer bei Ärzten, die ihren Sitz außerhalb der Wohnort-KV des Versicherten gemäß Feld 07 haben)
16	LANR-Arztgruppen- schlüssel	M	2	alphanum.	Ziffern 8 und 9 der LANR des abrechnenden Arztes, wie historisch von der KV geliefert (bei Ärzten, die ihren Sitz außerhalb der Wohnort-KV des Versicherten gemäß Feld 07 haben, kann die Kasse dieses Feld optional mitliefern, anderenfalls ist das Feld leer zu lassen)
17	Leistungsbedarfsab- grenzung	M	1	dezimal	1 = Wohnort-KV des Versicherten stimmt mit Sitz des Arztes, bei dem dieser sich einge- schrieben hat, überein und die Kennwerte 12 und 13 beziehen sich nur auf die bereichsei- genen Leistungen dieses Versicherten 2 = Wohnort-KV des Versicherten stimmt nicht mit Sitz des Arztes, bei dem dieser sich eingeschrieben hat, überein und die Kenn- werte 12 und 13 sind entsprechend der Ver- einbarung zur KV-übergreifenden Bereini- gung gemäß Nr. 4.5 abgegrenzt 3 = Wohnort-KV des Versicherten stimmt mit Sitz des Arztes, bei dem dieser sich einge- schrieben hat, überein und die Kennwerte 12 und 13 beziehen sich auf die bereichsei- genen und bereichsfremden Leistungen dieser Versicherten

13. Satzart L10 –Versichertenhistorie

Dateiumfang:
<p>Abgrenzung: Für jeden Neueinschreiber und Rückkehrer sowie Versicherte, für die nun eine Differenzbereinigung aufgrund einer Änderung der Liste L03 erfolgt (abgegrenzt gemäß Feld 18 aus Satzart L04), sind vor Beginn des jeweiligen Bereinigungsquartals sämtliche im Vorjahresquartal des Bereinigungsquartals bzw. bei Rückkehrern im ursprünglichen Bereinigungsquartal gültige Versichertennummern in Verbindung mit dem zugehörigen historischen IK auf der Krankenversichertenkarte zu liefern.</p> <p>Primärschlüssel: Der Datensatz wird durch die Kombination der Felder 01 bis 09 eindeutig identifiziert.</p>

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

Feld Nr	Feld	Feld-art	Anzahl Stellen	Feldeigen-schaft	Inhalt/Erläuterung
07	Wohnort-KV	M	2	alphanum.	Nr. der Kassenärztlichen Vereinigung am Wohnort des Versicherten <u>im Bereini-gungs-quartal</u> (KV, in welcher die Bereini-gung vor-genommen wird) 01 = Schleswig-Holstein 02 = Hamburg 03 = Bremen 17 = Niedersachsen 20 = Westfalen-Lippe 38 = Nordrhein 46 = Hessen 51 = Rheinland-Pfalz 52 = Baden-Württemberg 71 = Bayerns 72 = Berlin 73 = Saarland 78 = Mecklenburg-Vorpommern 83 = Brandenburg 88 = Sachsen-Anhalt 93 = Thüringen 98 = Sachsen
08	Historische Versiche- tennummer	M	≤ 12	alphanum.	Jede historische Versichertennummer, wel-che dem durch die Versichertennummer(n) bzw. PersonenID in den Feldern 04 bis 06 identifizierbaren Versicherten im Vorjahres-quartal bzw. bei Rückkehrern im ursprüngli-chen Bereini-gungsquartal zugeordnet wer-den kann, inkl. führender Nullen.
09	Historisches KVK- IK	M	9	alphanum.	Historisches Institutionskennzeichen auf der Krankenversichertenkarte, welches der his-torischen Versichertennummer in Feld 08 zu-geordnet werden kann.
10	Rückkehrerkenn- zeichen	M	1	dezimal	1: falls es sich um einen Neueinschreiber handelt 8: falls es sich um eine Differenzbereini-gung aufgrund einer Änderung der Liste L03 han-delt 9: falls es sich um einen Rückkehrer handelt

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 360. Sitzung am 19. August 2015 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 2016 mit Wirkung zum 19. August 2015

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen – mit Ausnahme der Bereinigung aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung, die gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 separat geregelt ist – mit Wirkung für das Jahr 2016.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Der Bewertungsausschuss führt mit dem vorliegenden Beschluss seine für das Jahr 2015 durch Beschluss in der 333. Sitzung am 20. August 2014, Teil B, getroffenen Vorgaben zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund von Verträgen gemäß §§ 63, 73b und 140a SGB V mit Anpassungen auch mit Wirkung für das Jahr 2016 fort. Der Beschluss wird befristet mit Wirkung für das Jahr 2016 gefasst, da der Bewertungsausschuss gemäß der Protokollnotiz bis zum 29. Februar 2016 seine Vorgaben mit Wirkung für den Bereinigungszeitraum ab dem Jahr 2017 weiterentwickeln und dabei gegebenenfalls die in der Protokollnotiz benannten Verfahrensschritte vereinfachen möchte. Dabei wird auch die Aufnahme der Bereinigung aufgrund der Erweiterung der Ermächtigung der Hochschulambulanzen nach § 117 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V i. d. F. des GKV-VSG geprüft.

Wesentliche Änderungen der Vorgaben für das Jahr 2016 gegenüber dem Vorjahr betreffen Anpassungen an das GKV-VSG sowie eine Modifikation der Bereinigungslogik.

Die Vorgaben zur Bereinigung unterscheiden sich nunmehr in Abhängigkeit davon, ob sich der Versorgungsauftrag eines Selektivvertrages an Versicherte richtet, die entsprechende Leistungen in der Regel bereits im Vorjahresquartal der erstmaligen Teilnahme in Anspruch genommen haben (Nr. 5) oder nicht (Nr. 6), da hiervon abhängt, ob zur Ermittlung des Bereinigungsbetrages grundsätzlich auf den Umfang der individuellen Leistungsanspruchnahme der Teilnehmer im Vorjahresquartal der erstmaligen Teilnahme zurückgegriffen werden kann oder anders berechnete Durchschnitte verwendet werden müssen.

Darüber hinaus unterscheidet sich die Art der Durchschnittsberechnung in Nr. 6 in Abhängigkeit davon, ob der Versorgungsauftrag eine auf Dauer ausgelegte Versorgung der Teilnehmer innerhalb des Selektivvertrages umfasst (Nr. 6.2) oder nicht (Nr. 6.1). Beim Verfahren nach Nr. 6.1 wird bei der Berechnung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge auf historische bereinigungsrelevante Leistungsbedarfe der Versicherten zurückgegriffen, für die im betreffenden Quartal eine Versorgung gemäß dem selektivvertraglichen Versorgungsauftrag erfolgte. Beim Verfahren nach Nr. 6.2 wird bei der Berechnung der durchschnittlichen Bereinigungsmenge auf historische bereinigungsrelevante Leistungsbedarfe aller Versicherten zurückgegriffen, wobei eine Differenzierung nach geeigneten Kriterien zur Risikoadjustierung wie Indikationen, Alter und Geschlecht vorgenommen werden kann.

Weiterhin enthält der Beschluss in Nr. 4.7 Verfahrensvorgaben gemäß §§ 64 Abs. 3 sowie 140a Abs. 6 SGB V i. d. F. des GKV-VSG für Fälle, in denen eine Krankenkasse für Verträge nach §§ 63 und 140a SGB V i. d. F. des GKV-VSG auf die Bereinigung verzichten kann, da das voraussichtliche Bereinigungsvolumen geringer ist als der Aufwand zur Durchführung der Bereinigung. Das Verfahren, für welches kein Bereinigungsvertrag abgeschlossen werden muss, sieht vor, dass eine Krankenkasse freiwillig auf die Bereinigung so lange verzichten kann, wie das voraussichtliche Bereinigungsvolumen je Kassenärztlicher Vereinigung, Quartal und Selektivvertrag einen Schwellenwert von 5.000 € in keinem Quartal zuvor oder erstmals höchstens drei Quartale zuvor überschritten hat. Diese zweiteilige Bedingung bewirkt, dass einerseits keine Rückkehr zum Bereinigungsverzicht mehr möglich ist, sobald ein formales Bereinigungsverfahren aufgenommen wurde, und dass andererseits den Verhandlungspartnern zur Abstimmung und Aufnahme des formalen Bereinigungsverfahrens drei Quartale Zeit bleiben.

Das voraussichtliche Bereinigungsvolumen in Nr. 4.7 wird von der Krankenkasse jeweils durch Multiplikation der tatsächlichen Teilnehmerzahl mit der Summe der Bewertungen der Gebührenordnungspositionen, die den selektivvertraglichen Versorgungsauftrag abbilden, ermittelt. Die Gebührenordnungspositionen sind in der Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sowie ggf. anteilig heranzuziehen. Die Übermittlung der tatsächlichen Teilnehmerzahlen sowie der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina an die regionalen Gesamtvertragspartner erfolgt bis spätestens zehn Wochen nach Quartalsende über den GKV-Spitzenverband und das Institut des Bewertungsausschusses; rechtliche Grundlage hierfür ist § 87a Abs. 6 SGB V. Der Bewertungsausschuss verpflichtet sich, Näheres zu dieser Datenübermittlung bis zum 30. September 2015 zu beschließen.

Die Berücksichtigung der voraussichtlichen Bereinigungsvolumina bei einem Bereinigungsverzicht gemäß Nr. 4.7 erfolgt im Rahmen der Bestimmung der kassenspezifischen Aufsatzwerte abweichend vom Verfahren in Beschluss Teil A des Bewertungsausschusses in seiner 333. Sitzung am 20. August 2014, indem bei der Ermittlung des vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs des Vorjahresquartals alle in einer Kassenärztlichen Vereinigung vorliegenden voraussichtlichen Bereinigungsvolumina in Abzug gebracht werden. Nach Aufteilung auf die einzelnen Krankenkassen wird für jede Krankenkasse das jeweilige voraussichtliche Bereinigungsvolumen eines Vertrages wieder zugesetzt, es sei denn, eine Kassenärzt-

liche Vereinigung verzichtet bei Beträgen unterhalb von jeweils 500 € freiwillig darauf, weil der Aufwand hierfür höher erscheint.

Neben diesen Anpassungen werden in den Nummern 2 bis 4 insbesondere folgende Detailänderungen an den bisherigen Verfahrensvorgaben vorgenommen:

Aufgrund der Vorgaben durch das GKV-VSG wurde die Möglichkeit der Schiedsamtanrufung bei Nichtzustandekommen eines Bereinigungsvertrags auf alle Partner der Verträge nach §§ 63 und 73b SGB V erweitert.

Um eine lückenlose Bereinigung zu gewährleisten, gelten bereits bestehende Bereinigungsverträge solange weiter, bis die Partner einen neuen Vertrag nach dem vorliegenden Beschluss gefasst haben.

Für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnsitz im Ausland erfolgt eine Bereinigung genau dann, wenn Wohnausländer bei der jeweiligen Krankenkasse in der KV, in der die Bereinigung vorgenommen werden soll, innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden.

Der Bereinigungsvertrag kann eine Einschränkung auf bereinigungsrelevante Fachgruppen vorsehen; diese ist bei der Ermittlung der Bereinigungsmengen und der nicht vertragskonformen Inanspruchnahme zu berücksichtigen.

Von an Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten veranlasste Laborleistungen können bei Erbringung durch bestimmte Fachgruppen bereinigt werden.

Für Leistungen im Rahmen eines durch die Kassenärztliche Vereinigung sichergestellten Notdienstes erfolgt keine Bereinigung.

Da die Umsetzung der Bereinigung zu den gesetzlichen Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen zählt, kann gemäß Begründung des GKV-VSG für den damit verbundenen Verwaltungsaufwand gegenüber den Krankenkassen kein Aufwandsersatz geltend gemacht werden.

Den Partnern des Bereinigungsvertrags wird die Möglichkeit eingeräumt, zur fristgerechten Umsetzung der Bereinigung eine vorläufige Datenlieferung oder ein pauschales Abschlagsverfahren mit späterer Spitzrechnung zu verwenden. Falls lediglich die Fortschreibungsfaktoren nicht vollumfänglich bekannt sind, sind diese im Rahmen der vorläufigen Bereinigung nicht zu berücksichtigen, um den Abstimmungsbedarf zu reduzieren.

Im Falle der Beendigung eines Selektivvertrags ohne Abschluss eines Anschlussvertrags erfolgt in den folgenden vier Quartalen eine Rückbereinigung. Hierzu sind, sofern keine andere Vereinbarung erfolgt, die notwendigen Daten zu liefern.

Die Partner der Bereinigungsverträge beobachten die Auswirkungen der Bereinigung auf die kollektivvertragliche Versorgung und prüfen den Umgang mit ggf. stattfindenden nicht gewünschten Belastungen.

Auf die Anrufung des Schiedsamts bei nicht fristgemäß abgeschlossenen Verhandlungen zum Bereinigungsvertrag kann einvernehmlich verzichtet werden, wenn die Verhandlungen mit Abschlussabsicht weitergeführt werden. In diesem Fall erfolgt eine vorläufige Bereinigung mit späterer Spitzrechnung. Bei einer Nichteinigung ist das Schiedsamt hinsichtlich der vorläufig bereinigten Quartale anzurufen.

Bei Nichtzustandekommen eines Folgebereinigungsvertrags gilt das für das Vorjahr vereinbarte Verfahren ohne Berücksichtigung der für das aktuelle Bereinigungsquartal gültigen Fortschreibungsfaktoren zunächst fort. Dies verschafft ggf. mehr Zeit zur Vereinbarung eines Folgebereinigungsvertrags.

Die Krankenkasse hat für das Verfahren nach Nr. 5 die Daten bis zu drei Wochen vor Quartalsbeginn zu liefern; zur Vereinfachung der Honorarbereinigung können die Partner des Bereinigungsvertrags jedoch einvernehmlich ein Vorziehen der Frist vereinbaren. Zudem sollte zur Beschleunigung der Prüfung gemäß Nr. 5.1 zusätzlich eine vorläufige Bereinigungsdatenlieferung bereits fünf Wochen vor Beginn des Bereinigungsquartals auf Basis der bis dahin bekannten, am Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten, vereinbart werden. In diesem Fall kann die bereinigende Krankenkasse verlangen, dass die Abstimmung der Datengrundlagen gemäß Nr. 5.1 auf Grundlage dieser Lieferung erfolgt; verlangt sie dies nicht, ist die Lieferung nach Satz 1 Grundlage für die Abstimmung gemäß Nr. 5.1. Für Verfahren nach Nr. 6.1 bzw. Nr. 6.2 beträgt die Frist zur Lieferung der Teilnehmerdaten zehn Wochen nach Quartalsende bzw. fünf Wochen vor Quartalsende; auch hier können jeweils einvernehmlich abweichende Fristen vereinbart werden.

Korrigierte Teilnehmerdaten können für das Verfahren nach Nr. 5, sofern nicht von der Möglichkeit des Verzichts Gebrauch gemacht wird, bis zehn Arbeitstage vor Ende des zu bereinigenden Quartals geliefert werden.

Im Rahmen der KV-übergreifenden Bereinigung nach Nr. 4.5 können für Neueinschreiber pauschale Beträge vereinbart werden. Dabei ist insbesondere die Verwendung der Neueinschreiber-Durchschnittsbeträge aus der Vertrags-KV zu prüfen. Aufgrund des GKV-VSG wurde der Hinweis aufgenommen, dass die Krankenkasse verlangen kann, dass ab dem Quartal 3/2016 in einer abweichenden Wohnort-KV für Verträge nach §§ 73b und 140a SGB V i. d. F. des GKV-VSG das Verfahren der Vertrags-KV umgesetzt wird. Dabei ist nicht zwingend eine unveränderte Übernahme von Durchschnittsbeträgen aus der Vertrags-KV impliziert. Verlangt eine Krankenkasse die Umsetzung des Verfahrens der Vertrags-KV für bereits bestehende Selektivverträge, ist zur Gewährleistung der technischen Umsetzung ein Vorlauf von drei Quartalen einzuhalten.

Die Möglichkeit der deklaratorischen Bereinigung nach Nr. 4.6 wird um den Hinweis ergänzt, dass unbeteiligte Krankenkassen nicht benachteiligt werden dürfen. Außerdem wird das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, über den Umfang der deklaratorischen Bereinigung und eventuelle Auswirkungen auf die kassenspezifischen Behandlungsbedarfe jährlich bis zum 1. August zu berichten. In Nr. 10 wird hierzu ein bis zum 31. Oktober 2016 zu fassender Beschluss zu evtl. weiteren Datenlieferungen angekündigt.

In Nr. 8 wird die kassenseitige Frist zur Prüfung der Datenlieferung bei Inanspruchnahme bereinigungsrelevanter Leistungen im Kollektivvertrag durch Selektivvertrags Teilnehmer auf zehn Arbeitstage festgelegt, wobei diese Frist bei Berücksichtigung bereichseigener und bereichsübergreifender Leistungen frühestens nach Ablauf der bundesmantelvertraglich vereinbarten Lieferfrist von fünf Monaten nach Ablauf des jeweiligen Bereinigungsquartals beginnt, um einen planbaren Prüfbeginn auch bei vorzeitigen Datenlieferungen bereichsübergreifender EFN-Daten zu gewährleisten.

In Nr. 9 erfolgt die redaktionelle Klarstellung, dass in der Satzart L10 auch Rückkehrer und ggf. Bestandsteilnehmer aufzuführen sind und dass in der Satzart L02, falls die Anzahl der Teilnehmer je Arzt angegeben wird, dabei nur Teilnehmer mit Wohnort in der zu bereinigenden KV zu zählen sind. Für Bereinigungsverfahren nach Nr. 6 verständigen sich die Partner des Bereinigungsvertrags jeweils auf die zu übermittelnden Daten.

In Nr. 10 wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen als mögliche Datenlieferanten gemäß § 87 Abs. 3f SGB V ergänzt, da diese aktuell gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 40. Sitzung am 25. Juni 2014 die Satzart 014 zur Verfügung stellen.

In Nr. 12 wird festgelegt, dass die Transparenzstelle beim Institut des Bewertungsausschusses nicht mehr weitergeführt wird, da die Datenlieferungen nach Nr. 10 bereits eine wesentlich umfangreichere und vollständigere Datengrundlage zur Gewährleistung von Transparenz sicherstellen.

Hinsichtlich der Satzarten der Anlage wurden neben Feldlängen lediglich in der Satzart L01 in den Erläuterungen zu Feld 6 die Gesetzesverweise aktualisiert, in der Satzart L02 in Feld 12 eine Folgeänderung aus der Ergänzung in Nr. 9 lit. b) vorgenommen und in der Satzart L07 für das Feld 13 die Ausprägung 2 zur Kennzeichnung einer Anwendung des Ersatzwertverfahrens nach Nummer 4.5.1, vorletzter Absatz, ergänzt.

3. Inkrafttreten

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 19. August 2015 in Kraft.