

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 461. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

Rahmenbeschluss zur Anpassung der Behandlungsbedarfe der Quartale 1/2018 bis 1/2021 aufgrund von § 291f Abs. 1 SGB V

mit Wirkung zum 15. Januar 2020

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 Quartale 1/2018 bis 1/2021 in Bezug auf die in den Quartalen 1/2017 bis 1/2020 elektronisch übermittelten Briefe. Er setzt dabei die Protokollnotiz in Anlage 7 der Anlage 32 des Bundesmantelvertrags Ärzte um.

Dieser Beschluss ersetzt den diesbezüglichen Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 418. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019.

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 bzw. bis zum 10. Juli 2021 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 bzw. in den Quartalen 1/2019 und 1/2020 aus den Daten der arztseitigen Rechnungslegung (Satzart ARZTRG87aKA).
- c. Für jeden der siebzehn KV-Bezirke entsprechend dem Wohnort der Versicherten die Versichertenzahlsumme aller Krankenkassen im dritten Abrechnungsquartal der Jahre 2016 und 2017 bzw. 2018 bzw. 2019 bzw. im ersten Abrechnungsquartal der Jahre 2019 und 2020 aus den Daten der kassenseitigen Rechnungslegung (Satzart KASSRG87aMGV).
 - d. Getrennt für die vier Quartale der Jahre 2017 bzw. 2018 bzw. 2019 bzw. für das erste Quartal des Jahres 2020 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 bzw. 2020 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 bzw. bis zum 31. Juli 2021 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 bzw. für das Quartal 1/2021 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) bzw. für das erste Quartal des Jahres 2021 wie folgt bestimmen:

- f. Die Abrechnungshäufigkeit [b] des Jahres J-2 bzw. des Quartals 1/2019 wird durch die Versichertenzahlsumme [c] des Jahres J-2 bzw. des Quartals 1/2019 dividiert.
- g. Die Abrechnungshäufigkeit [b] des Jahres J-1 bzw. des Quartals 1/2020 wird durch die Versichertenzahlsumme [c] des Jahres J-1 bzw. des Quartals 1/2020 dividiert.
- h. Der allgemeine Mengenanstieg vom Jahr J-2 zum Jahr J-1 bzw. vom Quartal 1/2019 zum Quartal 1/2020 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 bzw. vom Quartal 1/2019 zum Quartal 1/2020 wird berechnet als Quotient der Größe [h] und der um eins erhöhten Größe [e] für das

Jahr J-1 bzw. das Quartal 1/2020. 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 bzw. vom Quartal 1/2019 zum Quartal 1/2020.
- 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.

Dabei kann der Bewertungsausschuss die Anwendung der Kürzungen auch auf entsprechende Folgejahresquartale verschieben, spätestens jedoch auf die vier Quartale 2/2020 bis 1/2021.