

## **B E S C H L U S S**

### **des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 418. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

### **Rahmenbeschluss zur Anpassung der Behandlungsbedarfe der Jahre 2018 und 2019 aufgrund von § 291f Abs. 1 SGB V**

**mit Wirkung zum 1. April 2018**

---

#### **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 und 2019 in Bezug auf die in den Jahren 2017 und 2018 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 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 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 aus den Daten der kassenseitigen Rechnungslegung (Satzart KASSRG87aMGV).

- d. Getrennt für die vier Quartale der Jahre 2017 bzw. 2018 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 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 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 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) 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.

## **Entscheidungserheblichen Gründe**

### **zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 418. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) Rahmenbeschluss zur Anpassung der Behandlungsbedarfe der Jahre 2018 und 2019 aufgrund von § 291f Abs. 1 SGB V mit Wirkung zum 1. April 2018**

---

#### **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 beschließt gemäß § 87a Abs. 5 Satz 7 SGB V hierzu nun entsprechende Rahmenvorgaben zunächst als Übergangsverfahren für die Behandlungsbedarfe der Jahre 2018 und 2019 in Bezug auf die in den Jahren 2017 und 2018 elektronisch übermittelten Briefe. Er setzt dabei die Protokollnotiz in Anlage 7 der Anlage 32 des Bundesmantelvertrags Ärzte um.

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

In Nr. 1 des vorliegenden Beschlusses wird das Institut des Bewertungsausschusses beauftragt, bis zum 10. Juli 2018 sowie bis zum 10. Juli 2019 Berechnungen durchzuführen und der AG Aufsatzwerte des Bewertungsausschusses vorzulegen. Dies umfasst erstens nach KV-Bezirken differenziert die durchschnittliche Höhe der im Jahr 2016 für herkömmlich übermittelte Briefe abgerechneten Kostenpauschalen. Zweitens umfasst es nach KV-Bezirken differenziert die Anzahlen der insgesamt in den Jahren 2016, 2017 und 2018 erhaltenen Briefe, die Anzahlen der jeweils im dritten Quartal dieser Jahre vergütungswirksam berücksichtigten Versicherten und die arithmetischen Mittelwerte der für den Übergang von 2016 zu 2017 bzw. von 2017 zu 2018 empfohlenen Veränderungsdaten. Drittens umfasst es für jedes einzelne Quartal der Jahre 2017 bzw. 2018 differenziert nach KV-Bezirken die Anzahl der empfangenen E-Arztbriefe. Datengrundlage sind die jeweils aktuellsten dem Institut des Bewertungsausschusses vorliegenden Daten der arztseitigen und kassenseitigen Rechnungslegung.

In Nr. 2 des vorliegenden Rahmenbeschlusses werden zudem als Übergangsverfahren für die Jahre 2018 und 2019 zwei weitere Beschlüsse bis zum 31. Juli 2018 bzw.

31. Juli 2019 angekündigt, in denen auf der Grundlage der Berechnungsergebnisse nach Nr. 1 die Höhe der KV-spezifischen Kürzungen des Behandlungsbedarfs zum Abzug bei der jeweiligen Rechnungslegung vorgegeben wird. Die Berechnung dieser Kürzungsbeträge wird zudem wie folgt beschrieben: Zunächst wird der Anstieg der je Versicherten mit Wohnort im KV-Bezirk insgesamt erhaltenen Briefe zwischen dem Vorvorjahr und dem Vorjahr ermittelt. Insoweit dieser Anstieg das arithmetische Mittel der empfohlenen Veränderungsraten übersteigt, wird die tatsächliche Anzahl der empfangenen E-Arztbriefe im Vorjahresquartal entsprechend prozentual reduziert. Die derart ggf. reduzierte Anzahl empfangener E-Arztbriefe im Vorjahresquartal wird schließlich mit der KV-spezifischen durchschnittlichen Bewertung der im Jahr 2016 übermittelten Briefe multipliziert, um den Kürzungsbetrag für das aktuelle Quartal zu erhalten.

Damit wird der Auftrag nach § 291f Abs. 1 Satz 2 SGB V für die in den Jahren 2017 und 2018 elektronisch übermittelten Briefe pragmatisch nach Vorliegen der entsprechenden Abrechnungsdaten durch Kürzung der Rechnungsbeträge des jeweiligen Folgejahresquartals umgesetzt.

### **3. Inkrafttreten**

Der vorliegende Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. April 2018 in Kraft.