

BESCHLUSS

des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 266. Sitzung am 14. Dezember 2011

zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2012

mit Wirkung zum 1. Januar 2012 bis zum 31. Dezember 2012

Präambel

Der Bewertungsausschuss beschließt auf der Grundlage des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) nachfolgende Regelungen zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2012.

1. Aufhebung vorhergehender Beschlüsse

Die nachfolgend genannten Beschlüsse werden mit Wirkung ab 1. Januar 2012 aufgehoben, soweit sie den Zeitraum ab 1. Januar 2012 betreffen:

- a) Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 in seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010 (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 11. Oktober 2010 [www.institut-ba.de]; Deutsches Ärzteblatt, Jg.107 Heft 44 vom 5. November 2010, Seiten A 2193-2195), zuletzt geändert durch den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 26. Sitzung am 22. Dezember 2010 mit Wirkung zum 1. Januar 2011 (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 22. Dezember 2010 [www.institut-ba.de]; Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 3 vom 21. Januar 2011, Seite A 126).
- b) Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V, Teil F, zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V in seiner 218. Sitzung am 26. März 2010 (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 30. März 2010 [www.institut-ba.de]; Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Beilage zu Heft 16 vom 23. April 2010), zuletzt geändert durch den Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 262. Sitzung, Teil B, am 31. August 2011 (Amtliche Bekanntmachung: In-

ternetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 26. September 2011 [www.institut-ba.de]; Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 39 vom 30. September 2011, Seiten A 2052-2053).

Die Fortgeltung der bisherigen Bestimmungen gemäß § 87b Absatz 1 Satz 3 SGB V (nach Artikel 1 Nr. 24 GKV-VStG) des Beschlusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen bleibt unberührt.

- c) Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Teil D zur Höhe und Anwendung von Orientierungswerten im Regelfall sowie bei festgestellter Unter- und Überversorgung (Amtliche Bekanntmachung: Internetseite des Instituts des Bewertungsausschusses am 2. September 2009, [www.institut-ba.de]; Deutsches Ärzteblatt, Jg.106, Heft 39 vom 25. September 2009, Seiten A 1907-1919).

2. Festlegung des Orientierungswertes

Der bundeseinheitliche Orientierungswert gemäß § 87 Abs. 2e SGB V (nach Artikel 1 Nr. 22 Buchstabe f) GKV-VStG) für das Jahr 2012 beträgt 3,5048 Cent.

3. Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs

Für die Vereinbarung des der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugrunde liegenden Punktzahlvolumens für das Jahr 2012 gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V trifft der Bewertungsausschuss folgende Vorgaben und Empfehlungen.

3.1 Aufsatz der Leistungsmenge je Versicherten

Die je Krankenkasse gemäß § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V für das Jahr 2011 vereinbarte und unbereinigte Leistungsmenge je Versicherten bildet den Aufsatz für die Ermittlung des Behandlungsbedarfs für das Jahr 2012.

3.2 Festlegung der Leistungsmenge nach Inhalt

Die empfohlene Abgrenzung der Leistungsmenge für das Jahr 2012 nach 3.1 entspricht den für 2010 in Nrn. 1.3 und 2.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Teil B sowie unter Berücksichtigung der Nr. 2a. und 2b. des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 208. Sitzung am 8./9. Dezember 2009 für das Jahr 2010 getroffenen Festlegungen sowie den für 2011 ergänzend in den Gesamtverträgen getroffenen Regelungen. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die unbereinigte Leistungsmenge je Versicherten nach 3.1 für das Jahr 2012 um die anteiligen Leistungsmengen der reproduktionsmedizinischen Beratungsleistungen (Gebührenordnungspositionen 08520 und 08521) je Versicherten nach Anwendung des Wohnortprinzips zu erhöhen sind.

3.3 Anpassung des Behandlungsbedarfs gemäß § 87d Absatz 2 Satz 4 SGB V (nach Artikel 1 Nr. 26 GKV-VStG)

3.3.1 Vergütung von neuen Leistungen gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 3 SGB V i. V. m. § 87d Absatz 2 Satz 4 SGB V (nach Artikel 1 Nr. 23 Buchstabe e) und Nr. 26 GKV-VStG) außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und Berechnung der Anpassung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bei Übernahme solcher Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Bei Veränderungen von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Abs. 1 SGB V beruhen und soweit keine schon bestehenden Leistungen substituiert werden, werden die entsprechenden Gebührenordnungspositionen jeweils für einen Zeitraum von zunächst zwei Jahren außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemäß § 87a Abs. 3 SGB V vergütet. Während dieses festgelegten Zeitraumes wird der Bewertungsausschuss prüfen, wann und ggf. wie eine Überführung dieser Leistungen in die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung empfohlen werden kann.

Empfiehl der Bewertungsausschuss nach Satz 2 Leistungen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu übernehmen, unterbreitet das Institut des Bewertungsausschusses spätestens drei Monate vor dem empfohlenen Überführungstermin dem Bewertungsausschuss Vorschläge zur konkreten Umsetzung des vom Bewertungsausschuss empfohlenen Standardverfahrens in dessen Empfehlungen nach § 87a Absatz 5 Satz 1 Nrn. 1 bis 3 SGB V (nach Artikel 1 Nr. 23 Buchstabe f) GKV-VStG).

3.3.2 Anpassung des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nrn. 1, 2, 4 und 5 SGB V i. V. m. § 87d Absatz 2 Satz 4 SGB V (nach Artikel 1 Nr. 23 Buchstabe e) und Nr. 26 GKV-VStG)

Darüber hinausgehende Anpassungen des Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 4 Satz 1 Nrn. 1, 2, 4 und 5 SGB V (nach Artikel 1 Nr. 23 Buchstabe e) GKV-VStG) können für das Jahr 2012 nach § 87d Absatz 2 Satz 4 SGB V (nach Artikel 1 Nr. 26 GKV-VStG) nicht umgesetzt werden.

4. Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2012

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung 2012 einer Krankenkasse ergibt sich gemäß § 87d Abs. 2 SGB V aus dem Produkt der um 1,25 vom Hundert gesteigerten unbereinigten Leistungsmenge je Versicherten des Jahres 2011 nach dem Abschnitt 3 mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2012 sowie dem Punktwert nach § 87a Abs. 2 SGB V.

Hiervon abgezogen werden die Bereinigungsbeträge aufgrund von Selektivverträgen gemäß §§ 64 Abs. 3 Satz 1, 73b, 73c sowie 140a ff. SGB V nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 238. Sitzung am 19. Oktober 2010, zuletzt geändert durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 266. Sitzung vom 14. Dezember 2011. Zur Bereinigung aufgrund der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß § 116b SGB V (nach Artikel 1 Nr. 44 GKV-VStG) wird der Bewertungsausschuss separat beschließen, soweit eine solche noch für das Jahr 2012 notwendig wird.

5. Vergütung von Leistungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung

Die im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erbrachten Leistungen mit Ausnahme des sich ggf. aus Nr. 6.1 ergebenden nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs sind Bestandteil des Behandlungsbedarfs und unterliegen den in diesem Beschluss getroffenen Regelungen. Die Krankenkassen haben ausschließlich für Leistungen, die nicht Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind, die sich aus höheren Preisen in der am Ort der Leistungserbringung gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung ergebenden Mehrkosten zu tragen.

6. Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V

6.1 Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2010

Das Institut des Bewertungsausschusses stellt nach Nr. 2.1 des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009, Teil E, zu einem Verfahren zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V bis zum 15. Februar 2012 den nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen für das Jahr 2010 fest. Der Bewertungsausschuss wird bis zum 29. Februar 2012 über die Freigabe beschließen. Dabei stellt der Bewertungsausschuss sicher, dass es zu keinen Doppelzahlungen für das Jahr 2010 kommt.

Die Partner der Gesamtverträge stellen auf der Grundlage der Berechnungen nach Satz 1 und 2 und nach Abzug des nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs aufgrund von Ausnahmeereignissen für das Jahr 2010 den zusätzlich zu vergütenden Behandlungsbedarf aufgrund eines überproportionalen Anstiegs von Akuterkrankungen fest und regeln das Nähere zu dessen zeit-

naher Erstattung durch die Krankenkassen mit den Preisen der im Jahr 2010 jeweils gültigen Euro-Gebührenordnung. Dabei stellen die Partner der Gesamtverträge sicher, dass es zu keinen Doppelzahlungen für das Jahr 2010 kommt.

6.2 Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2012

Eine Bestimmung des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das Jahr 2012 erfolgt nach § 87d Absatz 2 Satz 4 SGB V (nach Artikel 1 Nr. 26 GKV-VStG) nicht.