

Teil C

Beschluss gemäß § 87 Abs. 2f SGB V zur Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur für das Jahr 2010

mit Wirkung zum 1. Januar 2010

Der Bewertungsausschuss legt jährlich bis zum 31. August Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur nach § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V fest, auf deren Grundlage in den regionalen Punktwertvereinbarungen von den Orientierungswerten nach § 87 Abs. 2e SGB V abgewichen werden kann. Für die Punktwertvereinbarungen für das Jahr 2010 beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss wie folgt:

1. Feststellung zum Begriff der regionalen Besonderheiten

Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt – auch auf Grundlage der rechtlichen Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit in der 324. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses am 04. August 2009 – fest, dass § 87 Abs. 2f SGB V i.V.m. § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V den Begriff der „regionalen Besonderheiten“ auf Besonderheiten zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen bezieht. Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt fest, dass Anhaltspunkte dafür sprechen, dass innerhalb der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur (z. B. zwischen städtischen und ländlichen Räumen) bestehen. Diese kann der Erweiterte Bewertungsausschuss aufgrund der gesetzlichen Vorgaben nicht heranziehen.

2. Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kostenstruktur nach § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V

Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt mit Wirkung für das Jahr 2010 fest, dass unter der Prämisse der arztgruppen- und planungsbereichsübergreifenden Wirksamkeit der Indikatoren keine Indikatoren zu regionalen Besonderheiten in der Kostenstruktur zwischen den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen definiert werden können, die eine regionale Anpassung der Orientierungswerte aufgrund von Unterschieden in der Kostenstruktur rechtfertigen würden.

3. Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Versorgungsstruktur nach § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V

3.1 Leistungsbezogene Indikatoren für regionale Besonderheiten der Versorgungsstrukturen

Die Partner der Gesamtverträge überprüfen zur Sicherstellung einer ausreichenden und bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten der GKV je Gebührenordnungsposition die Höhe der im Jahr 2010 für die nachfolgend aufgeführten besonders förderungswürdigen Leistungen zu zahlende Vergütung unter Berücksichtigung der gesamtvertraglichen Regelungen im Jahr 2008.

Unterschreitet die für das Jahr 2010 ermittelte zu zahlende Vergütung je Gebührenordnungsposition für

- belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe) und
- Leistungen der Abschnitte 31.2 und 31.5, die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518 und 04520,

die gemäß den gesamtvertraglichen Regelungen im Jahr 2008 hierfür zu zahlende Vergütung (Leistungsbezogener Indikator für regionale Besonderheiten der Versorgungsstruktur bei der Vergütung besonders förderungswürdiger Leistungen), vereinbaren die Partner der Gesamtverträge zum Ausgleich der festgestellten Unterschreitungen für die betroffenen Gebührenordnungspositionen leistungsbezogene Zuschläge zum Orientierungswert der Euro-Gebührenordnung.

Für nachfolgende Leistungen

- Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4,
- Früherkennungsuntersuchung U 7a,
- Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit
- Hautkrebsscreening,
- Durchführung von Vakuumstanzbiopsien,
- Leistungen der künstlichen Befruchtung,
- Strahlentherapie,
- Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten
- Polysomnographie
- MRT-Angiographie

wird den Partnern der Gesamtverträge empfohlen festzustellen, ob zur Sicherung einer angemessenen Vergütung analoge Regelungen nach Satz 2 erforderlich sind. Über die in Satz 2 und 3 genannten Leistungen hinaus können

die Partner der Gesamtverträge weitere besonders förderungswürdige Leistungen bestimmen und für diese Zuschläge zum Orientierungswert festlegen.

Die Vergütung der nach Satz 2 bis 4 vereinbarten Zuschläge für außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzierte Leistungen erfolgt aus den Rückstellungen zur Verhinderung überproportionaler Honorarverluste nach Beschluss Teil G 1. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung und diese Rückstellungen sind durch die betroffenen Krankenkassen hierzu zweckgebunden fortlaufend um das Vergütungsvolumen für die je abgerechneter Gebührenordnungsposition für besonders förderungswürdige Leistungen nach Satz 2 zum Ansatz kommende Zuschläge nach Satz 2 zusätzlich zu erhöhen.

Der Bewertungsausschuss konnte die Auswirkungen der regionalen Vereinbarungen zur Vermeidung von Honorarverlusten für besonders förderungswürdige Leistungen im Jahr 2009 bis zum Zeitpunkt dieser Beschlussfassung noch nicht überprüfen, geht aber von der Notwendigkeit einer Fortschreibung der hierzu für das Jahr 2009 getroffenen Regelungen mit diesem Beschluss für das Jahr 2010 aus. Der Bewertungsausschuss wird bis zum 31. August 2010 kritisch prüfen, ob ein Fortbestand dieser Regelung im Jahr 2011 erforderlich ist. Das Institut des Bewertungsausschusses wird damit beauftragt, die Auswirkungen der regionalen Vereinbarungen zur Vermeidung von Honorarverlusten für besonders förderungswürdige Leistungen im Jahr 2009 zu analysieren und dem Bewertungsausschuss das Ergebnis der Untersuchung bis zum 31. Juli 2010 vorzulegen. Im Bereich des ambulanten Operierens ist insbesondere zu überprüfen, ob eine Differenzierung der Regelungen nach der Komplexität des Eingriffs sinnvoll wäre. Der Prüfauftrag aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 20. Mai 2009 bleibt unberührt. Der sofortige Vollzug gemäß § 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG der Regelung gemäß 3.1 wird beschlossen.

3.2 Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Versorgungsstruktur im Übrigen

Der Bewertungsausschuss stellt mit Wirkung für das Jahr 2010 fest, dass über die Regelung in Ziffer 3.1 hinaus unter der Prämisse der arztgruppen- und planungsbereichsübergreifenden Wirksamkeit der Indikatoren keine weiteren Indikatoren zu regionalen Besonderheiten in der Versorgungsstruktur zwischen den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen definiert werden können, die eine regionale Anpassung der Orientierungswerte aufgrund von Unterschieden in der Versorgungsstruktur rechtfertigen würden.

Darüber hinaus wird das Institut des Bewertungsausschusses damit beauftragt, bis zum 31. August 2010, eventuelle Zusammenhänge zwischen den jeweiligen regionalen Versorgungsstrukturen einerseits und Art und Umfang der ambulanten Leistungserbringung andererseits umfassend zu untersuchen und die Ergebnisse an den Bewertungsausschuss zu berichten, damit der Bewertungsausschuss für die Folgejahre notwendige Konsequenzen ziehen kann. Nr. 1 ist zu beachten.