

Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der KV Thüringen im Jahr 2018 gemäß § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V

Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, "einmal jährlich in geeigneter Form Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des HVM zur veröffentlichen" (§ 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V). Mit der nachfolgenden Veröffentlichung kommt die KV Thüringen diesem Gesetzauftrag nach.

Grundsätze des HVM der KVT

Der Verteilungsmaßstab stellt sicher, dass die Gesamtvergütung gleichmäßig auf das gesamte Jahr und getrennt für die haus- und fachärztliche Versorgung verteilt wird. Er dient außerdem der Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit der Ärzte und Psychotherapeuten über ihren Versorgungsauftrag bzw. Ermächtigungsumfang hinaus. Gleichzeitig wird den Ärzten und Psychotherapeuten eine weitgehende Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars ermöglicht. Um dies zu gewährleisten, wurde bei der Verteilungssystematik innerhalb der Fachgruppen auf die Erfahrungen aus den zurückliegenden Honorarverteilungsjahren 2002 bis 2008 zurückgegriffen. Dort wurde bei der Verteilung auf die sogenannte 65/35-Regelung abgestellt. Diese Honorarverteilungsmaßnahme bewirkt, dass bis zu 65 % der anerkannten individuellen Punktzahl des Vorjahresquartals mit einem festen Punktwert und der darüber hinausgehende Leistungsanteil mit einem floatenden Punktwert vergütet werden. Bei der Ermittlung des floatenden Punktwertes wird sichergestellt, dass mindestens ein Punktwert von 0,1 Ct. zur Auszahlung gelangt. Eine solche HVM-Regelung entspricht den gesetzlichen Vorgaben (Verhinderung einer übermäßigen Mengenausdehnung) und dient zugleich der Kalkulationssicherheit. Dieses HVM-Grundmodell wurde innerhalb der getrennten Versorgungsbereiche sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Versorgungsbereich verankert.

Um die leistungsgerechte Aufteilung der Vergütung sicherzustellen, bilden die seitens der Ärzte und Psychotherapeuten auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgerechneten Leistungen die Grundlage für die Honorarverteilung. Die Verteilungssystematik zwischen den Fachgruppen erfolgt auf der Basis des Leistungsbedarfsanteils der jeweiligen Fachgruppe im Vorjahresquartal im Verhältnis zum gesamten Leistungsbedarf, getrennt nach Haus- bzw. Fachärzten.

Zudem sind eine Reihe weiterer zentral durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung festgelegter Vorgaben zur Honorarverteilung umzusetzen. Danach hat der HVM beispielsweise der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen, was durch Zuschlagsregelungen auf das individuelle Punktzahlvolumen bei entsprechenden Konstellationen von fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften bzw. von fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften realisiert wird. Für Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinie werden anstelle von individuellen Punktzahlvolumen zeitbezogene Kapazitätsgrenzen zur Steuerung der Vergütung der vertragstherapeutischen Tätigkeit gebildet.

Die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sehen ebenfalls Festlegungen und Anpassungen des Vergütungsvolumens für die haus- und fachärztliche Versorgung vor (Trennung der Gesamtvergütung), auf welche im HVM der KV Thüringen vollständig Bezug genommen wird. Die Honorarverteilung der KV Thüringen ist von der KBV zertifiziert, das heißt, die KBV hat die Honorarverteilung der KV Thüringen auf Übereinstimmung mit ihren Vorgaben geprüft und deren Einhaltung bestätigt.

Gemäß den Vorgaben des Gesetzgebers und der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Honorarverteilung wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in vier Teile aufgeteilt:

- Laborleistungen,
- Leistungen im Notfall und im Notdienst,
- Leistungen des hausärztlichen und
- Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs.

Zum 1. April 2018 wurden die KBV-Vorgaben gemäß § 87b Abs. 4 SGB V im Hinblick auf eine Neuregelung der Vergütung von Leistungen der Laboratoriumsmedizin im HVM umgesetzt. Durch die KBV-Vorgaben wurde den KVen die Möglichkeit eröffnet, eine individuelle Steuerungsmaßnahme für Laborleistungen einzuführen. Der HVM der KV Thüringen sieht die Zuordnung eines Individualbudgets je Arzt (LANR) auf der Basis des Vorjahresquartals vor. Hierbei werden die erbrachten Untersuchungen des Vergütungsquartals zunächst mit 89 % quotiert und bis zur Höhe des ebenfalls mit 89 % quotierten Individualbudgets (historischer Leistungsbedarf) ohne weitere Abstufungen vergütet. Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen, die das Individualbudget überschreiten, werden bis maximal 35 % (entsprechend den KBV-Vorgaben Teil A Nr. 8 Satz 4) quotiert vergütet. Darüber hinaus werden für die Steuerung von speziellen Laboruntersuchungen von Nichtlaborärzten im HVM der KV Thüringen fallwertbezogene Budgetierungen für die entsprechenden Arztgruppen bzw. Schwerpunkte umgesetzt.

Die Mittel für den Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V werden außerhalb dieser Bereiche bereitgestellt; weitere Ausnahmen sind nicht zulässig. Mit den Mitteln aus dem Strukturfonds werden - unter Kofinanzierung der Krankenkassen - insbesondere die freiwillige fachärztliche Weiterbildung, Niederlassungen etc., nach Maßgabe des Sicherstellungsstatutes der KV Thüringen gefördert.

Neben diesen Grundsätzen der Honorarverteilung steht den Kassenärztlichen Vereinigungen ein Gestaltungsspielraum zu, welcher durch verschiedene Gebote begrenzt wird. Hierzu zählen z. B. das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit und das Gebot der Gleichbehandlung, u. a. durch Vermeidung willkürlicher Behandlung bestimmter Arztgruppen oder Leistungen. Der Gestaltungsspielraum besteht nur im Rahmen der gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben und auch nur dann, soweit der Gesetzgeber oder der Bewertungsausschuss nicht selbst höherrangige Regelungen getroffen haben. Soweit die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich bzw. einzelne Landesverbände oder Krankenkassen vertragliche Regelungen mit der KV Thüringen getroffen haben, dass Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung oder im Rahmen von Sonderverträgen zu festen Preisen vergütet werden, ist im Rahmen des HVM sichergestellt, dass die vereinbarten Preise an die Ärzte und Psychotherapeuten weitergereicht und nicht durch Begrenzungsmaßnahmen bzw. durch Umverteilung gemindert werden.

Die Regelungen des HVM sind stets im Kontext einer Vielzahl von Vorgaben, Vereinbarungen und Maßnahmen zu sehen, die in ihrer Summe die dauerhafte Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gewährleisten. So wird z. B. bei Ärzten, die in einem Planungsbereich tätig sind, für den der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen hat, die mengenbegrenzende Maßnahme der sogenannten 65/35-Regelung ausgesetzt.

Die Honorarverteilung der KV Thüringen ist transparent. Nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse werden diese quartalsweise analysiert. Die Ergebnisse der Analyse werden der Vertreterversammlung zur Befassung vorgelegt.

Im Jahr 2017 werden ca. 1,13 Milliarden Euro an ca. 4200 Ärzte und Psychotherapeuten in eigener Niederlassung oder Anstellung und anderer Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung ausbezahlt. Dabei werden von den Krankenkassen ca. 365 Millionen Euro nach Anforderungen (sogenannte außerbudgetäre Leistungen) und ca. 765 Millionen Euro mit befreiender Wirkung für alle im Freistaat Thüringen erbrachten ambulanten Leistungen eines Jahres gezahlt (sogenannte budgetierte Gesamtvergütung).

Versorgungsziele des HVM der KV Thüringen

Die dem HVM zugrunde liegenden Versorgungsziele sind die Vermeidung sowie die Abschwächung von Versorgungsengpässen insbesondere in strukturschwachen Gebieten sowie die Ausrichtung am Bedarf der Patientinnen und Patienten, bei denen schwerwiegende chronische Erkrankungen, Multimorbidität und altersbedingte Krankheiten vorliegen. Der HVM umfasst eine Reihe verschiedener Maßnahmen, die dafür sorgen sollen, dass auch weiterhin eine zweckmäßige und bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt. Nachfolgend soll auf ausgewählte Ziele und die entsprechenden Regelungen im HVM kurz eingegangen werden:

Stärkung grundversorgender Fachgebiete

Nach Auffassung der KV Thüringen müssen insbesondere diejenigen Leistungen gestärkt werden, die der Grundversorgung sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Versorgungsbereich dienen. Daher werden im hausärztlichen Versorgungsbereich für die Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten und praktischen Ärzte und für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin bei der Abrechnung bestimmter Leistungen der Grundversorgung sogenannte Strukturpauschalen gewährt.

Für Hausärzte wird die Betreuung in Pflegeheimen - nur mit Besuch - gefördert. Die Vergütung der Betreuungsleistung erfolgt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung.

Die Vergütung der Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung, der palliativmedizinischen sowie sozialpädiatrischen Versorgung gemäß EBM werden mit dem regionalen Punktwert vergütet. Das bestehende Vergütungsvolumen für diese Leistungen würde nicht ausreichen, um die Leistungen mit dem Orientierungspunktwert zu vergüten. Deshalb erfolgt eine Stützung aus dem hausärztlichen Vergütungsvolumen. Ebenso erfolgt die Vergütung der versorgungsbereichsspezifischen Vorhaltepauschalen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung.

Die Leistungen des problemorientierten ärztlichen Gespräches werden gesondert im Rahmen eines Vorwegabzuges im hausärztlichen Vergütungsvolumen vergütet. Das problemorientierte Gespräch wird mit dem Orientierungspunktwert bewertet und unter Anwendung der EBM-Budgetierung vergütet. Das individuelle Punktzahlvolumen der Ärzte sowie die Fachgruppenkontingente bei den Haus- und Kinderärzten werden um die entsprechenden Leistungsbestandteile bereinigt. Diese HVM-Maßnahme dient dem Zweck der Förderung von hausärztlichen Gesprächsleistungen.

Im fachärztlichen Versorgungsbereich wird die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) entsprechend der Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung aus einem Honorarvolumen vergütet und im Rahmen der Honorarverteilung auf das Niveau des Orientierungspunktwertes gestützt. Darüber hinaus wird die PFG zusätzlich über gesamtvertragliche Regelungen von den Krankenkassen gefördert.

Diese Förderung durch die Krankenkassen trifft nicht nur für die PFG zu, sondern für eine Vielzahl von fachärztlichen Leistungen der Grundversorgung. Eigens dazu wurde ein sogenannter Förderfonds bereits im Jahr 2013 im Rahmen des Honorarvertrages vereinbart. Im Jahr 2015 wurde darüber hinaus ein sogenannter EGV-Förderfonds für bestimmte fachärztliche Leistungen eingerichtet, der auch im Jahr 2016 von den Krankenkassen zusätzlich finanziert wird.

Folgende Leistungen werden innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung durch einen Punktwertzuschlag in Höhe von 1,41 Ct. gefördert:

- augenärztliche Strukturpauschale,
- Leistungen der Pflegeheimversorgung,
- kontinuierliche Mitbetreuung eines Patienten mit neurologischer oder psychiatrischer Erkrankung in Heimen,
- Versorgung von Patienten mit Harnableitungen in der häuslichen Pflege, in Heimen oder Wachkomaabteilungen,

- neurologisches Gespräch,
- psychiatrisches, kinder- und jugendpsychiatrisches Gespräch,
- Polysomnografie.

Folgende Leistungen werden außerhalb der MGV (EGV-Förderfonds) gefördert:

- Stützung bereits geförderter Gesprächsleistungen der ZNS-Fachgruppen,
- Allergiediagnostik,
- Behandlung der chronischen Wunde,
- Chirurgie nach Hautkrebs-Screening,
- Steuerung der weiterführenden Diagnostik/Therapie insbesondere bei Hauttumoren,
- Leistungen Sozialpädiatrie,
- Gesprächsleistungen der psychosomatischen Medizin

Zusätzlich erfolgt eine Förderung konservativ tätiger Augenärzte in Form einer Aufstockung des Punktwertzuschlages für die augenärztliche Strukturpauschale in Höhe von 0,19 Ct. pro Punkt (Gesamtpunktwertzuschlag je GOP 1,6 Ct.).

Zahnarztanarkosen, die im Zusammenhang vertragszahnärztlicher Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind, werden seit dem Jahr 2016 extrabudgetär von den Krankenkassen vergütet.

Ergänzend zum EGV-Förderfonds stellen die Krankenkassen für die Jahre 2017 und 2018 einen weiteren EGV-Förderfonds zur Verfügung. Jeweils 250 Tausend Euro werden pro Quartal für Punktwertzuschläge für Leistungen der Geriatrie, der Palliativmedizin und der Sozialpädiatrie, weitere 250 Tausend Euro für Punktwertzuschläge für Leistungen des konventionellen Röntgens, der Radiosynoviorthese und der orthopädisch-rheumatologischen Versorgung sowie weitere 250 Tausend Euro für die konservative Augenheilkunde zur Erweiterung der Behandlungskapazitäten (Neupatientenmodell) zur Verfügung gestellt.

Förderung von Praxisnetzen

Mit Zusammenschlüssen von Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen (vernetzte Praxen bzw. Praxisnetze) zur interdisziplinären, kooperativen und medizinisch ambulanten insbesondere wohnortnahen Betreuung und Versorgung der Patienten können die ambulanten Versorgungsstrukturen verbessert werden. Zur Anerkennung von Praxisnetzen hat die Vertreterversammlung der KV Thüringen entsprechend § 87b Abs. 4 SGB V Richtlinien zur Anerkennung von Praxisnetzen beschlossen. Wenn Praxisnetze entsprechende Strukturvorgaben nachweisen, können diese bei der Vergütung gesondert berücksichtigt werden. Nach den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung (Teil G) können zur Vergütung von anerkannten Praxisnetzen eigene Honorarvolumen in der Honorarverteilung gebildet werden. Der HVM wird diesbezüglich nach Bedarf weiterentwickelt.

Förderung von Ärztinnen und Ärzten in Regionen mit festgestellter bzw. drohender Unterversorgung

Mangels Ärzten übersteigt in Regionen mit festgestellter bzw. drohender Unterversorgung durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Arbeitsbelastung den ohnehin hohen Landesdurchschnitt in Thüringen. Abstaffelungsregelungen über das individuelle Punktzahlvolumen, wie sie der HVM grundsätzlich vorsieht, könnten bei den verbleibenden Ärzten bzw. sich neu niederlassenden Ärzten die Ablehnung bewirken, höhere Patientenzahlen zu versorgen. Der HVM sieht daher vor, dass, soweit der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Beschluss nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen hat, für Ärzte der betroffenen Arztgruppe die mengenbegrenzenden Maßnahmen - also die Abstaffelungsregelungen über das individuelle Punktzahlvolumen - auszusetzen. Die Vergütung der Leistungen der Ärzte erfolgt grundsätzlich zu 100 % mit dem Orientierungspunktwert.

Förderung der Weiterbildung

Vertragsärzten und Medizinische Versorgungszentren, die eine Genehmigung der KV Thüringen zur Beschäftigung einer Ärztin/eines Arztes in Weiterbildung in der Fachrichtung Allgemeinmedizin erhalten haben, wird auf Antrag eine finanzielle Förderung gewährt. Dies gilt auch für weitere fachärztliche Fachgruppen, die jährlich von der KV Thüringen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen auf der Grundlage der Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75 a SGB V festgelegt werden.

Der HVM der KV Thüringen sieht in den Fällen der Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a SGB V vor, dass der weiterbildende Arzt einen Antrag auf Erweiterung seines individuellen Punktzahlvolumens beim Vorstand stellen kann. Die Erhöhung des individuellen Punktzahlvolumens soll dem von der Praxis zu zahlenden Anhebungsbetrag nach § 75a Abs. 1 Satz 4 SGB V Rechnung tragen. Der Vorstand kann im Einzelfall eine entsprechende Erhöhung des individuellen Punktzahlvolumens des weiterbildenden Arztes genehmigen.

Anerkennung von Qualifikationen, Versorgungsbedarfen und Praxisbesonderheiten

Diverse Ärzte verfügen über besondere Qualifikationen und Weiterbildungen, welche für eine bedarfsgerechte Versorgung der Patienten unerlässlich sind. Zum Teil bilden sich aus diesen Qualifikationen Schwerpunktpraxen bzw. spezifische Praxisausrichtungen heraus.

Eigens dafür sieht der HVM ein Antragsverfahren auf Erhöhung des individuellen Punktzahlvolumens sowie der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen bei Psychotherapeuten im Einzelfall vor. In begründeten Fällen kann der Vorstand auf Antrag des Arztes zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfes eine Erhöhung des individuellen Punktzahlvolumens genehmigen.

Weimar, Juli 2018
au-müc