

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 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**

---

### **1. Rechtsgrundlage**

Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V 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.

### **2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe**

Ab dem Jahr 2018 wird die Umsetzung des Wohnortprinzips bei den Ersatzkassen umgestellt. In diesem Zusammenhang wird die Bestimmung der Aufsatzwerte für das Jahr 2018 einmalig und basiswirksam angepasst.

Dies betrifft zum einen die Anpassung der Leistungsbedarfssteuerung. Zukünftig erfolgt diese nicht mehr auf Basis des Abrechnungs-Institutionskennzeichens. Die Anlage 21 des Bundesmantelvertrags Ärzte wurde dazu entsprechend angepasst. Die gesamtvertragszuständige Kassenärztliche Vereinigung wird ab dem 1. Quartal 2018 auf Grundlage der im Prozess der Leistungsabrechnung erfassten Informationen des Wohnsitzländercodes und der Postleitzahl des Wohnortes des Versicherten bestimmt. 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 der Zuordnung von Postleitzahlen zu Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß der KBV-Postleitzahl-Stammdatei.

Zudem erfolgt für die Bestimmung der kassenspezifischen Anteile am vereinbarten, bereinigten Behandlungsbedarf eine Anpassung der regionalen Zuordnung der Leistungsbedarfe in den ansonsten unveränderten Satzarten ARZTRG87aKA\_SUM, ARZTRG87aKA\_IK, ARZTRG87aNVI\_SUM und ARZTRG87aNVI\_IK. Die ab dem Abrechnungsquartal 1/2018 heranzuziehenden Leistungsbedarfe des Vorjahresquartals in den genannten Satzarten werden rückwirkend ab dem ersten Abrechnungsquartal des Jahres 2017 entsprechend der neuen Zuordnung zur Verfügung gestellt. Dies erfolgt durch Datenlieferungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechend der neuen Zuordnung, die vom Institut des Bewertungsausschusses bei seinen weiteren Datenlieferungen berücksichtigt werden.

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 auf Basis von zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband abgestimmten Simulationsrechnungen zur Identifikation der relevanten Anpassungsbedarfe für jeden KV-Bezirk prozentuale Anpassungen vor. Zur Bestimmung der Prozentwerte wurde der nach den aktuell vorliegenden Erkenntnissen geschätzte Behandlungsbedarf des Jahres 2017 berücksichtigt. Aufgrund der Ergebnisse einer ebenfalls vorgenommenen Sensitivitätsanalyse der Simulationsrechnungen wurde eine kaufmännische Rundung der Prozentwerte auf zwei Nachkommastellen vorgenommen. Das Verfahren der Anwendung der prozentualen Anpassungen in jedem Quartal des Jahres 2018 ist detailliert dargelegt.

### **3. Inkrafttreten**

Dieser Beschluss tritt mit Wirkung zum 19. September 2017 in Kraft.