

B E S C H L U S S

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 456. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)

**zur Neufassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in
seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 zur Festlegung von Krite-
rien zur Vereinbarung von Zuschlägen auf den Orientierungswert
gemäß § 87 Abs. 2e SGB V für besonders förderungswürdige Leis-
tungen sowie für Leistungen von besonders förderungswürdigen
Leistungserbringern gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V**

mit Wirkung zum 1. Oktober 2019

Präambel

Der Bewertungsausschuss hat gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V Kriterien festzulegen, auf deren Grundlage die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in Planungsbereichen, für die durch die Landesausschüsse Ärzte und Krankenkassen Feststellungen nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen wurden, Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e SGB V für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern vereinbaren können.

1. Anwendungsbereich

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e SGB V für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in Planungsbereichen, für die Feststellungen nach § 100 Absatz 1 oder 3 SGB V getroffen wurden, nach den nachfolgenden Kriterien vereinbaren. Nr. 2 benennt Kriterien für die Förderung von Leistungen; Nr. 3 benennt Kriterien für die Förderung von Leistungen förderungswürdiger Leistungserbringer; Voraussetzung für die Förderung von Leistungen nach Nr. 3 ist nicht, dass die Leistungen förderungswürdig nach Nr. 2 sind.

2. Förderung von Leistungen

Die Gesamtvertragspartner können gemeinsam und einheitlich die Förderung von Leistungen des EBM vereinbaren, soweit Veränderungen in Art oder Häufigkeit der Erbringung zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Eine Verbesserung der Versorgung der Versicherten nach diesem Beschluss liegt dann vor,

- wenn im Sinne der Verbesserung der Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität der Behandlungserfolg gesteigert werden kann, oder
- wenn aufgrund einer Steigerung oder Beibehaltung der bisherigen Leistungserbringung stationäre Behandlungen oder unnötige Krankentransporte vermieden, werden können, oder
- wenn bestehende bzw. sich abzeichnende Versorgungsmängel durch gezielte Förderung reduziert bzw. vermieden werden können, beispielsweise durch Veränderungen oder Erweiterungen der Angebotsstrukturen.

3. Förderung von Leistungen förderungswürdiger Leistungserbringer

Die Gesamtvertragspartner können gemeinsam und einheitlich Leistungserbringer in Planungsbereichen fördern, für die nach § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V festgestellt wurde, dass eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht oder nach § 100 Abs. 3 SGB V festgestellt worden ist, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht.

Die Gesamtvertragspartner können darüber hinaus gemeinsam und einheitlich Leistungen bestimmter Leistungserbringer fördern, wenn sich in ausgewählten, kleinräumigen Regionen innerhalb eines Planungsbereiches Versorgungsmängel abzeichnen und diese durch eine gezielte Förderung reduziert bzw. vermieden werden können, die auf die Erhaltung, Veränderung oder Erweiterung konkreter Angebotsstrukturen abstellt. Die Regelungen zur Förderung von Leistungserbringern bei sich abzeichnenden Versorgungsmängeln finden keine Anwendung bei vorliegender Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

4. Obergrenze für Fördermaßnahme

Die Gesamtvertragspartner können gemeinsam und einheitlich eine Obergrenze für die Höhe der bereitgestellten Finanzmittel für die jeweilige Fördermaßnahme vereinbaren.

5. Evaluation

Die Wirkungen der unter Nr. 2 und Nr. 3 vereinbarten Fördermaßnahmen sind regelmäßig zu überprüfen. Zu diesem Zweck sind durch die Gesamtvertragspartner überprüfbare Ziele der einzelnen Fördermaßnahmen vor Beginn der jeweiligen Fördermaßnahme festzulegen.

Spätestens nach Ablauf eines von den Gesamtvertragspartnern festzulegenden Zeitraumes muss die Zielerreichung der Fördermaßnahme durch die Gesamtvertragspartner bewertet

werden. Die Gesamtvertragspartner berücksichtigen die Ergebnisse der Evaluation bei der Entscheidung über künftige Fördermaßnahmen.

Entscheidungserhebliche Gründe

zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 456. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) zur Neufassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 zur Festlegung von Kriterien zur Vereinbarung von Zuschlägen auf den Orientierungswert gemäß § 87 Abs. 2e SGB V für besonders förderungswürdigen Leistungen sowie für Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V mit Wirkung zum 1. Oktober 2019

1. Rechtsgrundlage

Der Bewertungsausschuss hat gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V Kriterien festzulegen, auf deren Grundlage die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere in Planungsbereichen, für die durch die Landesausschüsse Ärzte und Krankenkassen Feststellungen nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen wurden, Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e SGB V für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern vereinbaren können.

2. Regelungsgegenstände

Der vorliegende Beschluss ersetzt den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 zur Festlegung von Kriterien zur Vereinbarung von Zuschlägen auf den Orientierungswert gemäß § 87 Abs. 2e SGB V für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V zum 1. Oktober 2019.

Dieser Beschluss legt Kriterien für Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e SGB V für besonders förderungswürdige Leistungen des EBM fest. Dies schließt auch die Förderungen der Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen sowie Sachkostenpauschalen ein. Es wird geregelt, dass Voraussetzung für die Förderung von Leistungen ist, dass hierdurch Veränderungen in Art oder Häufigkeit der Erbringung zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Dabei wird von einer Verbesserung der Versorgung ausgegangen, wenn im Sinne der Verbesserung der Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität der Behandlungserfolg gesteigert werden kann, oder wenn aufgrund einer Steigerung oder im

Fälle von stagnierender bzw. rückläufiger Inanspruchnahme die Beibehaltung bzw. Sicherstellung derselben erreicht werden kann. Tatbestände bei denen Maßnahmen für eine Steigerung oder Sicherung der Inanspruchnahme vorgenommen werden können, sind die Vermeidung von stationären Behandlungen oder unnötigen Krankentransporten, oder die Erhöhung der Compliance der Patienten, oder die Verbesserung der Koordination oder der Effizienz der Versorgung. Eine Verbesserung der Versorgung liegt auch dann vor, wenn ein bestehender bzw. sich abzeichnender Versorgungsmangel durch gezielte Förderung reduziert oder vermieden werden könnte. Als eine Möglichkeit dazu werden beispielhaft Veränderungen oder Erweiterungen der Angebotsstrukturen aufgeführt.

Gegenüber dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung wird auf die explizite Nennung der Fördermöglichkeit für die Behandlung und Betreuung eines chronisch erkrankten Patienten im hausärztlichen Versorgungsbereich verzichtet, da dies bereits über das Kriterium der Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abgebildet ist.

Der Beschluss sieht zum anderen vor, dass die Gesamtvertragspartner gemeinsam und einheitlich Leistungserbringer in Planungsbereichen fördern können, für die nach § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V festgestellt wurde, dass eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht oder nach § 100 Abs. 3 SGB V festgestellt worden ist, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, bei sich abzeichnenden Versorgungsmängeln in ausgewählten, kleinräumigen Regionen innerhalb eines Planungsbereiches, einzelne Leistungserbringer gezielt zu fördern, um die Angebotsstrukturen erhalten, verändern oder erweitern zu können, sofern keine Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 Satz 3 SGB V vorliegt.

Um Planungssicherheit gewährleisten zu können, wird den Gesamtvertragspartnern die Möglichkeit eingeräumt, Obergrenzen für die Fördermaßnahmen festzulegen.

Schließlich regelt der Beschluss, dass die Gesamtvertragspartner die gemäß Nr. 2 und Nr. 3 vereinbarten Fördermaßnahmen für Leistungen regelmäßig auf Ihre Wirkung überprüfen. Dazu sind vor Beginn der jeweiligen Fördermaßnahme überprüfbare Ziele der Förderung festzulegen. Eine Bewertung der jeweiligen Fördermaßnahme durch die Gesamtvertragspartner hat spätestens bis zu einem von den Gesamtvertragspartnern festzulegenden Zeitraum zu erfolgen. Die Ergebnisse der Bewertung berücksichtigen die Gesamtvertragspartner bei der Entscheidung über zukünftige Fördermaßnahmen.

4. Inkrafttreten

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 in Kraft.