

## **Entscheidungserhebliche Gründe**

**zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V 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 mit Wirkung zum 22. Oktober 2012**

---

### **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 Beschluss sieht zum einen Regelungen für Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e SGB V für besonders förderungswürdige Leistungen vor. Es wird geregelt, dass Voraussetzung für die Förderung einzelner Leistungen ist, dass hierdurch Veränderungen in Art und Häufigkeit der Erbringung zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Dabei wird von einer Verbesserung der Versorgung ausgegangen, wenn im Sinne der Verbesserung der Ergebnisqualität der Behandlungserfolg gesteigert wird. Der Beschluss sieht vor, dass die Vereinbarung darzulegen hat, in welcher Weise Mängel in der Versorgung bestehen und inwieweit durch die Förderung der Leistungen eine Verbesserung der Ergebnisqualität bewirkt werden kann. Der Beschluss geht davon aus, dass Zuschläge zum Orientierungswert bei einzelnen Leistungen auch an Parameter der Struktur- und Prozessqualität gebunden werden können.

Der Beschluss schafft des Weiteren für die Gesamtvertragspartner die Möglichkeit, gemeinsam und einheitlich Zuschläge auf den Orientierungswert im hausärztlichen Versorgungsbereich des EBM im Falle der Behandlung multimorbider Patienten zu vereinbaren. Voraussetzung ist, dass die Versicherten an mindestens drei chronischen Erkrankungen erkrankt sind; hierzu legen die Partner der Gesamtverträge auf regionaler Ebene einvernehmlich eine Liste von chronischen Erkrankungen fest.

Der Beschluss sieht weiterhin 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.

Schließlich regelt der Beschluss, dass die Gesamtvertragspartner gemeinsam und einheitlich nach angemessener Zeit die nach dieser Regelung durchgeführten Maßnahmen evaluieren sollen.

### **3. Verhältnis der Fördertatbestände zueinander**

Der Beschluss legt fest, dass Voraussetzung für die Förderung von Leistungen nach Nr. 3 nicht ist, dass die Leistungen förderungswürdig nach Nr. 2 sind.

### **4. Inkrafttreten**

Der Beschluss tritt mit Wirkung zum 22. Oktober 2012 in Kraft.