

BESCHLUSS

**des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 SGB V
in seiner 403. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

**zu ergänzenden Vorgaben gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V für
ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs.
4 Satz 1 SGB V in Zusammenhang mit der Umstellung der
Umsetzung des Wohnortprinzips bei den Ersatzkassen
für das Jahr 2018**

mit Wirkung zum 19. September 2017

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), Vorgaben für ein Verfahren zur Ermittlung der Aufsatzwerte nach § 87a Abs. 4 Satz 1 SGB V und der Anteile der einzelnen Krankenkassen nach § 87a Abs. 4 Satz 2 SGB V ab dem Jahr 2017, zuletzt geändert mit Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), beschlossen. Ab dem Jahr 2018 erfolgt die Umsetzung des Wohnortprinzips bei den Ersatzkassen nach einem angepassten Verfahren auf Grundlage der Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten bzw. der Informationen des Wohnsitzländercodes bei im Ausland lebenden Versicherten aus den Leistungsabrechnungsdaten.

In diesem Zusammenhang werden die Aufsatzwerte für das Jahr 2018 einmalig und basiswirksam angepasst. Der Bewertungsausschuss beschließt dazu auf Basis von zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband abgestimmten Simulationsrechnungen KV-spezifische prozentuale Anpassungen des vereinbarten bereinigten Behandlungsbedarfs des Jahres 2017, die im Rahmen der Ermittlung der Aufsatzwerte für das Jahr 2018 anzuwenden sind.

1. Anpassung der Leistungsbedarfssteuerung

Durch die Änderung der Anlage 21 des Bundesmantelvertrags-Ärzte erfolgt die Bestimmung der gesamtvertragstzuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ab dem 1. Quartal 2018 auf Grundlage der im Prozess der Leistungsabrechnung erfassten Informationen des Wohnsitzländercodes und der Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten. Dabei erfolgt die Zuordnung von Versicherten mit einem ausländischen Wohnsitzländercode zur Kassenärztlichen Vereinigung am Kassensitz gemäß der Kostenträgerstammdatei. Die Zuordnung der anderen Versicherten erfolgt nach den Zuordnungen von Postleitzahlen zu Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß der KBV-Postleitzahl-Stammdatei.

2. Korrektur Anpassung der regionalen Zuordnung der Leistungsbedarfe

Die zur Bestimmung der kassenspezifischen Anteile am vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf gemäß Nr. 2.2.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), ab dem Abrechnungsquartal 1/2018 heranzuziehenden Leistungsbedarfe des Vorjahresquartals in den Satzarten ARZTRG87aKA_SUM, ARZTRG87aKA_IK, ARZTRG87aNVI_SUM und ARZTRG87aNVI_IK werden rückwirkend ab dem ersten Abrechnungsquartal des Jahres 2017 entsprechend der neuen Zuordnung gemäß Nr. 1. zur Verfügung gestellt. Diese ab dem Abrechnungsquartal 1/2017 neu zugeordneten Leistungsbedarfe werden ebenfalls bei der Anwendung des Verfahrens zur Berücksichtigung einer geänderten Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß Nr. 2.2.1.2 des genannten Beschlusses mit Wirkung ab dem Abrechnungsquartal 1/2018 herangezogen.

Hierzu übermittelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung beginnend ab dem Abrechnungsquartal 1/2017 die Daten in den Satzarten ARZTRG87aKA und ARZTRG87aNVI wie im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 348. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015, definiert, mit Bestimmung des jeweiligen Feldes 05 „Gesamtvertragstzuständige KV“ entsprechend der neuen Zuordnung gemäß Nr. 1. Die bereits am 15. September 2017 nach alter Zuordnung ausgelieferten Daten für das Quartal 1/2017 werden bis zum 20. September 2017 als Korrekturlieferung mit neuer Zuordnung erneut übermittelt.

Das Institut des Bewertungsausschusses berücksichtigt zur Erstellung der Satzarten ARZTRG87aKA_SUM, ARZTRG87aKA_IK, ARZTRG87aNVI_SUM und ARZTRG87aNVI_IK gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 349. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss

des Bewertungsausschusses in seiner 369. Sitzung am 15. Dezember 2015, beginnend ab dem Abrechnungsquartal 1/2017 ausschließlich die entsprechend der neuen Zuordnung erhaltenen Daten in den Satzarten ARZTRG87aKA und ARZTRG87aNVI.

3. Anpassung der Behandlungsbedarfe

Für die einmalige basiswirksame Anpassung des Behandlungsbedarfs im Jahr 2018 in Zusammenhang mit der Umstellung der Umsetzung des Wohnortprinzips bei den Ersatzkassen gibt der Bewertungsausschuss folgende je KV-Bezirk unter Beachtung des Vorzeichens für jedes Quartal anzuwendende prozentuale Anpassungen vor:

- Für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein	in Höhe von +0,04 %
- Für den KV-Bezirk Hamburg	in Höhe von +0,27 %
- Für den KV-Bezirk Bremen	in Höhe von -0,06 %
- Für den KV-Bezirk Niedersachsen	in Höhe von +0,10 %
- Für den KV-Bezirk Westfalen-Lippe	in Höhe von +0,09 %
- Für den KV-Bezirk Nordrhein	in Höhe von +0,02 %
- Für den KV-Bezirk Hessen	in Höhe von -0,40 %
- Für den KV-Bezirk Rheinland-Pfalz	in Höhe von +0,02 %
- Für den KV-Bezirk Baden-Württemberg	in Höhe von -0,08 %
- Für den KV-Bezirk Bayerns	in Höhe von +0,06 %
- Für den KV-Bezirk Berlin	in Höhe von +0,04 %
- Für den KV-Bezirk Saarland	in Höhe von -0,11 %
- Für den KV-Bezirk Mecklenburg-Vorpommern	in Höhe von -0,07 %
- Für den KV-Bezirk Brandenburg	in Höhe von +0,07 %
- Für den KV-Bezirk Sachsen-Anhalt	in Höhe von +0,04 %
- Für den KV-Bezirk Thüringen	in Höhe von -0,07 %
- Für den KV-Bezirk Sachsen	in Höhe von +0,01 %

Zur basiswirksamen Anpassung des vereinbarten Behandlungsbedarfs im jeweiligen Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung wird für das Jahr 2018 das folgende Verfahren ergänzend zum genannten Beschluss des Bewertungsausschusses in

seiner 383. Sitzung, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung, vorgegeben:

Die vom Bewertungsausschuss für den jeweiligen KV-Bezirk beschlossenen prozentualen Anpassungen werden durch die Gesamtvertragspartner bei der Aufsatzwertbestimmung vor dem Rechenschritt im letzten Absatz (Ausdeckelung Psychotherapie) von Nr. 2.2.1.1 des genannten Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung, geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 401. Sitzung, angewendet. Der so bestimmte Wert bildet die Ausgangsgröße für die weitere Ermittlung der kassenspezifischen Anteile unter Verwendung der gemäß Nr. 2. angepassten Datenlieferungen der arztseitigen Rechnungslegung und im Folgenden der kassenspezifischen Aufsatzwerte.