

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 581. Sitzung am 26. Januar 2022

Teil A

**zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 10 SGB V für ein
Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach § 87a Abs. 3
Satz 7 SGB V um die bisher nicht berücksichtigten Leistungs-
mengen der in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 5 und 6 SGB V genann-
ten Leistungen**

mit Wirkung zum 1. Juli 2021

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 3 Satz 10 SGB V Vorgaben zum Korrekturverfahren einschließlich der Korrekturbeträge, um die die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung basiswirksam für jede Kassenärztliche Vereinigung zusätzlich zur bisher erfolgten Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V zu bereinigen ist. Der vorliegende Beschluss bestimmt das Verfahren zur Berechnung der Höhe dieser Korrekturbeträge. Die Berechnungen führt das Institut des Bewertungsausschusses durch.

1 Zeitraum der Bereinigungskorrektur und zeitliche Vorgaben

Das Korrekturverfahren erfolgt für sechs Quartale (Korrekturquartale), beginnend mit dem Quartal 3/2021.

2 Abgrenzung der zu berücksichtigenden MGV-Leistungen

2.1 Abgrenzung der MGV-Leistungen bei der Ermittlung der zu bereinigenden Leistungsmenge der Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V (Neupatienten)

Es werden zunächst alle Gebührenordnungspositionen (differenziert nach ggf. vorhandenen Suffixen) berücksichtigt, die mit der Satzart ARZTRG87aKA für das zweite Quartal 2021 übermittelt wurden. Für jede dieser Gebührenordnungspositionen wird getrennt nach KV-Bezirken (Feld „Gesamtvertragszuständige KV“) ein Faktor berechnet, der den Anteil der Leistungsmenge misst, die innerhalb der MGV vergütet wird. In den weiteren Schritten des vorliegenden Beschlussteils werden die jeweiligen Leistungsmengen mit diesem KV- und GOP-spezifischen Faktor multipliziert, um die Leistungsmenge zu bestimmen, die gemäß der aktuellen regionalen MGV-Abgrenzung innerhalb der MGV vergütet wird.

Dieser KV- und GOP- spezifische Faktor wird berechnet, indem in den genannten Daten nach Absatz 1 die Summe der Leistungsmengen der GOP, die mit der Belegung im Feld „MGV_EGV_Kennzeichen“ als MGV-Leistung gekennzeichnet sind, durch die Summe der Leistungsmengen aller Abrechnungen dieser Gebührenordnungsposition dividiert wird. Im Dividend dieses Quotienten ist auch die Leistungsmenge solcher Abrechnungen von Gebührenordnungspositionen enthalten, die zwar nicht als MGV-Leistung gekennzeichnet sind, aber sowohl gemäß dem Leistungssegmentkennzeichen (Ausprägung „TSVG“ in den Daten nach Absatz 1) in einer TSVG-Konstellation erbracht worden sind, als auch gemäß den bundeseinheitlichen Empfehlungen des Bewertungsausschusses im jeweiligen Korrekturquartal innerhalb der MGV vergütet werden. Umgekehrt geht die Leistungsmenge solcher Abrechnungen von Gebührenordnungspositionen nicht in den Dividend dieses Quotienten ein, die zwar als MGV-Leistung gekennzeichnet sind, aber sowohl gemäß der NVA-Kennzeichnung (Feld „NVA_Kennzeichen“ in den Daten nach Absatz 1) als Corona-NVA-Leistung gekennzeichnet sind, als auch gemäß den bundeseinheitlichen Empfehlungen des Bewertungsausschusses im jeweiligen Korrekturquartal außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden.

Für jedes Korrekturquartal wird die Liste der Gebührenordnungspositionen aus Absatz 1 ergänzt um die historischen Gebührenordnungspositionen, die im zweiten Quartal 2021 nicht, aber in anderen Quartalen, auf die im vorliegenden Beschluss Bezug genommen wird, in den Daten der Satzart ARZTRG87aKA enthalten sind und die gemäß den bundeseinheitlichen Empfehlungen des Bewertungsausschusses für dieses Korrekturquartal innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden. Für die so ergänzten Gebührenordnungspositionen wird der Faktor aus Absatz 2 auf eins gesetzt.

Für alle Gebührenordnungspositionen der Kapitel 25 und 32 des EBM sowie des Abschnitts 40.15 des EBM wird der Faktor aus Absatz 2 auf null gesetzt.

In Euro bewertete Leistungen werden mittels regionalem Punktwert des jeweiligen Quartals in Punkte umgerechnet.

2.2 Abgrenzung der MGV-Leistungen bei der Ermittlung der MGV-Leistungsmenge zum Zweck der Hochrechnung und Fortschreibung der zu bereinigenden Leistungsmenge der Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 5 und 6 SGB V

Die Abgrenzung der MGV-Leistungen erfolgt grundsätzlich wie in Abschnitt 2.1. Abweichend vom Vorgehen in Abschnitt 2.1 wird der KV- und GOP-spezifische Faktor aus Abschnitt 2.1 Absatz 2 für alle Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32 des EBM nicht auf null gesetzt.

Außerdem werden ab dem dritten Quartal 2021 gekennzeichnete Corona-NVA-Leistungen gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 537. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in seiner 578. Sitzung am 15. Dezember 2021 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen wie innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütete Leistungen behandelt, insoweit diese gemäß den Beschlüssen des Bewertungsausschusses in seiner 540. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) und in seiner 581. Sitzung am 26. Januar 2022 bzw. entsprechenden Folgebeschlüssen mit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung verrechnet wurden (Minimum aus der Menge der gekennzeichneten NVA-Leistungen und dem gemäß Verrechnungsbeschlüssen bestimmten Unterschreitungsbeitrag).

3 Datengrundlage

Es werden die folgenden Daten verwendet:

- bundesweite Versichertenstichprobe (Geburtstagsstichprobe/GSP) für die Berichtsjahre 2016 bis 2020 gemäß Abschnitt II. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 389. Sitzung am 21. Februar 2017, sowie gemäß Abschnitt II. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 514. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Stand der Qualitätssicherung vom 16. Dezember 2021
- anlassbezogen um Merkmale angereicherte bundesweite Versichertenstichprobe (Geburtstagsstichprobe/GSPA) für die Berichtsjahre 2016 bis 2020 gemäß

Abschnitt II. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015, gemäß Abschnitt II. des Beschlusses des Bewertungsausschusses (Teil A) in seiner 554. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie gemäß Abschnitt II. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 577. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) mit Stand der Qualitätssicherung vom 16. Dezember 2021

- anlassbezogene Abrechnungsstatistik der arztseitigen Rechnungslegung (AST-Daten) für die Berichtsjahre 2016 bis 2020 gemäß Abschnitt III. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015, gemäß Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 373. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 61. Sitzung am 29. März 2019, sowie gemäß Abschnitt III. des Beschlusses des Bewertungsausschusses (Teil A) in seiner 554. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung); die in diesen Daten berichtete Abrechnungsgruppe der Ärzte wird mit den Daten gemäß Anlage 1 in TSVG-Arztgruppen überführt; Ärzte mit Abrechnungsgruppen, die nicht in Anlage 1 aufgeführt sind, bleiben unberücksichtigt
- pseudonymisierte Betriebsstättennummern von Neu- und Bestandspraxen (Sonderdatenlieferung der Kassenärztlichen Vereinigungen) für die Berichtsquartale 4/2018 bzw. 4/2019 gemäß Abschnitt III. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 577. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
- Daten der arztseitigen Rechnungslegung (Satzarten ARZTRG87aKA, ARZTRG-87aKA_IK) für die Berichtsquartale 1/2017 bis 3/2020, 2/2021 und für die Korrekturquartale nach Abschnitt 1 gemäß Abschnitt III. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch Teil C des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 389. Sitzung am 21. Februar 2017, sowie gemäß Abschnitt III. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 514. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
- anlassbezogene Daten der arztseitigen Rechnungslegung (Satzart ARZTRG-87aKA_TAMG) für die Korrekturquartale nach Abschnitt 1 gemäß Abschnitt I. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 577. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)
- arztgruppenspezifische Auszahlungsquoten (Satzart AUSZQ) für die Berichtsquartale 3/2018 bis 3/2019 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 443. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

- Daten zur Evaluation der Umsetzung des TSVG (Tabelle TSVG_B) für die Berichts quartale 3/2019 bis 3/2020 gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 466. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) unter Berücksichtigung der Korrekturlieferungen für die Berichts quartale 3/2019 bis 2/2020 vom 24. August 2021
- Versichertenzahlen (Satzarten ANZVER87a_IK, ANZVER87a_SUM) für die Berichts quartale 3/2020 bis 4/2021 gemäß Abschnitt VII. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 437. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 514. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), sowie gemäß Teil D des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 438. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 515. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Sofern nicht explizit darauf hingewiesen wird, wird in allen Berechnungen der KV-Bezirk entsprechend der gesamtvertragszuständigen KV verwendet.

4 Ermittlung der KV- und quartalsspezifischen Anteile der zu bereinigenden Leistungsmenge der Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V (Neupatienten) an der MGV-Leistungsmenge im Jahr 2018

4.1 Abgrenzung der Arztgruppenfälle von Neupatienten (Neupatientenfall) für die Quartale des Jahres 2018

4.1.1 Arztgruppenfall

Einen Arztgruppenfall bilden im vorliegenden Kontext alle Leistungen, die in einem Quartal in einer Arztpraxis von den Ärzten einer TSVG-Arztgruppe gemäß Anlage 1 für einen Versicherten erbracht worden sind. Eine Arztpraxis ist dabei jede Kombination von Betriebsstättennummer (BSNR) und KV-Bezirk.

4.1.2 Neupatientenfall

Ein Arztgruppenfall ist genau dann ein Neupatientenfall, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

1. Der Versicherte ist im aktuellen Quartal, aber in keinem der acht Vorquartale in dieser Arztpraxis von Ärzten dieser TSVG-Arztgruppe gemäß Anlage 1 behandelt worden. Ein möglicher Kassenwechsel eines Versicherten ist dabei unerheblich. Alle im Bereitschafts- und Notdienst erbrachten Leistungen, gekennzeichnet mit den Scheinuntergruppen 41 sowie 43 bis 46 in der Satzart 210A der Geburtstagsstichprobe (GSPA), bleiben im Rahmen der vorliegenden Berechnungen unberücksichtigt.

2. Die Arztpraxis erfüllt die Kriterien gemäß Abschnitt 4.1.3.
3. Bei der TSVG-Arztgruppe der Ärzte handelt es sich um eine der in Anlage 1 aufgeführten TSVG-Arztgruppen.
4. Sofern es sich um eine der TSVG-Arztgruppen 0501, 9305, 9306, 9307, 9991 gemäß Anlage 1 handelt, werden nur die Ärzte berücksichtigt, die die Kriterien gemäß Abschnitt 4.1.4 erfüllen.

4.1.3 Berücksichtigte Arztpraxen

Es werden ausschließlich Arztpraxen berücksichtigt, die im aktuellen Quartal den Teilnahmestatus „Zugelassen“, eine Organisationsform von kleiner 50 in der Satzart AST_EBM/OW_PRX der AST-Daten sowie mindestens einen Arzt gemäß Abschnitt 4.1.4 aufweisen. Des Weiteren müssen die Arztpraxen in einem Quartal, das mindestens acht Quartale vor dem aktuellen Quartal liegt, Leistungen abgerechnet haben (Bestandspraxen); die übrigen Arztpraxen (Neupraxen) bleiben unberücksichtigt.

4.1.4 Berücksichtigte Ärzte

Mit Ausnahme der TSVG-Arztgruppen 0501, 9305, 9306, 9307 und 9991 werden alle Ärzte der in Anlage 1 aufgelisteten TSVG-Arztgruppen berücksichtigt; Ärzte mit Abrechnungsgruppen, die nicht in Anlage 1 aufgeführt sind, bleiben unberücksichtigt. Ärzte der TSVG-Arztgruppe 0501 (Anästhesisten) werden nur in denjenigen Quartalen berücksichtigt, in denen sie mindestens einmal die GOP 30700 (Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient) abgerechnet haben. Ärzte der abrechnungsgruppenübergreifenden TSVG-Arztgruppen 9305, 9306, 9307, 9991 werden nur in denjenigen Quartalen berücksichtigt, in denen sie mindestens eine der in Anlage 1 TSVG-arztgruppenspezifisch aufgelisteten Gebührenordnungspositionen (Grund- und Versichertenpauschalen) abgerechnet haben.

4.2 Datengrundlage

Die Datengrundlage bilden die Daten der Geburtstagsstichprobe (GSP/GSPA) und die AST-Daten für die Quartale der Jahre 2016 bis 2018. In der Geburtstagsstichprobe (GSP/GSPA) werden ausschließlich die Versicherten berücksichtigt, die aufgrund ihres Geburtskalendertages im jeweils betrachteten Quartal des Jahres 2018 und den acht Vorquartalen in den Daten der GSP/GSPA nach Qualitätssicherung enthalten sein könnten.

4.3 Bestimmung der KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifischen MGV-Leistungsmengen (brutto) im Jahr 2018

Es wird in den Daten gemäß Abschnitt 4.2 KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifisch die Summe der Leistungsmenge in Punkten aller MGV-Leistungen gemäß Abschnitt 2.1 aller Neupatientenfälle gemäß Abschnitt 4.1 im Jahr 2018 berechnet. Alle im Bereitschafts- und Notdienst erbrachten Leistungen, gekennzeichnet mit den Scheinuntergruppen 41 sowie 43 bis 46 in der Satzart 210A der Geburtstagsstichprobe (GSPA), bleiben unberücksichtigt.

Bei der Bildung der Summe im Vorgehen nach Absatz 1 wird die Leistungsmenge aller MGV-Leistungen aller Neupatientenfälle eines Versicherten in einer Arztpraxis in einem Quartal dann mit einem Faktor (kleiner eins) gewichtet, wenn dieser Versicherte in dieser Arztpraxis und diesem Quartal mehr als zwei Neupatientenfälle erzeugt hat. Dieser Faktor errechnet sich als zwei geteilt durch die Zahl der Neupatientenfälle dieses Versicherten in dieser Arztpraxis und diesem Quartal.

4.4 Anpassung der KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifischen MGV-Leistungsmengen (brutto) aufgrund von zusätzlich gelieferten Praxisinformationen

4.4.1 Schrittweises Vorgehen zur Definition von Neu- und Bestandspraxen

Das Vorgehen in Abschnitt 4.1.3 Satz 2 zur Definition von Bestandspraxen und Neupraxen kann dazu führen, dass zu viele oder zu wenige Arztpraxen als Neupraxen identifiziert und von den weiteren Berechnungen ausgeschlossen werden. Um mögliche Fehler zu quantifizieren und die MGV-Leistungsmengen (brutto) der Neupatientenfälle aus Abschnitt 4.3 entsprechend anzupassen, hat der Bewertungsausschuss eine Sonderdatenlieferung der Kassenärztlichen Vereinigungen beschlossen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen liefern hierzu für das Quartal 4/2019 Daten mit der Information über die Neu- und die Bestandspraxen sowie zu historischen Betriebsstättenpseudonymen mit Sitz in ihrem KV-Bezirk; die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg liefert abweichend hiervon Daten für das Quartal 4/2018.

Die Sonderdatenlieferung wird durch das Institut des Bewertungsausschusses plausibilisiert und im Anschluss durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband freigegeben. Auf Grundlage der plausibilisierten Daten sowie der Kennzeichnung der TSVG-Konstellation Neupatient in der Satzart 210A_TSVG der Geburtstagsstichprobe (GSPA) wird die Definition von Neu- und Bestandspraxen gemäß Abschnitt 4.1.3 Satz 2 wie folgt modifiziert:

- a) Liegt für eine Arztpraxis im jeweiligen Quartal in den plausibilisierten Daten der Sonderdatenlieferung eine Information zum Status (Neupraxis oder Bestandspraxis) vor, so wird für diese Arztpraxis in diesem Quartal diese Information verwendet.

- b) Liegt für eine Arztpraxis im jeweiligen Quartal in den plausibilisierten Daten der Sonderdatenlieferung keine Information zum Status vor, so wird für diese Arztpraxis in diesem Quartal der Status verwendet, der sich aus der Zuordnung gemäß Abschnitt 4.1.3 Satz 2 ergibt.
- c) Liegt für eine Arztpraxis im jeweiligen Quartal in der Satzart 210A_TSVG der Geburtstagsstichprobe (GSPA) mindestens eine Kennzeichnung der TSVG-Konstellation Neupatient vor, gilt diese Arztpraxis in diesem Quartal als Bestandspraxis; diese Zuordnung zur Gruppe der Bestandspraxen überschreibt eine mögliche Zuordnung zur Gruppe der Neupraxen in lit. a oder lit b. Diese Prüfung auf Basis der Daten der Geburtstagsstichprobe entfällt für alle Arztpraxen mit Sitz im KV-Bezirk Baden-Württemberg.

4.4.2 Bestimmung der angepassten KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifischen MGV-Leistungsmengen (brutto)

Um die MGV-Leistungsmengen (brutto) der Neupatientenfälle für die Quartale des Jahres 2018 aus Abschnitt 4.3 anzupassen, wird wie folgt vorgegangen:

- a) Die KV-spezifischen MGV-Leistungsmengen (brutto) der Neupatientenfälle für das Quartal 4/2019 werden auf Basis der Daten der Geburtstagsstichprobe (GSP/GSPA) für die Jahre 2017 bis 2019 analog zum Verfahren berechnet, das in den Abschnitten 4.1 bis 4.3 beschrieben ist.
- b) Es wird analog zu lit. a vorgegangen, jedoch werden nun die Arztpraxen nicht entsprechend dem Vorgehen in Abschnitt 4.1.3 verwendet, sondern stattdessen ausschließlich die Arztpraxen, die die in Abschnitt 4.1.3 Satz 1 beschriebenen Bedingungen erfüllen und gemäß dem in Abschnitt 4.4.1 beschriebenen Vorgehen als Bestandspraxis gelten. Bei der Abgrenzung von Neupatientenfällen gemäß Abschnitt 4.1 werden an dieser Stelle auch die Informationen der Satzart BSNR_BESTANDSPRAXIS der Sonderdatenlieferung zu historischen Betriebsstättenpseudonymen verwendet.
- c) Die KV-spezifischen MGV-Leistungsmengen (brutto) der Neupatientenfälle für das Quartal 4/2018 werden wie im Verfahren berechnet, das in den Abschnitten 4.1 bis 4.3 beschrieben ist.
- d) Es wird analog zu lit. c vorgegangen, jedoch werden nun die Arztpraxen nicht entsprechend dem Vorgehen in Abschnitt 4.1.3 verwendet, sondern stattdessen ausschließlich die Arztpraxen, die die in Abschnitt 4.1.3 Satz 1 beschriebenen Bedingungen erfüllen und gemäß dem in Abschnitt 4.4.1 beschriebenen Vorgehen als Bestandspraxis gelten. Bei der Abgrenzung von Neupatientenfällen gemäß Abschnitt 4.1 werden an dieser Stelle auch die Informationen der Satzart

BSNR_BESTANDSPRAXIS der Sonderdatenlieferung zu historischen Betriebsstättenpseudonymen verwendet.

- e) Die entsprechenden Verhältnisse der KV-spezifischen MGV-Leistungsmengen des Quartals 4/2019 aus lit. b und lit. a und die entsprechenden Verhältnisse der KV-spezifischen MGV-Leistungsmengen des Quartals 4/2018 aus lit. d und lit. c werden KV-spezifisch addiert und um den Wert eins reduziert.
- f) Die KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifischen MGV-Leistungsmengen (brutto) der Quartale des Jahres 2018 aus Abschnitt 4.3 werden mit den entsprechenden KV-spezifischen Verhältnissen aus lit. e multipliziert.

4.5 Anpassung der KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifischen MGV-Leistungsmengen (brutto) aufgrund von Leistungen, die in einem TSS Terminfall, TSS-Akutfall oder Hausarzt-Vermittlungsfall erbracht werden

Teilweise handelt es sich bei Neupatientenfällen um einen TSS-Terminfall, TSS-Akutfall oder Hausarzt-Vermittlungsfall. Der Behandlungsbedarf ist bereits für MGV-Leistungen bereinigt worden, die in einem solchen Vermittlungsfall erbracht worden sind. Um eine doppelte Bereinigung von MGV-Leistungen auszuschließen, wird wie folgt vorgegangen:

- a) Wie in Abschnitt 4.4.2 lit. b beschrieben, werden für das Quartal 4/2019 die KV-spezifischen MGV-Leistungsmengen (brutto) der Neupatientenfälle bestimmt.
- b) Es werden die Neupatientenfälle aus lit. a ausgewählt mit mindestens einer Leistung, die in der Satzart 210A_TSVG der Geburtstagsstichprobe (GSPA) als eine der TSVG-Konstellationen TSS-Terminfall, TSS-Akutfall oder Hausarzt-Vermittlungsfall gekennzeichnet ist. Es werden die KV-spezifischen Leistungsmengen (brutto) für MGV-Leistungen gemäß Abschnitt 2.1 dieser Neupatientenfälle bestimmt.
- c) Die KV-spezifischen Faktoren zur Vermeidung einer doppelten Bereinigung von MGV-Leistungen in Neupatientenfällen, die in einem TSS-Terminfall, TSS-Akutfall oder Hausarzt-Vermittlungsfall erbracht worden sind, ergeben sich als eins minus dem Verhältnis der MGV-Leistungsmengen aus lit. b und lit. a.
- d) Die sich in Abschnitt 4.4.2 lit. f ergebenden KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifischen MGV-Leistungsmengen (brutto) der Neupatientenfälle werden mit den KV-spezifischen Faktoren aus lit. c multipliziert.

4.6 Bestimmung der KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten in den Vorjahresquartalen der Korrektur quartale

4.6.1 KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifische Auszahlungsquoten in den AUSZQ-Daten

Den Ausgangspunkt bilden die AUSZQ-Daten für die Quartale 3/2018 bis 3/2019 in der Satzart AUSZQ_SUM. Die in diesen Daten enthaltenen Fachgruppen-Kodes (8./9.-Stelle der LANR) werden den TSVG-Arztgruppen gemäß Anlage 2 des vorliegenden Beschlusses zugeordnet. KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifisch werden sowohl Honorare als auch Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung für die in der Satzart AUSZQ_SUM als MGV-Leistung gekennzeichneten Leistungen getrennt aufsummiert. Für die Quartale 4/2018 bis 2/2019 wird die KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifische Auszahlungsquote bestimmt als das Verhältnis von Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung. Für das dritte Quartal wird die KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifische Auszahlungsquote davon abweichend bestimmt als das Verhältnis der Summe der Honorare in den Quartalen 3/2018 und 3/2019 und der Summe der Leistungsbedarfe gemäß Euro-Gebührenordnung in diesen beiden Quartalen.

4.6.2 KV-spezifische jährliche Wachstumsfaktoren zur Fortschreibung der Auszahlungsquoten

Die KV-spezifischen Fortschreibungsfaktoren werden auf Basis der ARZTRG87aKA-Daten für die Jahre 2017 und 2019 bestimmt. Es wird für beide Jahre die KV-spezifische Summe der Honorare einerseits und des Leistungsbedarfs gemäß Euro-Gebührenordnung andererseits für alle MGV-Leistungen gemäß Abschnitt 2.2 berechnet. Das Verhältnis von Honorar und Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung bildet die KV-spezifische Auszahlungsquote für MGV-Leistungen in den ARZTRG87aKA-Daten für die Jahre 2017 und 2019.

Die KV-spezifischen durchschnittlichen jährlichen Wachstumsfaktoren der Auszahlungsquote für MGV-Leistungen in den ARZTRG87aKA-Daten für die Jahre 2017 bis 2019 werden KV-spezifisch bestimmt als die Quadratwurzel des Verhältnisses der Auszahlungsquote im Jahr 2019 und der Auszahlungsquote im Jahr 2017 (geometrisches Mittel).

4.6.3 Fortschreibung der Auszahlungsquoten ins Vorjahresquartal der Korrektur quartale

Die KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten auf Basis der AUSZQ-Daten gemäß Abschnitt 4.6.1 werden durch mehrfache Multiplikation mit den KV-spezifischen jährlichen Wachstumsfaktoren auf Basis der ARZTRG87aKA-Daten gemäß Abschnitt 4.6.2 ins Vorjahresquartal der Korrektur quartale fortgeschrieben. Für die

Korrektur quartale 3/2021 bis 2/2022 wird der jährliche Wachstumsfaktor dabei in der zweiten Potenz mit den KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten gemäß Abschnitt 4.6.1 multipliziert; für die Korrektur quartale 3/2022 bis 4/2022 wird der jährliche Wachstumsfaktor in der dritten Potenz multipliziert.

4.7 Bestimmung der KV- und quartalsspezifischen Netto-MGV-Leistungsmengen für jedes Korrekturquartal

Für jedes Korrekturquartal wird die KV- und TSVG-arztgruppenspezifische MGV-Leistungsmenge der Neupatientenfälle gemäß Abschnitt 4.5 für das entsprechende Quartal im Jahr 2018 mit der bis ins Vorjahresquartal des Korrekturquartals zugehörigen KV- und TSVG-arztgruppenspezifischen fortgeschriebenen Auszahlungsquote gemäß Abschnitt 4.6 multipliziert. Das Ergebnis ist die KV- und TSVG-arztgruppenspezifische Netto-MGV-Leistungsmenge der Neupatientenfälle für die Korrektur quartale in den entsprechenden Quartalen des Jahres 2018.

Die KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifischen Netto-MGV-Leistungsmengen gemäß Absatz 1 werden KV- und quartalsspezifisch über alle TSVG-Arztgruppen summiert.

4.8 Bestimmung der KV- und quartalsspezifischen MGV-Leistungsmenge (brutto) insgesamt in der GSP/GSPA im Jahr 2018

In den Daten gemäß Abschnitt 4.2 (Geburtstagsstichprobe mit Auswahl von bestimmten Geburtskalendertagen) für das Jahr 2018 wird KV- und quartalsspezifisch die Summe der Leistungsmenge in Punkten aller MGV-Leistungen gemäß Abschnitt 2.2 berechnet, d. h. für alle Versicherten, nicht nur für Neupatientenfälle. Eine Einschränkung auf bestimmte Praxen bzw. Ärzte erfolgt dabei nicht; im Bereitschafts- und Notdienst erbrachte Leistungen werden berücksichtigt.

4.9 KV- und quartalsspezifischer Anteil der Netto-MGV-Leistungsmengen an der MGV-Leistungsmenge (brutto) insgesamt

Für jedes Korrekturquartal ist der KV- und quartalsspezifische Anteil der Netto-MGV-Leistungsmengen (zu bereinigende Leistungsmenge) der Neupatienten an der MGV-Leistungsmenge (brutto) insgesamt der KV- und quartalsspezifische Quotient des entsprechenden Quartals der Netto-MGV-Leistungsmengen gemäß Abschnitt 4.7 und der MGV-Leistungsmenge (brutto) gemäß Abschnitt 4.8.

5 Ermittlung des Anteils der zu bereinigenden Leistungsmenge der Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V (Offene Sprechstunde) an der MGV-Leistungsmenge

5.1 KV- und quartalsspezifisches Bereinigungsvolumen für die TSVG-Konstellation Offene Sprechstunde in den Quartalen 3/2019 bis 3/2020

Das in Euro ausgewiesene KV- und quartalsspezifische Bereinigungsvolumen für die TSVG-Konstellation Offene Sprechstunde wird unter Verwendung der Datengrundlage TSVG_B für alle Bereinigungsquartale dieser TSVG-Konstellation (3/2019 bis 3/2020) bestimmt. Die in Euro bewerteten KV- und quartalsspezifischen Bereinigungsvolumen werden mittels regionalem Punktwert im jeweiligen Bereinigungsquartal in Punkte umgerechnet. Für das dritte Quartal wird abweichend von den anderen Quartalen die Summe aus den Werten der Quartale 3/2019 und 3/2020 verwendet.

5.2 KV- und quartalsspezifische MGV-Leistungsmenge (brutto) in den Quartalen 3/2019 bis 3/2020

Auf Grundlage der ARZTRG87aKA-Daten für die Quartale 3/2019 bis 3/2020 wird KV- und quartalsspezifisch die Summe der Leistungsmenge in Punkten aller MGV-Leistungen gemäß Abschnitt 2.2 berechnet. Für das dritte Quartal wird dabei abweichend von den anderen Quartalen der Durchschnitt der MGV-Leistungsmenge der beiden Quartale 3/2019 und 3/2020 verwendet.

5.3 Maximale Ausschöpfungsquote

Die KV- und quartalsspezifischen Bereinigungsvolumen aus Abschnitt 5.1 werden zu den KV- und quartalsspezifischen MGV-Leistungsmengen aus Abschnitt 5.2 ins Verhältnis gesetzt. Man erhält auf diese Weise 4 mal 17 KV- und quartalsspezifische Ausschöpfungsquoten. Die größte dieser Ausschöpfungsquoten wird als maximale Ausschöpfungsquote bezeichnet und in den weiteren Berechnungen verwendet.

5.4 Berechnung eines Faktors zur Anpassung der maximalen Ausschöpfungsquote

Zu einem noch zu bestimmenden Anteil werden in offenen Sprechstunden Neupatienten behandelt. Um eine doppelte Bereinigung von MGV-Leistungen auszuschließen, wird die maximale Ausschöpfungsquote mit einem Faktor angepasst. Dieser wird wie folgt berechnet.

Die Berechnung des Faktors erfolgt ausschließlich für das Quartal und den KV-Bezirk der maximalen Ausschöpfungsquote gemäß Abschnitt 5.3. Die Berechnungen erfolgen auf Basis der Daten der Geburtstagsstichprobe (GSP/GSPA) und der AST-Daten. Es

werden nur solche Versicherten in diesen Daten betrachtet, für die aufgrund ihres Geburtskalendertages grundsätzlich bestimmt werden kann, ob es sich bei einem Arztgruppenfall im Quartal der maximalen Ausschöpfungsquote um einen Neupatientenfall gemäß Abschnitt 4.1 handelt.

- a) Es werden alle Neupatientenfälle analog dem Vorgehen in Abschnitt 4.1 bestimmt. Von diesen Neupatientenfällen werden alle Neupatientenfälle ausgewählt, für die mindestens eine Leistung ein Kennzeichen für die TSVG-Konstellation Offene Sprechstunde in der Satzart 210A_TSVG der Geburtstagsstichprobe (GSPA) aufweist. Es wird für die so ausgewählten Neupatientenfälle die Leistungsmenge in Punkten der MGV-Leistungen gemäß Abschnitt 2.1 bestimmt.
- b) Für alle Versicherten werden alle Arztgruppenfälle ausgewählt, für die mindestens eine Leistung ein Kennzeichen für die TSVG-Konstellation Offene Sprechstunde in der Satzart 210A_TSVG der Geburtstagsstichprobe (GSPA) aufweist; abweichend vom in Abschnitt 4.1.1 beschriebenen Vorgehen erfolgt an dieser Stelle keine Beschränkung auf TSVG-Arztgruppen, sondern es werden auch die Leistungen von Ärzten der übrigen Abrechnungsgruppen einbezogen. Es wird für die so ausgewählten Arztgruppenfälle die Leistungsmenge in Punkten der MGV-Leistungen gemäß Abschnitt 2.1 bestimmt.
- c) Der Faktor zur Vermeidung einer Doppelbereinigung von MGV-Leistungen von Neupatientenfällen und MGV-Leistungen in der offenen Sprechstunde wird berechnet als eins minus dem Verhältnis der Leistungsmengen aus lit. a und lit. b.

5.5 Bestimmung des Anteils der zu bereinigenden MGV-Leistungsmenge für die TSVG-Konstellation Offene Sprechstunde an der MGV-Leistungsmenge insgesamt

Der Anteil der zu bereinigenden Leistungsmenge für offene Sprechstunden an der MGV-Leistungsmenge wird als Produkt aus der maximalen Ausschöpfungsquote gemäß Abschnitt 5.3 und dem Faktor zur Vermeidung von Doppelbereinigung gemäß Abschnitt 5.4 berechnet.

6 Bestimmung der KV-spezifischen Netto-MGV-Leistungsmengen für die TSVG-Konstellationen Neupatient und Offene Sprechstunde im Vorjahresquartal des Korrekturquartals

- a) Für jedes Korrekturquartal werden die entsprechenden KV- und quartalsspezifischen Anteile gemäß Abschnitt 4.9 und der Anteil gemäß Abschnitt 5.5 (identisch für alle KV-Bezirke) addiert.
- b) Auf Basis der ARZTRG87aKA_TAMG-Daten für das Korrekturquartal wird KV-spezifisch die Summe der Leistungsmengen in Punkten der MGV-Leistungen gemäß

Abschnitt 2.2 bestimmt. Für die Berechnungen rechtzeitig vorliegende Korrekturstände auf Basis der ARZTRG87aKA-Daten werden berücksichtigt.

- c) Durch Multiplikation der KV-spezifischen Anteile aus lit. a und der KV-spezifischen Leistungsmengen aus lit. b erhält man die KV-spezifische Netto-MGV-Leistungsmenge für Neupatienten und offene Sprechstunden im Korrekturquartal.
- d) Zur Bestimmung der KV-spezifischen Netto-MGV-Leistungsmenge für Neupatienten und offene Sprechstunden im Vorjahresquartal des Korrekturquartals wird die Netto-MGV-Leistungsmenge gemäß lit. c durch den Wachstumsfaktor der Zahl der Versicherten gemäß ANZVER87a-Daten im Korrekturquartal und im Vorjahresquartal des Korrekturquartals geteilt. Dieser KV-spezifische Betrag wiederum wird durch eins plus dem KV-spezifischen arithmetischen Mittel aus der entsprechenden KV-spezifischen demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr des Korrekturquartals geteilt.

7 Ermittlung des auf das Vorjahresquartal des Korrekturquartals fortentwickelten KV- und quartalsspezifischen Volumens der bereits erfolgten Bereinigung für die TSVG-Konstellationen Neupatient und Offene Sprechstunde

Auf Basis der TSVG_B-Daten wird die Summe der KV- und quartalsspezifischen Bereinigungsvolumen in den Quartalen 3/2019 bis 3/2020 für die TSVG-Konstellationen Neupatient und Offene Sprechstunde ermittelt. Die in Euro bewerteten Bereinigungsvolumen werden mittels regionalem Punktwert des jeweiligen Quartals in Punkte umgerechnet.

Für die Korrektur quartale werden die in Punkte umgerechneten KV- und quartalsspezifischen Bereinigungsvolumen der Quartale 3/2019 bis 3/2020 auf Grundlage der KV-spezifischen Entwicklung der Versichertenzahlen, wie sie sich in den ANZVER87a-Daten widerspiegelt, sowie der KV-spezifischen regional vereinbarten morbiditätsbedingten Veränderungsrate bis zum Vorjahresquartal des jeweiligen Korrektur quartals fortentwickelt.

Für die Korrektur quartale 3/2022 und 4/2022 werden die KV-spezifischen Korrekturbeträge der Korrektur quartale 3/2021 bzw. 4/2021 gemäß Abschnitt 8 wiederum auf Grundlage der KV-spezifischen Entwicklung der Versichertenzahlen, wie sie sich in den ANZVER87a-Daten widerspiegelt, sowie der KV-spezifischen regional vereinbarten morbiditätsbedingten Veränderungsrate bis zu den Vorjahres quartalen der Korrektur quartale 3/2022 und 4/2022 fortentwickelt und den auf die Vorjahres quartale der Korrektur quartale 3/2022 und 4/2022 fortentwickelten KV- und quartalsspezifischen Bereinigungsvolumen aus Absatz 2 hinzugesetzt.

8 KV-spezifischer Korrekturbetrag des Korrekturquartals für die TSVG-Konstellationen Neupatient und Offene Sprechstunde

Der KV-spezifische Korrekturbetrag des jeweiligen Korrekturquartals ergibt sich als Differenz aus der Netto-MGV-Leistungsmenge gemäß Abschnitt 6 lit. d und der bereits erfolgten und ins Vorjahresquartal des Korrekturquartals fortgeschriebenen Bereinigung gemäß Abschnitt 7. Sollte eine dieser KV-spezifischen Differenzen negativ sein, wird diese auf null gesetzt.

9 Basiswirksame Minderung des vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs um die KV-spezifischen Korrekturbeträge für die TSVG-Konstellationen Neupatient und Offene Sprechstunde

Der KV-spezifische Korrekturbetrag gemäß Abschnitt 8 wird am Ende der Feststellung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal des Korrekturquartals gemäß Nummer 2.2.1.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zu Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte und der Anteile der einzelnen Krankenkassen, zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), oder entsprechenden Folgebeschlüssen basiswirksam in Abzug gebracht.

Sollten Differenzen zwischen den vom Bewertungsausschuss beschlossenen Werten und den Vorabberechnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß Abschnitt 11 entstehen, sind diese bei der Rechnungslegung des Folgequartals analog zum vorigen Absatz nachträglich mit Basiswirksamkeit für das Folgejahresquartal des zu korrigierenden Quartals zu berücksichtigen.

10 Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses und Termine

Das Institut des Bewertungsausschusses wird mit der Berechnung der Korrekturbeträge gemäß den Vorgaben im vorliegenden Beschluss beauftragt.

10.1 Ermittlung der Anteile der zu bereinigenden MGV-Leistungsmenge für die TSVG-Konstellationen Neupatient und Offene Sprechstunde durch das Institut des Bewertungsausschusses

Das Institut des Bewertungsausschusses berechnet vorläufige Anteile der zu bereinigenden Leistungsmenge für Neupatienten und offene Sprechstunden für alle Korrekturquartale gemäß den Vorgaben in den Abschnitten 4 (Neupatienten) und 5 (offene Sprechstunde) und legt seine Ergebnisse bis zum 31. Januar 2022 der AG Aufsatzwerte des Bewertungsausschusses vor.

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung prüfen, ob sich nach dem 31. Januar 2022 die MGV-Abgrenzung für die Korrektur quartale im Vergleich zum Zeitpunkt der Berechnung der vorläufigen Anteile gemäß Absatz 1 geändert hat. Für den Fall, dass sich diese MGV-Abgrenzung geändert haben sollte, wird das Institut des Bewertungsausschusses mit einer Aktualisierung seiner Berechnungen beauftragt.

10.2 Ermittlung der Korrekturbeträge im Vorjahresquartal der Korrektur quartale durch das Institut des Bewertungsausschusses

Das Institut des Bewertungsausschusses bestimmt für jedes Korrektur quartal die Korrekturbeträge gemäß Abschnitt 8 und legt der AG Aufsatzwerte seine Ergebnisse spätestens am 22. Tag des sechsten auf das Korrektur quartal folgenden Monats vor.

10.3 Beschlussfassung der KV-spezifischen Korrekturbeträge durch den Bewertungsausschuss

Der Bewertungsausschuss beschließt die KV-spezifischen Korrekturbeträge bis zum Ende des sechsten auf das Korrektur quartal folgenden Monats.

11 Regionale Vorabberechnung und Rechnungslegung

Die Vertragspartner auf Landesebene setzen für die fristgerechte Rechnungslegung der Korrektur quartale die Schritte im Verfahren nach Abschnitt 8 mit den regional vorliegenden Daten zu den vorläufigen Anteilen gemäß Abschnitt 10.1 und zum Leistungsbedarf nach regionaler Euro-Gebührenordnung des Korrektur quartals in einer Vorabberechnung um.

- a) Um einen quartalsgleichen Abzug der voraussichtlichen Bereinigungsmengen in der kassenseitigen Rechnungslegung zu gewährleisten, ermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen vorab die Netto-MGV-Leistungsmenge im Korrektur quartal gemäß Abschnitt 6. Dabei werden die regional vorliegenden Abrechnungsdaten unter Berücksichtigung des Datenaustausches zum Fremdkassenzahlungsausgleich herangezogen.
- b) Die Summe der MGV-Leistungsmengen in Punkten für das Korrektur quartal ist durch Berücksichtigung aller Leistungen, die nicht gemäß gesamtvertraglicher Regelung EGV-finanziert werden, vorzunehmen. Die Umsetzung erfolgt durch Eingrenzung auf das MGV-EGV-Kennzeichen entsprechend der Satzart ARZTRG87aKA_IK der Leistungsregion im aktuellen zu korrigierenden Quartal, wobei die Leistungen des Kapitels 25 sowie des Abschnitts 40.15 des EBM sowie im Korrektur quartal als nicht vorsehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs (NVA) gekennzeichnete Leistungen nicht berücksichtigt werden. Zudem erfolgt die Hinzurechnung des verrechneten NVA aus dem Vorquartal. Zusätzlich sind die Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz

5 Nrn. 3 bis 6 zu berücksichtigen, sofern diese nicht aus anderen Gründen der EGV zugeordnet sind. In Euro bewertete Leistungen werden dabei mit dem regionalen Punktwert des jeweiligen Quartals in Punkte umgerechnet.

- c) Durch Multiplikation der KV-spezifischen Anteile aus Abschnitt 6 lit. a und der KV-spezifischen Leistungsmengen aus lit. b. erhält man die KV-spezifische Netto-MGV-Leistungsmenge für Neupatienten und offene Sprechstunden im Korrekturquartal.
- d) Zur Bestimmung der KV-spezifischen Korrekturbeträge im Vorjahresquartal des jeweiligen Korrekturquartals wird zunächst KV-spezifisch die Netto-MGV-Leistungsmenge gemäß lit. c durch den Wachstumsfaktor der Zahl der Versicherten gemäß der Satzart ANZVER87a_SUM im Korrekturquartal und im Vorjahresquartal des Korrekturquartals geteilt. Dieser KV-spezifische Betrag wiederum wird durch eins plus dem KV-spezifischen arithmetischen Mittel aus der entsprechenden KV-spezifischen demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsrate für das Jahr des Korrekturquartals geteilt.
- e) Der KV-spezifische Korrekturbetrag im Vorjahresquartal des Korrekturquartals ergibt sich als Differenz aus der angepassten Netto-MGV-Leistungsmenge gemäß lit. d und der bereits erfolgten fortgeschriebenen Bereinigung gemäß Abschnitt 7 und ist über die Kassenärztliche Bundesvereinigung spätestens sechs Monate nach Ende eines Korrekturquartals nachrichtlich dem Institut des Bewertungsausschusses und dem GKV-Spitzenverband zur Kenntnis zu geben.
- f) Sollten Differenzen zwischen den Vorabberechnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und den vom Bewertungsausschuss beschlossenen Werten entstehen, sind diese bei der Rechnungslegung des Folgequartals nachträglich zu berücksichtigen. Die Differenz des zu korrigierenden Quartals ist basiswirksam für dasselbe Quartal des Folgejahres zu berücksichtigen.
- g) Die gemäß dem im ersten Absatz des Abschnitts 9 beschriebenen Verfahren auf die einzelnen Krankenkassen umgelegten Korrekturbereinigungsmengen sind jeweils für jedes Abrechnungsquartal von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Formblatt 3 bzw. bei der Rechnungslegung auszuweisen. Gleiches gilt für ggf. vorzunehmende Korrekturen infolge von Differenzen, die im Folgequartal im Formblatt 3 bzw. bei der Rechnungslegung ausgewiesen werden.

Protokollnotiz:

Bei der Anwendung des in Abschnitt 4.6.2 beschriebenen Verfahrens zur Fortschreibung der Auszahlungsquoten geht der Bewertungsausschuss davon aus, dass die mittlere Entwicklung des Verhältnisses aus der KV-spezifischen Summe der Honorare einerseits und des Leistungsbedarfs gemäß Euro-Gebührenordnung andererseits für alle MGV-Leistungen in den Jahren 2017 bis 2019 fortgeschrieben werden kann. Sofern sich nach

Vorliegen des tatsächlichen Verhältnisses dieser Größen für das jeweilige Korrekturquartal zeigt, dass diese Annahme auf Grund nicht durch das TSVG ausgelöster und nicht eindeutig durch die Pandemie ausgelöster Entwicklungen des Leistungsbedarfs nicht zutreffend war, prüft der Bewertungsausschuss, ob der Beschluss an dieser Stelle angepasst werden soll.

Anlage 1 – TSVG-Arztgruppen

Tabelleninhalt:
<p>Es werden in dieser Tabelle die TSVG-Arztgruppen von den Ärzten aufgeführt, die im Rahmen der TSVG-Bereinigungskorrektur für die Bestimmung der Neupatientenfälle berücksichtigt werden. Die Bestimmung der TSVG-Arztgruppen des Arztes erfolgt in der ärztlichen Abrechnungstatistik (AST-Daten) über die Abrechnungsgruppe des Arztes (in der Satzart AST_EBM/OW_ARZT) je Quartal, KV-Bezirk, BSNR und LANR.</p> <p>Sind die Felder „Pauschale“ und/oder „Zusatz-GOP“ gefüllt, dann wird der Arzt mit der entsprechenden Abrechnungsgruppe nur dann berücksichtigt, wenn der Arzt diese Pauschalen und/oder Zusatz-GOP im jeweiligen Quartal mindestens einmal abgerechnet hat.</p>

TSVG-Arztgruppe	Abrechnungsgruppe des Arztes	Pauschale	Zusatz-GOP
0300	0301, 0303, 0305, 0309		
0401	0401		
0501	0501		30700
0601	0601		
0701	0701		
0801	0801		
0901	0901		
1001	1001		
1301	1301		
1311	1311		
1312	1312		
1313	1313		
1314	1314		
1315	1315		
1316	1316		
1317	1317		

TSVG-Arztgruppe	Abrechnungsgruppe des Arztes	Pauschale	Zusatz-GOP
1318	1318		
1351	1351		
1401	1401		
1600	1601, 1602, 1621		
1801	1801		
2001	2001		
2101	2101		
2200	2201, 2202		
2300	2211, 2212, 2301, 2302, 2303, 2304, 2309		
2601	2601		
2701	2701		
9305	9305		
9306	9306	05210 bis 05212	30700

TSVG-Arztgruppe	Abrechnungsgruppe des Arztes	Pauschale	Zusatz-GOP
9306	9306	06210 bis 06212, 07210 bis 07212, 08210 bis 08212, 09210 bis 09212, 10210 bis 10212, 13210 bis 13212, 13290 bis 13292, 13340 bis 13342, 13390 bis 13392, 13490 bis 13492, 09210 bis 09212, 13540 bis 13542, 13590 bis 13592, 13640 bis 13642, 13690 bis 13692, 14210 bis 14212, 16210 bis 16212, 18210 bis 18212, 20210 bis 20212, 21210 bis 21215, 22210 bis 22212, 23210 bis 23212, 26210 bis 26212, 27210 bis 27212	
9307	9307	03000 bis 03005	
9307	9307	04000 bis 04005	
9307	9307	alle weiteren Pauschalen (ggf. in Verbindung mit einer Zusatz-GOP) wie bei der TSVG-Arztgruppe 9306	
9991	9991	genauso wie bei der TSVG-Arztgruppe 9307	

Anlage 2 – Zuordnung von Fachgruppen-Kodes zu TSVG-Arztgruppen

Tabelleninhalt:

Es werden in dieser Tabelle allen TSVG-Arztgruppen aus der Anlage 1 Fachgruppen-Kodes (8./9.-Stelle der LANR) zugeordnet.

TSVG-Arztgruppe	Fachgruppen-Kodes
0300	01, 03
0401	34
0501	04
0601	05
0701	06
0801	15
0901	19
1001	21
1301	23
1311	24
1312	25
1313	26
1314	27
1315	28
1316	29
1317	30
1318	31
1351	23
1401	47
1600	51, 52, 53
1801	10

TSVG-Arztgruppe	Fachgruppen-Kodes
2001	20
2101	58
2200	60
2300	61, 68, 69
2601	67
2701	57
9305	01, 03, 34
9306	04, 05, 06, 10, 15, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 47, 51, 52, 53, 57, 58, 60, 61, 67, 68, 69
9307	alle Fachgruppen-Kodes der TSVG-Arztgruppen 9305 und 9306
9991	dieselben Fachgruppen-Kodes wie TSVG-Arztgruppe 9307

Teil B

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 zur extrabudgetären Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V

mit Wirkung zum 1. Januar 2022

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 in Teil B, zuletzt geändert durch den Beschluss aus der 559. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zum Umfang der extrabudgetären Vergütung in den TSVG-Konstellationen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V beschlossen. Die Definition eines Neupatienten in Nr. 6 war hinsichtlich der Behandlung im Bereitschafts- und Notdienst nicht eindeutig und wird mit Wirkung zum 1. Januar 2022 konkretisiert.

Dazu wird Nr. 6 des genannten Beschlussteils B aus der 439. Sitzung wie folgt neu gefasst:

„In der TSVG-Konstellation gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V, die zum 1. September 2019 in Kraft tritt, erfolgt eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach Nr. 2, wenn ein Patient im aktuellen Quartal und den acht vorhergehenden Quartalen nicht in der Arztpraxis behandelt oder untersucht wurde. Gibt es in der Arztpraxis mehrere Arztgruppen, ist auf die Arztgruppe abzustellen, maximal jedoch auf zwei Arztgruppen pro Arztpraxis. Bei einer Behandlung durch weitere Arztgruppen einer Arztpraxis im Zeitraum nach Satz 1 gilt der Patient für diese Arztgruppen nicht als Neupatient. Eine bisherige Behandlung im Rahmen eines Selektivvertrages führt nicht zu einer Einstufung als Neupatient. **Eine alleinige Behandlung im Bereitschafts- und Notdienst mit den Scheinuntergruppen 41 sowie 43 bis 46 führt nicht zu einer Einstufung als Neupatient, ebenso werden Behandlungen im Bereitschafts- und Notdienst in den acht vorhergehenden Quartalen nicht als Vorbehandlung berücksichtigt.** Ein Wechsel der Krankenkasse durch den Versicherten führt nicht dazu, dass er allein aufgrund dieses Wechsels als Neupatient einzustufen ist.“

Teil C

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 577. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu anlassbezogenen Datenlieferungen der arztseitigen Rechnungslegung, der um Merkmale angereicherten bundesweiten Versichertenstichprobe sowie der pseudonymisierten Betriebsstättennummern von Neu- und Bestandspraxen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V zur Umsetzung der TSVG-Bereinigungskorrektur gemäß § 87a Abs. 3 Satz 8 ff. SGB V i. d. F. des TAMG

mit Wirkung zum 10. November 2021

Der Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 577. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu anlassbezogenen Datenlieferungen der arztseitigen Rechnungslegung, der um Merkmale angereicherten bundesweiten Versichertenstichprobe sowie der pseudonymisierten Betriebsstättennummern von Neu- und Bestandspraxen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V zur Umsetzung der TSVG-Bereinigungskorrektur gemäß § 87a Abs. 3 Satz 8 ff. SGB V i. d. F. des TAMG wird wie folgt geändert:

1. In Abschnitt III. Absatz 1 wird der Satz „Für die Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg und Baden-Württemberg werden abweichend von den Sätzen 1 und 2 die Daten des Abrechnungsquartals 4/2018 übermittelt.“ ersetzt durch: „Für die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg werden abweichend von den Sätzen 1 und 2 die Daten des Abrechnungsquartals 4/2018 übermittelt.“
2. In Anlage 3 wird in den Abschnitten 3 und 4 unter Dateinhalt zur Abgrenzung der Text „die Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg und Baden-Württemberg“ ersetzt durch „die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg“. In den Erläuterungen wird der Passus „Die Alternativvariante (eingeleitet durch „bzw.“) gilt nur für die Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg und Baden-Württemberg.“ ersetzt durch „Die Alternativvariante (eingeleitet durch „bzw.“) gilt nur für die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg.“

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 581. Sitzung am 26. Januar 2022

Teil A

zu Vorgaben gemäß § 87a Abs. 3 Satz 10 SGB V für ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V um die bisher nicht berücksichtigten Leistungsmengen der in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 5 und 6 SGB V genannten Leistungen mit Wirkung zum 1. Juli 2021

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 87a Abs. 3 Satz 10 SGB V beschließt der Bewertungsausschuss Vorgaben zum Korrekturverfahren einschließlich der Korrekturbeträge, um die die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung basiswirksam für jede Kassenärztliche Vereinigung zusätzlich zur bisher erfolgten Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V zu bereinigen ist.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 10 SGB V hat der Bewertungsausschuss ein Verfahren zur Korrektur der Bereinigung nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V beschlossen. Auf Grundlage des beschlossenen Verfahrens werden die sogenannten Korrekturbeträge für die TSVG-Konstellationen Neupatienten sowie Offene Sprechstunde ermittelt. Die Korrekturbeträge bilden die Höhe der Leistungsmengen ab, um die die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen basiswirksam zusätzlich zum bisher erfolgten Bereinigungsvolumen nach § 87a Abs. 3 Satz 7 SGB V zu bereinigen sind. Die Korrekturbeträge werden quartalsweise für den Korrekturzeitraum der Quartale 3/2021 bis 4/2022 berechnet und jeweils durch einen Beschluss des Bewertungsausschusses bekannt gegeben.

In Abschnitt 2 wird die Abgrenzung der MGV-Leistungen für das Korrekturverfahren festgelegt. Hiernach sind in den Berechnungen die Leistungsmengen aller Leistungen mit dem Anteil zu berücksichtigen, mit dem diese in der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung im zweiten Quartal 2021 innerhalb der morbiditätsbedingten

Gesamtvergütung vergütet werden. Darüber hinaus werden TSVG-Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nummern 3 bis 6 SGB V wie innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütete Leistungen behandelt. Bei der Bestimmung der Leistungsmenge für Neupatienten werden gemäß Abschnitt 2.1 die Gebührenordnungspositionen der Kapitel 25 und 32 des EBM sowie des Abschnitts 40.15 des EBM nicht als MGV-Leistungen berücksichtigt, da diese nicht im Kontext der TSVG-Regelungen abrechenbar sind bzw. die Leistungen der Strahlentherapie ab dem Jahr 2023 wieder extrabudgetär vergütet werden sollen. Bei der Bestimmung der MGV-Leistungsmenge zum Zweck der Hochrechnung werden hingegen gemäß Abschnitt 2.2 die Gebührenordnungspositionen des Kapitels 32 des EBM sowie die als coronabedingter nicht vorhersehbarer Anstieg gekennzeichneten und dann mit der MGV verrechneten Leistungen grundsätzlich als MGV-Leistungen berücksichtigt.

In Abschnitt 3 werden die Datengrundlagen für das Korrekturverfahren beschrieben. Dem Institut des Bewertungsausschusses liegen mit den Routinedatenlieferungen nicht alle für die Berechnung notwendigen Daten vor, daher wurden mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 577. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zusätzliche anlassbezogene Datenlieferungen beschlossen.

In Abschnitt 4 wird die Ermittlung des KV- und quartalsspezifischen Anteils der insgesamt zu bereinigenden Netto-MGV-Leistungsmengen der Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 5 SGB V (Neupatienten) an der MGV-Leistungsmenge festgelegt. Die Ermittlung dieser Anteile erfolgt KV- und quartalsspezifisch auf Grundlage von Abrechnungsdaten insbesondere des Jahres 2018.

Die Festlegungen zur Abgrenzung von Arztgruppenfällen von Neupatienten finden sich in Abschnitt 4.1. Insbesondere wird dort beschrieben, welche Praxen bei der Ermittlung der sogenannten Neupatientenfälle in den Berechnungen nicht berücksichtigt werden, da sie als Neupraxen gelten und somit keine Neupatienten als solche kennzeichnen. In Abschnitt 4.2 wird die Datengrundlage für die Berechnungen des Abschnitts 4 spezifiziert. In Abschnitt 4.3 wird beschrieben, wie die MGV-Leistungsmenge (brutto) für Neupatienten in den Quartalen des Jahres 2018 bestimmt wird.

Da die in Abschnitt 4.1.3 Satz 2 beschriebene Abgrenzung der Neupraxen dazu führen kann, dass zu viele oder zu wenige Arztpraxen als Neupraxen identifiziert werden, wird unter Abschnitt 4.4 eine Korrektur der MGV-Leistungsmenge für Neupatienten vorgenommen. Für diese Korrektur werden zum einen die Praxisinformationen der anlassbezogenen Sonderdatenlieferung der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Quartale 4/2019 und 4/2018 und zum anderen die Kennzeichnung der TSVG-Konstellation Neupatient im Quartal 4/2019 in der Satzart 210A_TSVG herangezogen. Die Korrektur erfolgt über einen KV-spezifischen Faktor, der sich aus dem Verhältnis der MGV-Leistungsmenge für Neupatienten in Abgrenzung der Praxisinformationen aus der Sonderdatenlieferung und der Satzart 210A_TSVG einerseits und der MGV-

Leistungsmenge für Neupatienten aus der gemäß Abschnitt 4.1.3 Satz 2 bestimmten Abgrenzung andererseits ergibt.

In Abschnitt 4.5 wird eine weitere Korrektur der MGV-Leistungsmenge für Neupatienten vorgenommen. Um eine doppelte Bereinigung derjenigen MGV-Leistungen für Neupatienten zu vermeiden, die bereits im Rahmen der TSVG-Konstellationen TSS-Terminfall, TSS-Akutfall oder Hausarzt-Vermittlungsfall bereinigt worden sind, wird in Abschnitt 4.5 der Anteil der MGV-Leistungen für Neupatienten bestimmt, der im Rahmen der aufgezählten TSVG-Konstellationen abgerechnet wurde. Der ermittelte Anteil wird entsprechend in Abzug gebracht. Die Berechnungen gemäß Abschnitt 4.5 werden auf Grundlage der Satzart 210A_TSVG für das Quartal 4/2019 durchgeführt.

Die gemäß den Abschnitten 4.1 bis 4.5 ermittelten KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifischen MGV-Leistungsmengen (brutto) für Neupatienten werden in den Abschnitten 4.6 und 4.7 in KV- und quartalsspezifische Netto-MGV-Leistungsmengen für Neupatienten umgerechnet. In Abschnitt 4.6 wird beschrieben, wie die KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten auf Grundlage der AUSZQ-Daten für die Quartale 3/2019 bis 3/2020 berechnet werden. Darüber hinaus wird erläutert, wie die Wachstumsfaktoren zur Fortschreibung dieser Auszahlungsquoten in das Vorjahresquartal des Korrekturquartals ermittelt werden. Diese fortgeschriebenen Auszahlungsquoten werden KV-, quartals- und TSVG-arztgruppenspezifisch mit der MGV-Leistungsmenge für Neupatienten multipliziert. Die so ermittelten TSVG-arztgruppenspezifischen Netto-MGV-Leistungsmengen für Neupatienten werden KV- und quartalsspezifisch summiert.

Der Abschnitt 4 endet mit der in Abschnitt 4.9 dargestellten Ermittlung der KV- und quartalsspezifischen Anteile der Netto-MGV-Leistungsmenge für Neupatienten an der gesamten MGV-Leistungsmenge (brutto). Wie die gesamte MGV-Leistungsmenge (brutto) ermittelt wird, steht in Abschnitt 4.8.

In Abschnitt 5 wird die Ermittlung des KV-übergreifenden Anteils der zu bereinigenden Leistungsmenge der Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V (Offene Sprechstunden) an der MGV-Leistungsmenge geregelt. In den Abschnitten 5.1 bis 5.3 wird dargestellt, wie zunächst für die Quartale 3/2019 bis 3/2020 KV- und quartalsspezifisch das Verhältnis des Bereinigungsvolumens im ursprünglichen Bereinigungszeitraum zur zugehörigen MGV-Leistungsmenge berechnet wird. Für das dritte Quartal wird abweichend aus den Quartalen 3/2019 und 3/2020 die Summe der Bereinigungsvolumina und der Durchschnitt der MGV-Leistungsmengen verwendet. Aus diesen insgesamt 68 Werten (Werte für 17 Kassenärztliche Vereinigungen in vier Quartalen) wird, wie in § 87a Abs. 3 Satz 12 SGB V vorgegeben, der höchste Wert ausgewählt. Dieses Verhältnis wird als maximale Ausschöpfungsquote bezeichnet.

Da in offenen Sprechstunden auch Neupatienten behandelt werden können und deren MGV-Leistungsmenge bereits in Abschnitt 4 berücksichtigt wird, wird in Abschnitt 5.4 für den KV-Bezirk und das Quartal der maximalen Ausschöpfungsquote der Anteil der MGV-Leistungsmenge von Neupatienten in offenen Sprechstunden an der MGV-Leistungsmenge aller Versicherten in offenen Sprechstunden ermittelt. Gemäß Abschnitt 5.5 wird dieser Anteil von der in Abschnitt 5.3 ermittelten maximalen Ausschöpfungsquote abgezogen. Der so ermittelte Wert stellt KV-übergreifend den Anteil der zu bereinigenden MGV-Leistungsmenge für die TSVG-Konstellation Offene Sprechstunde an der MGV-Leistungsmenge insgesamt dar.

In den Abschnitten 6 bis 8 wird beschrieben, wie die in den Abschnitten 4 und 5 ermittelten Anteile der Netto-MGV-Leistungsmengen für Neupatienten und offene Sprechstunde verwendet werden, um die KV-spezifischen Korrekturbeträge für die sechs Korrekturquartale 3/2021 bis 4/2022 zu bestimmen.

In Abschnitt 6 wird die Berechnung der zu bereinigenden KV-spezifischen Netto-MGV-Leistungsmengen für die TSVG-Konstellationen Neupatient und Offene Sprechstunde für das jeweilige Vorjahresquartal des Korrekturquartals beschrieben. In einem ersten Schritt werden die ermittelten Anteile der Netto-MGV-Leistungsmenge mit der MGV-Leistungsmenge des jeweiligen Korrekturquartals multipliziert. In einem zweiten Schritt werden diese Werte auf das Niveau des Vorjahresquartals des jeweiligen Korrekturquartals umgerechnet.

Mit Abschnitt 7 wird die Ermittlung des auf das Vorjahresquartal des Korrekturquartals fortentwickelten KV- und quartalsspezifischen Volumens der bereits erfolgten Bereinigung für die TSVG-Konstellationen Neupatient und Offene Sprechstunde festgelegt.

In Abschnitt 8 schließlich wird beschrieben, wie die Korrekturbeträge aller Korrekturquartale als Differenz aus den zu bereinigenden Netto-MGV-Leistungsmengen gemäß Abschnitt 6 und der bereits erfolgten Bereinigung in den Vorjahresquartalen der Korrekturquartale gemäß Abschnitt 7 berechnet werden. Negative Differenzen werden KV- und korrekturquartalspezifisch auf null gesetzt.

In Abschnitt 9 wird geregelt, dass der KV-spezifische Korrekturbetrag gemäß Abschnitt 8 am Ende der Feststellung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs im Vorjahresquartal des Korrekturquartals gemäß Nummer 2.2.1.3 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 526. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), oder entsprechenden Folgebeschlüssen basiswirksam in Abzug gebracht wird. Damit entspricht die Aufteilung der auf Gliederungsebene der Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmten Korrekturbeträge auf die einzelnen Krankenkassen genau dem bereits für die Aufteilung der morbiditätsbedingten

Gesamtvergütung des Vorjahresquartals in einem KV-Bezirk angewendeten Aufteilungsschlüssel.

In Abschnitt 10 wird das Institut des Bewertungsausschusses mit den Berechnungen der Korrekturbeträge beauftragt und der weitere Zeitplan festgelegt. Das Institut des Bewertungsausschusses bestimmt gemäß Abschnitt 10.1 die Anteile gemäß den Abschnitten 4 und 5 bis zum 31. Januar 2022. Außerdem bestimmt das Institut des Bewertungsausschusses gemäß Abschnitt 10.2 für jedes Korrekturquartal die Korrekturbeträge gemäß Abschnitt 8 und legt der AG Aufsatzwerte des Bewertungsausschusses seine Ergebnisse spätestens am 22. Tag des sechsten auf das Korrekturquartal folgenden Monats vor. Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß Abschnitt 10.3 die KV-spezifischen Korrekturbeträge jeweils bis zum Ende des sechsten auf das Korrekturquartal folgenden Monats.

In Abschnitt 11 wird festgelegt, dass zur Gewährleistung eines quartalsgleichen Abzugs der Bereinigungsmengen in der kassenseitigen Rechnungslegung die Kassenärztlichen Vereinigungen vorab die Netto-MGV-Leistungsmenge im Korrekturquartal analog zu Abschnitt 8 ermitteln und darauf die vom Institut des Bewertungsausschusses berechneten und gemäß Abschnitt 10.1 vorgelegten Anteilswerte aus Abschnitt 6 lit. a anwenden. Differenzen zwischen diesen Vorabberechnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Berechnung durch das Institut des Bewertungsausschusses sind im Folgequartal nachträglich zu berücksichtigen. Sämtliche vorgenommene Korrekturen sind im Formblatt 3 bzw. bei der Rechnungslegung auszuweisen.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil A tritt mit Wirkung zum 1. Juli 2021 in Kraft.

Teil B

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 zur extrabudgetären Vergütung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2022

1. Rechtsgrundlage

Gemäß Terminalservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sind in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nrn. 3 bis 6 SGB V fünf unterschiedliche Konstellationen aufgeführt, für die eine Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorgesehen ist (TSVG-Konstellationen). Zur Umsetzung dieser gesetzlichen Regelungen in Zusammenhang mit der Bereinigung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 7 und 8 SGB V hat der Bewertungsausschuss in Beschlussteil B des Beschlusses aus seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019, zuletzt geändert durch den Beschluss aus der 559. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), den Umfang der extrabudgetären Vergütung konkretisiert.

2. Regelungsinhalte

Mit dem vorliegenden Beschluss wird die in Nr. 6 des genannten Beschlussteils B aus der 439. Sitzung enthaltene Definition eines Neupatienten hinsichtlich der Behandlung im Bereitschafts- und Notdienst konkretisiert. Dazu wird mit Wirkung zum 1. Januar 2022 vorgegeben, dass eine alleinige Behandlung im Bereitschafts- und Notdienst mit den Scheinuntergruppen 41 sowie 43 bis 46 nicht zu einer Einstufung als Neupatient führt. Ebenso werden Behandlungen im Bereitschafts- und Notdienst in den acht vorhergehenden Quartalen nicht als Vorbehandlung berücksichtigt. Dies entspricht dem für die Umsetzung des Korrekturverfahrens gemäß § 87a Abs. 3 Satz 10 SGB V in Beschlussteil A gewählten Vorgehen und stellt zukünftig Konsistenz hierzu her.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil B tritt zum 1. Januar 2022 in Kraft.

Teil C

zur Änderung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 577. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zu anlassbezogenen Datenlieferungen der arztseitigen Rechnungslegung, der um Merkmale angereicherten bundesweiten Versichertenstichprobe sowie der pseudonymisierten Betriebsstättennummern von Neu- und Bestandspraxen gemäß § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V zur Umsetzung der TSVG-Bereinigungskorrektur gemäß § 87a Abs. 3 Satz 8 ff. SGB V i. d. F. des TAMG mit Wirkung zum 10. November 2021

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hatte in seiner 577. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) einen Beschluss zu den zur Umsetzung des TSVG-Bereinigungskorrekturverfahrens notwendigen zusätzlichen Datenlieferungen nach § 87 Abs. 3f Satz 1 und 2 SGB V getroffen.

In diesem Beschluss wurden Sonderregelungen für zwei Kassenärztliche Vereinigungen dokumentiert.

2. Regelungsinhalte

Der vorliegende Beschluss aktualisiert die Sonderregelungen des Beschlusses der 577. Sitzung. Diese Regelungen sind nur noch für genau eine Kassenärztliche Vereinigung erforderlich. Der Beschlusstext und die Anlage werden dahingehend angepasst.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss Teil C tritt zum 10. November 2021 in Kraft.