

Lesefassung des

B E S C H L U S S E S

**des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 418. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt
geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in
seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019**

**Rahmenbeschluss zur Anpassung der Behandlungsbedarfe der
Jahre 2018 bis 2020 aufgrund von § 291f Abs. 1 SGB V**

mit Wirkung zum 19. Juni 2019

Präambel

Gemäß § 291f Abs. 1 Satz 2 SGB V ist der Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 SGB V zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V hierzu nun entsprechende Rahmenvorgaben zunächst als Übergangsverfahren für die Behandlungsbedarfe der Jahre 2018 bis 2020 in Bezug auf die in den Jahren 2017 bis 2019 elektronisch übermittelten Briefe. Er setzt dabei die Protokollnotiz in Anlage 7 der Anlage 32 des Bundesmantelvertrags Ärzte um.

1. Beauftragung des Instituts des Bewertungsausschusses

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, bis zum 10. Juli 2018 bzw. bis zum 10. Juli 2019 bzw. bis zum 10. Juli 2020 folgende Berechnungen durchzuführen und der AG Aufsatzwerte des Bewertungsausschusses vorzulegen:

- a. Getrennt für die siebzehn KV-Bezirke entsprechend dem Wohnort der Versicherten die häufigkeitsgewichteten EBM-Bewertungen herkömmlich übermittelter Briefe in Euro gemäß den Kostenpauschalen 40120, 40122, 40124 und 40126 im Jahr 2016 aus den Daten der arztseitigen Rechnungslegung (Satzart ARZTRG87aKA).
- b. Für jeden der siebzehn KV-Bezirke entsprechend dem Wohnort der Versicherten die Summe der Abrechnungshäufigkeiten aller Briefe gemäß den Kostenpauschalen 40120, 40122, 40124, 40126 und 86901 in den Jahren 2016 und 2017 bzw. 2018 bzw. 2019 aus den Daten der arztseitigen Rechnungslegung (Satzart ARZTRG87aKA).

- c. Für jeden der siebzehn KV-Bezirke entsprechend dem Wohnort der Versicherten die Versichertenanzahlsumme aller Krankenkassen im dritten Abrechnungsquartal der Jahre 2016 und 2017 bzw. 2018 bzw. 2019 aus den Daten der kassenseitigen Rechnungslegung (Satzart KASSRG87aMGV).
- d. Getrennt für die vier Quartale der Jahre 2017 bzw. 2018 bzw. 2019 und jeden der siebzehn KV-Bezirke entsprechend dem Wohnort der Versicherten die Anzahl der empfangenen E-Arztbriefe gemäß der Gebührenordnungsziffer 86901 aus den Daten der arztseitigen Rechnungslegung (Satzart ARZTRG87aKA).
- e. Getrennt für die siebzehn KV-Bezirke den arithmetischen Mittelwert der jeweils für das Jahr 2017 bzw. 2018 bzw. 2019 vom Bewertungsausschuss empfohlenen demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsdaten.

2. Ankündigung weiterer Beschlüsse des Bewertungsausschusses

Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. Juli 2018 bzw. bis zum 31. Juli 2019 bzw. bis zum 31. Juli 2020 auf der Grundlage der Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses nach Nr. 1 zur Höhe der KV-spezifischen Kürzungen des Behandlungsbedarfs für jedes der Quartale der Jahre 2018 bzw. 2019 bzw. 2020 beschließen. Diese Kürzungen sind im Rahmen der Rechnungslegung des jeweiligen Quartals abzuziehen.

Der Bewertungsausschuss wird dazu nach Plausibilisierung der vom Institut des Bewertungsausschusses vorgelegten Berechnungsergebnisse nach Nr. 1 für jeden KV-Bezirk die Höhe der Kürzung für ein Quartal Q des Jahres J (2018 bzw. 2019 bzw. 2020) wie folgt bestimmen:

- f. Die Abrechnungshäufigkeit [b] des Jahres J-2 wird durch die Versichertenanzahlsumme [c] des Jahres J-2 dividiert.
- g. Die Abrechnungshäufigkeit [b] des Jahres J-1 wird durch die Versichertenanzahlsumme [c] des Jahres J-1 dividiert.
- h. Der allgemeine Mengenanstieg vom Jahr J-2 zum Jahr J-1 wird berechnet als Quotient der Größen [g] und [f].
- i. Der über die durchschnittliche Veränderungsrate hinausgehende Mengenanstieg vom Jahr J-2 zum Jahr J-1 wird berechnet als Quotient der Größe [h] und der um eins erhöhten Größe [e] für das Jahr J-1. Der Quotient wird auf eins gesetzt, sofern er unter 1 liegen sollte.
- j. Die für das Quartal Q des Jahres J zu berücksichtigende Anzahl empfangener E-Arztbriefe wird berechnet als Quotient der Größe [d] für das Quartal Q des Jahres J-1 sowie der Größe [i] für den über die durchschnittliche Veränderungsrate hinausgehenden Mengenanstieg vom Jahr J-2 zum Jahr J-1.

- k. Der Kürzungsbetrag für das Quartal Q des Jahres J ergibt sich schließlich als Produkt aus der Größe [j] für das Quartal Q des Jahres J und der Größe [a] für den jeweiligen KV-Bezirk.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 zur Änderung des Rahmenbeschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 418. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Anpassung der Behandlungsbedarfe aufgrund von § 291f Abs. 1 SGB V mit Wirkung zum 19. Juni 2019

1. Rechtsgrundlage

Gemäß § 291f Abs. 1 Satz 2 SGB V ist der Wegfall des Versands durch Post-, Boten- oder Kurierdienste aufgrund der Übermittlung elektronischer Briefe bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 SGB V zu berücksichtigen. Der Bewertungsausschuss hat dazu in seiner 418. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V entsprechende Rahmenvorgaben als Übergangsverfahren für die Behandlungsbedarfe der Jahre 2018 und 2019 in Bezug auf die in den Jahren 2017 und 2018 elektronisch übermittelten Briefe beschlossen. Er hat dabei die Protokollnotiz in Anlage 7 der Anlage 32 des Bundesmantelvertrags-Ärzte umgesetzt.

2. Regelungsinhalte und Regelungshintergründe

Die Bundesmantelvertragspartner haben die Übergangsvereinbarung zur Abrechnung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung in Anlage 7 der Anlage 32 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte aufgrund der Verzögerungen bis zur Nutzbarkeit der Dienste nach § 291b Absatz 1e SGB V bis zum Ende des Jahres 2019 verlängert. Aus diesem Grund verlängert der Bewertungsausschuss die zunächst nur für die in den Jahren 2017 und 2018 elektronisch übermittelten Briefe gefasste Übergangsregelung zur Anpassung der Behandlungsbedarfe ebenfalls ansonsten unverändert um ein Jahr.

3. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 19. Juni 2019 in Kraft.