

Zusammenfassende Darstellung der

B E S C H L Ü S S E

**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**

**sowie in seiner 433. Sitzung am 22. Januar 2019 Teil B
zur Festlegung von Zuschlägen auf den Orientierungswert gemäß
§ 87 Abs. 2e SGB V für belegärztlich tätige Geburtshelfer gemäß
§ 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2019**

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 Abs. 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.

BESCHLUSS

**des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V
in seiner 433. Sitzung am 22. Januar 2019**

Teil B

**zur Festlegung von Zuschlägen auf den Orientierungswert ge-
mäß § 87 Abs. 2e SGB V für belegärztlich tätige Geburtshelfer
gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V**

mit Wirkung zum 1. Januar 2019

Der Bewertungsausschuss beschließt im Zusammenhang mit der Neubewertung der Leistung nach der Gebührenordnungsposition 08411 (Geburt) zum 1. Januar 2019 folgende Regelung.

Aufgrund regionaler Unterschiede der Höhe der Prämien für die Berufshaftpflichtversicherung empfiehlt der Bewertungsausschuss den Gesamtvertragspartnern auf Landesebene jährlich zu prüfen, ob und in welcher Höhe eine Förderung gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V über die Bewertung der Gebührenordnungsposition 08411 hinaus, vorzunehmen ist.