

1. Nachtrag vom 26.09.2017 zur

Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2017 vom 19.05.2017

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen

und

den Landesverbänden der Krankenkassen

- AOK PLUS – Die Gesundheitskasse für Sachsen und Thüringen.
vertreten durch den Vorstand, hier vertreten durch
Frau Andrea Spitzer
- BKK Landesverband Mitte
Eintrachtweg 19, 30173 Hannover,
- IKK classic,
- Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse,
- KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt/Main

und

den Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK – Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Mit dem 1. Nachtrag zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2017 setzen die Vereinbarungspartner die Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA) um, welche nach Abschluss der Vereinbarung festgesetzt wurden.

Der BA hat in seiner 397. Sitzung am 21. Juni 2017 und in seiner 398. Sitzung am 25. Juli 2017 u. a. nachfolgende Beschlüsse gefasst:

- Für die Indikation Marfan-Syndrom hat der BA ab dem Bereinigungsquartal 1/2017 die zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung durchschnittliche indikationsspezifische historische Leistungsmenge je Patient verbindlich geändert.
- Mit Wirkung zum 21. Juni 2017 hat der BA die zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung durchschnittliche indikations-spezifische historische Leistungsmenge je Patient für die Indikation Mukoviszidose je Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verbindlich vorgegeben.
- Mit Wirkung zum 1. Juli 2017 wurde die Aufnahme der neuen Leistungen GOP 38202 und 38207 (delegationsfähige Leistungen) in den EBM beschlossen.
- Mit Wirkung zum 1. Oktober 2017 wurde die Aufnahme der neuen Leistungen GOP 01949 und 01960 (Substitutionsbehandlung), GOP 02325 bis 02328 (Epilation mittels Laser) sowie Abschnitt 37.3 (Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä) in den EBM beschlossen.

In Umsetzung dessen schließen die Vereinbarungspartner folgenden 1. Nachtrag zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen mit Wirkung für das Jahr 2017:

- I. Teil 3 § 2 Abs. 2 Buchstabe f) wird mit Wirkung ab 01.10.2017 um folgenden Anstrich ergänzt:
 - um die gemäß Beschluss des BA in seiner 398. Sitzung ermittelten Beträge für die Bereinigung der Leistungen für die palliativmedizinische Versorgung der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 des EBM (ab dem 4. Quartal 2017)
- II. Teil 3 § 2b Abs. 2 Nr. 1 zweiter Anstrich wird mit Wirkung ab 01.10.2017 wie folgt gefasst:
 - der Palliativmedizin (GOP 03370 bis 03374 sowie 04370 bis 04374 bis 30.09.2017),
- III. Teil 3 § 2b Abs. 2 wird am Ende mit Wirkung ab 01.10.2017 um folgenden Satz ergänzt:

Aufgrund der vom BA in seiner 398. Sitzung empfohlenen zeitlich befristeten Vergütung der GOP 03370 bis 03374 und 04370 bis 04374 außerhalb der MGV wird die Zahlung von Punktwertzuschlägen für die GOP 03370 bis 03374 und 04370 bis 04374 für den entsprechenden Zeitraum ausgesetzt.
- IV. Gemäß dem Punkt I. wird die Anlage 1 (Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2017) neu gefasst (siehe Anlage).
- V. Die Anlage 1b, Teile 1 bis 3 (Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)) wird mit Wirkung ab dem 1. Quartal 2017 neu gefasst (siehe Anlage).

VI. Die Anlage 2 (Leistungen des EBM außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung) wird wie folgt geändert bzw. ergänzt:

8	Substitutionsbehandlung und Leistungen zur diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger	GOP 01950 bis 01952 sowie GOP 01955 und 01956 GOP 01949 und 01960 (gültig ab 01.10.2017)
18	Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen	Abschnitt 35.2 EBM für alle Arztgruppen sowie GOP 35150 (Zusatz Großbuchstaben „P“, „Q“, „T“ oder „V“) für genannte Arztgruppen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V (gültig ab 01.04.2017) GOP 80502, 80512, 80522, 80532, 80542 und 80552 (Gruppentherapien mit nur 2 TN, die vor Einführung der neuen Psychotherapie-Richtlinie am 1. April 2017 beantragt wurden) (ggf. Buchstabenzusatz gemäß Codiertabelle) (gültig ab 01.07.2017)
23	Nephrologie und Dialyse	Abschnitt 13.3.6 EBM ohne GOP 13594 und 13620 bis 13622 (gültig ab 01.01.2017)
37	Humangenetik	GOP 11304, 11449 und 11514, Abschnitt 19.4.1 EBM GOP 19406, Abschnitt 19.4.2 EBM GOP 19410, 19411, 19421, 19424, 19425 und 19426, Abschnitt 19.4.4 EBM GOP 19450, 19451, 19452, 19453, 19454 und 19456 (ggf. Buchstabenzusatz sowie die Höchstwertregelung nach 19412, 19422, 19427, 19457, 19458 und 19459 gemäß Codiertabelle) GOP 32865 und 32911
38	Leistungen zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung gemäß § 118a SGB V	Abschnitt 30.13 EBM GOP 30980, 30981, 30984, 30985, 30986 und 30988 (ggf. Buchstabenzusatz gemäß Codiertabelle) (gültig ab 01.10.2017)

- | | | |
|----|--|---|
| 39 | Versorgung gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä (kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in stationären Pflegeheimen) und Anlage 30 zum BMV-Ä (besonders qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung) | Kapitel 37 EBM GOP 37100, 37102, 37105, 37113 und 37120

GOP 37300, 37302, 37305, 37306, 37314, 37317, 37318 und 37320 (gültig ab 01.10.2017) |
| 40 | Delegationsfähige Leistungen | Kapitel 38 EBM GOP 38200 und 38205

GOP 38202 und 38207 (gültig ab 01.07.2017) |
| 48 | Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung | GOP 35151 und 35152 (ggf. Buchstabenzusatz gemäß Codiertabelle) (gültig ab 01.04.2017) |
| 49 | Epilation mittels Laser | GOP 02325 bis 02328 (gültig ab 01.10.2017) |
| 50 | Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung | Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 (gültig ab 01.10.2017) |

Weimar, Dresden, Erfurt, Kassel, Frankfurt/Main, 26.09.2017

gez. Kassenärztliche Vereinigung Thüringen

gez. AOK PLUS

gez. BKK Landesverband Mitte
Regionalvertretung Thüringen und Sachsen

gez. IKK classic

gez. Sozialversicherung
für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau,
als Landwirtschaftliche Krankenkasse

gez. KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Frankfurt/Main

gez. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen

Anlagen

- Anlage 1 Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2017
- Anlage 1b Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) einschließlich Anhang (Teile 1 - 3)

Anlage 1 Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Quartal 2017

Quartal:

Krankenkasse:

VKNR:

Summe GKV	Summe VKNR
-----------	------------

Berechnung des basiswirksam vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarfs (BB) im Vorjahresquartal

[1]	basiswirksam vereinbarter und um die Selektivverträge bereinigter BB			
[2]	weiterentwickelter Betrag aus der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie			
[3]	Differenzbereinigungsmenge ASV			
[4]	Bereinigungsvolumen aufgrund Bereinigungsverzicht			
[5]	Bereinigung der Leistungen Soziotherapie		nur 1/17	
[6]	angepasster BB	$[6] = [1]+[2]-[3]-[4]-[5]$		

Berechnung des kassenspezifischen Anteils am vereinbarten, bereinigten BB im Vorjahresquartal

[7]	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals (incl. Korrekturen, aber ohne Berücksichtigung geschlossener KK)			
[8]	kassenspezifischer prozentualer Anteil	$[8] = [7]/\text{GKV}[7]$		

Berechnung des kassenspezifischen Aufsatzwertes des bereinigten BB im Abrechnungsquartal

[9]	aufgeteilter BB	$[9] = \text{GKV}[6]*[8]$		
[10]	Anhebung des Aufsatzwertes aufgrund Höherbewertung GOP 34291 (XXX – Anzahl der GOP)			bis 3/17
[11]	ermitteltes und vorliegendes vorauss. Bereinigungsvolumen aufgrund des Bereinigungsverzichts			
[12]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal			
[13]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal			
[13a]	davon entfallene Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal je fusionierende Krankenkasse			
[14]	weiterentwickelter Betrag aus der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie			
[15]	Bereinigungswert für die humangenetischen Anteile gem. BA-Beschluss in seiner 372. Sitzung			bis 2/17
[16]	Bereinigung der Leistungen für die psychotherapeutischen Gespräche gem. EBA-Beschluss in seiner 50. Sitzung			ab 2/17
[17]	Bereinigung der Leistungen für die palliativmedizinische Versorgung gem. BA-Beschluss in seiner 398. Sitzung			ab 4/17
[18]	kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[18] = ([9]+[10]+[11])/[12]*[13]-[14]-[15]-[16]-[17]$		

Verwendung des kassenspezifischen Aufsatzwertes des bereinigten BB im Abrechnungsquartal

[19]	kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[19] = [18]$		
[20]	zuzügl. Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur in Thüringen nach § 87a Abs. 4 SGB V (1,2122 %)	$[20] = [19]*0,012122$		
[21]	durchschnittliche Bereinigungsmenge für alle Selektivverträge			
[22]	Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge			
[23]	weiterentwickelter kassenspezifischer Aufsatzwert des bereinigten BB	$[23] = [19]+[20]+[21]-[22]$		
[24]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 10,5300 Cent	$[24] = [23]*0,105300$		

1. Nachtrag vom 26.09.2017 zur Vereinbarung zur vertragsärztlichen Vergütung in Thüringen
mit Wirkung für das Jahr 2017

Legende:

[1]	basiswirksam vereinbarter und um die Selektivverträge bereinigter BB	BB_von KV (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_SUM“); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK
[2]	weiterentwickelter Betrag aus der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[3]	Differenzbereinigungsmenge ASV	siehe Anlage 1b
[4]	Bereinigungsvolumen aufgrund Bereinigungsverzicht	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[5]	Bereinigung der Leistungen Soziotherapie	BB_von KV (Summierung der GOP 30800, 30810 und 30811 aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“)
[7]	abgerechneter LB in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals (incl. Korrekturen, aber ohne Berücksichtigung geschlossener KK)	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[10]	Anhebung des Aufsatzwertes aufgrund Höherbewertung GOP 34291 (XXX – Anzahl der GOP)	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen; Häufigkeit der GOP 34291 aus Satzart „ARZTRG87aKA_IK“ multipliziert mit 92,0 Pkt.)
[11]	ermitteltes und vorliegendes vorauss. Bereinigungsvolumen aufgrund des Bereinigungsverzichts	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[12]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Vorjahresquartal	Vers_von KV (entspr. Satzart „KASSRG87aMGV_IK“); bei Verwendung von Korrekturwerten erfolgt im Vorfeld Abstimmung mit LV der KK
[13]	kassenspezifische Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal	Versicherte, Wohnausländer und Betreute aus Satzart „ANZVER87a“
[13a]	davon entfallene Versichertenzahlen im Abrechnungsquartal je fusionierende Krankenkasse	der Ausweis erfolgt nur bei einer Fusion, die nicht vollumfänglich vollzogen wurde; Anzahl der Versicherten, Wohnausländer und Betreute aus Satzart ANZVER 87a
[14]	weiterentwickelter Betrag aus der Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[15]	Bereinigenswert für die humangenetischen Anteile gem. BA-Beschluss in seiner 372. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[16]	Bereinigung der Leistungen für die psychotherapeutischen Gespräche gem. EBA-Beschluss in seiner 50. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[17]	Bereinigung der Leistungen für die palliativmedizinische Versorgung gem. BA-Beschluss in seiner 398. Sitzung	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[21]	durchschnittliche Bereinigungsmenge für alle Selektivverträge	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[22]	Differenzbereinigung Neueinschreiber und Rückkehrer für die gültigen Selektivverträge	separate Daten nach Abstimmung zwischen KV und LV der KK (ggf. Berücksichtigung Fusionen)
[24]	kassenspezifische MGV berechnet mit PW 10,5300 Cent	Hinweis: Wenn eine Fusion nicht voll umfänglich vollzogen wurde, dann bei der Berechnung der kassenspezifischen MGV den aufgeteilten BB (ist identisch für alle Fusionskassen) teilen durch die Summe der Versicherten aller Fusionskassen des entsprechenden Abrechnungsquartals und multiplizieren mit den Versicherten der jeweiligen Fusionskasse des entsprechenden Abrechnungsquartals unter Berücksichtigung weiterer Sachverhalte gem. den gültigen Beschlüssen. Anschließend sind die weiteren Berechnungsschritte analog der Vorgabe durchzuführen.

- gelb gekennzeichnete Flächen werden nicht mit Werten hinterlegt

- der BB wird mit vier Stellen hinter dem Komma errechnet und mit einer Stelle hinter dem Komma kaufmännisch gerundet ausgegeben

Anlage 1b, Teil 1 Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) je Quartal 2017

ASV-Indikation	Erkrankungs- und Leistungsbereichsschlüssel	Inkrafttreten der Indikation	Quartale 1-12 nach Inkrafttreten	ab dem 13. Quartal nach Inkrafttreten	Bereinigungsbeitrag je ASV-Patient gemäß BA-Beschluss
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	2A0100	24.04.2014	3/2014 – 2/2017	3/2017	93,00 €
Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	1A0100	26.07.2014	4/2014 – 3/2017	4/2017	281,30 € (bis 2/2016) 208,00 € (ab 3/2016)
Marfan-Syndrom	2K0100	30.06.2015	3/2015 – 2/2018	3/2018	165,26 € (bis 4/2016) 117,00 € (ab 1/2017)
Pulmonale Hypertonie	2L0100	01.06.2016	3/2016 – 2/2019	3/2019	76,00 €
Gynäkologische Tumoren	1A0200	10.08.2016	4/2016 – 3/2019	4/2019	138,00 €
Mukoviszidose	2B0100	18.03.2017	2/2017 – 1/2020	2/2020	97,60 €

Anlage 1b, Teil 2 Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) für die Quartale 1 bis 12 nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation je Quartal 2017

		Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	Marfan- Syndrom	Pulmonale Hypertonie	Gynäkologische Tumoren	Mukoviszidose
[1]	Höchstwert der ASV-Indikation (Patientenzahl im Vorjahresquartal (VJQ)) § 5 Abs. 1 und 2 Anhang zu Anlage 1b						
[2]	ASV-Patientenzahl in ausschließlich vertragsärztlichen Teams (ANZASV116b_SUM Feld 05 = 1)						
[3]	ASV-Patientenzahl in gemischten Teams und ausschließlich Krankenhaus-Teams (ANZASV116b_SUM Feld 05 = 2 und 3)						
[4]	ASV-Patienten §116b (alt) gem. Satzart ANZ116bALT_SUM (im VJQ zum entsprechenden Bereinigungsquartal im ersten Bereinigungsquartal)						
[5]	Umrechnungsfaktor ASV-Patienten alt zu neu der jeweiligen ASV- Indikation gemäß Vorgaben des BA	1	0,93	1	1	0,93	1
[6]	Zwischenschritt Anrechnung 116b-Patienten(alt)	[6] = (0,5*([3]-2*[4]*[5]))					
[7]	Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patientenzahl in gemischten und ausschließlich Krankenhaus-Teams	[7] = ((0,5*[3])+max{0; [6]})					
[8]	Summe bereinigungsrelevanter ASV-Patienten	[8] = [2]+[7]					
[9]	Anzahl bereinigter ASV-Patienten im VJQ						
[10]	Differenz Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patienten zu bereits bereinigten ASV-Patienten im VJQ	[10] = [8]-[9]					
[11]	Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patienten unter Berücksichtigung des Höchstwertes	[11] = mind.([1]; [10])					
[12]	Bereinigungsbetrag je ASV-Patient	93,00 €	208,00 €	165,26 € (bis 4/2016) 117,00 € (ab 1/2017)	76,00 €	138,00 €	97,60 € (ab 2/2017)
[13]	Bereinigungsbetrag	[13] = [11]*[12]					
[14]	Veränderungsraten nach § 6 Abs. 1b Anhang zu Anlage 1b						
[14a]	2013	1,0603568	1,0000000	1,0000000	1,0000000	1,0000000	1,0000000
[14b]	2014	1,0271200	1,0000000	1,0000000	1,0000000	1,0000000	1,0000000
[14c]	2015	1,0107240	1,0107240	1,0107240	1,0107240	1,0107240	1,0107240
[14d]	2016	1,0183320	1,0183320	1,0183320	1,0183320	1,0183320	1,0183320
[15]	vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf GKV des VJQ in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals						
[16]	festgestellte Leistungsmenge nach Euro-GO GKV des VJQ in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals						
[17]	Differenzbereinigungsmenge	[17] = [13]*[14a]*[14b]*[14c] *[14d]*[15]/[16]					

Anlage 1b, Teil 3 Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs für Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) ab dem Quartal 13 nach Inkrafttreten einer ASV-Indikation je Quartal 2017

		Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	Marfan- Syndrom	Pulmonale Hypertonie	Gynäkologische Tumoren	Mukoviszidose
[1]	Höchstwert der ASV-Indikation (Patientenzahl im Vorjahresquartal (VJQ)) § 5 Abs. 1 und 2 Anhang zu Anlage 1b						
[2]	ASV-Patientenzahl in ausschließlich vertragsärztlichen Teams (ANZASV116b_SUM Feld 05 = 1)						
[3]	ASV-Patientenzahl in gemischten Teams und ausschließlich Krankenhaus-Teams (ANZASV116b_SUM Feld 05 = 2 und 3)						
[4]	ASV-Patienten §116b (alt) gem. Satzart ANZ116bALT_SUM (im VJQ zum entsprechenden Bereinigungsquartal im ersten Bereinigungsquartal)						
[5]	Umrechnungsfaktor ASV-Patienten alt zu neu der jeweiligen ASV- Indikation gemäß Vorgaben des BA	1	0,93	1	1	0,93	1
[6]	Zwischenschritt Anrechnung 116b-Patienten(alt)	[6] = [3]-([4]*[5])					
[7]	Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patientenzahl in gemischten und ausschließlich Krankenhaus-Teams	[7] = max(0; [6])					
[8]	Summe bereinigungsrelevanter ASV-Patienten	[8] = [2]+[7]					
[9]	Anzahl bereinigter ASV-Patienten im VJQ						
[10]	Differenz Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patienten zu bereits bereinigten ASV-Patienten im VJQ	[10] = [8]-[9]					
[11]	Anzahl bereinigungsrelevanter ASV-Patienten unter Berücksichtigung des Höchstwertes	[11] = mind.([1]; [10])					
[12]	Bereinigungsbetrag je ASV-Patient	93,00 €	208,00 €	165,26 € (bis 4/2016) 117,00 € (ab 1/2017)	76,00 €	138,00 €	97,60 € (ab 2/2017)
[13]	Bereinigungsbetrag	[13] = [11]*[12]					
[14]	Veränderungsraten nach § 6 Abs. 1b Anhang zu Anlage 1b						
[14a]	2013	1,0603568	1,0000000	1,0000000	1,0000000	1,0000000	1,0000000
[14b]	2014	1,0271200	1,0000000	1,0000000	1,0000000	1,0000000	1,0000000
[14c]	2015	1,0107240	1,0107240	1,0107240	1,0107240	1,0107240	1,0107240
[14d]	2016	1,0183320	1,0183320	1,0183320	1,0183320	1,0183320	1,0183320
[15]	vereinbarter, bereinigter Behandlungsbedarf GKV des VJQ in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals						
[16]	festgestellte Leistungsmenge nach Euro-GO GKV des VJQ in Abgrenzung der MGV des Abrechnungsquartals						
[17]	Differenzbereinigungsmenge	[17] = [13]*[14a]*[14b]*[14c] *[14d]*[15]/[16]					