

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

## Jährliche Information der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) gemäß § 87b Abs. 3 SGB V für das Jahr 2022

Entsprechend der gesetzlichen Vorgaben stehen für den Großteil der ambulanten ärztlichen Versorgung nur begrenzte Mittel innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung. Im Rahmen der Honorarverteilung ist daher eine honorartechnische Begrenzung der abgerechneten Leistungen erforderlich. Hierbei sollen die begrenzten Mittel optimal mit dem Ziel eingesetzt werden, eine stabile, flächendeckende ambulante Patientenversorgung zu sichern und den Ärzten und Psychotherapeuten im Land Brandenburg verlässliche wirtschaftliche Arbeitsbedingungen anzubieten. Hierzu werden insbesondere folgende Grundsätze und Versorgungsziele verfolgt:

### Transparenz/Verständlichkeit/Akzeptanz

Die Regelungen des HVM sollen für Ärzte und Psychotherapeuten nachvollziehbar und klar dargestellt werden. Hierzu erfolgt eine Veröffentlichung des Honorarverteilungsmaßstabes und aller relevanten Informationen auf der Internetseite bzw. im Informationsblatt der KVBB. Im Honorarbescheid wird die Umsetzung der Regelungen strukturiert und verständlich nachgewiesen.

Der mit den Verbänden der Krankenkassen im Benehmen zu beschließende HVM wird mit dem Ziel einer breiten Beteiligung und Akzeptanz entwickelt. In die Konzeption und Weiterentwicklung der Honorarverteilung werden daher neben dem höchsten Entscheidungsgremium der KV, der Vertreterversammlung, die Beratenden Fachausschüsse und die Berufsverbände einbezogen.

### Rechtssicherheit

Die Honorarverteilung erfolgt im Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben, speziell dem SGB V, den Vorgaben der KBV bzw. der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

### Kalkulationssicherheit/Planungssicherheit

Im fachärztlichen Versorgungsbereich wird mit der prospektiven Veröffentlichung der für die Mengensteuerung relevanten Fallwerte und durchschnittlichen Fallzahlen eine grundsätzliche Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des individuell zu erwartenden Honorars gewährleistet. Die RLV-Fallwerte sollen dabei einen möglichst hohen und beständigen Honoraranteil für die Basisversorgung zusichern.

Im hausärztlichen Versorgungsbereich wird die Kalkulationssicherheit in Form einer Garantiauszahlungsquote von mindestens 95% gewährleistet.

Im Falle der Steuerung der Leistungsmengen über Honorarfonds sind in der Regel Interventionsquoten, zumeist in Höhe von 85% der versorgungsbereichsspezifischen durchschnittlichen Auszahlungsquoten, garantiert.

Der HVM schafft darüber hinaus die Möglichkeit im Falle begründeter individueller Härten, arztgruppenspezifischer Verwerfungen bzw. bei Pandemien, Epidemien, Endemien oder Naturkatastrophen mittels Ausgleichszahlungen die wirtschaftliche Fortführung der Arztpraxis sicherzustellen.

## Honorargerechtigkeit / Leistungsgerechtigkeit / Verteilungsgerechtigkeit

Durch die Wahl einer jeweils aktuellen Basis für die Berechnung der verschiedenen Parameter der Honorarverteilung und den Bezug der individuellen mengensteuernden Maßnahmen zur aktuellen Fallzahl werden den Entwicklungen im Versorgungsgeschehen und der Morbidität bzw. dem Bedarf der Patienten im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel angemessen Rechnung getragen.

Für die Berechnung der Fallwerte und durchschnittlichen Fallzahlen wird grundsätzlich ein Halbjahresbezug gewählt, wodurch unverhältnismäßige Schwankungen reduziert werden.

Eine prospektive Berücksichtigung von klassifizierbaren Praxisbesonderheiten, z.B. über die Bildung geeigneter qualifikationsgebundener Zusatzvolumina (QZV) und deren Skalierung mittels leistungsbezogener Korrekturfaktoren bzw. weiterer Instrumente bis hin zu arztindividuellen Anpassungsfaktoren für besondere fachliche Spezialisierungen ermöglicht den angemessenen Umgang mit verschiedenen Praxiskonstellationen im Rahmen der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung. Mengensteuernde Maßnahmen zur Vermeidung der übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit werden unter Beachtung der jeweiligen Praxisstruktur umgesetzt.

Der HVM verfolgt das Ziel, den bürokratischen Aufwand durch die Vermeidung unnötiger Widersprüche zu minimieren. Für spezielle Praxisbesonderheiten sind daher Antragsverfahren vorgesehen.

## Versorgungssteuerung

Die Honorarverteilung soll eine Sicherstellung der Versorgung in der Fläche und möglichst wohnortnahe Behandlung der Versicherten im Land Brandenburg befördern. Insbesondere berücksichtigt der HVM mit der Aussetzung von Fallzahlbegrenzungen in unterversorgten bzw. drohend unterversorgten Regionen die Besonderheiten strukturschwacher Gebiete.

Für Haus- und Kinderärzte kommen generell keine individuellen Begrenzungsmaßnahmen zum Ansatz. Zudem wird mit der Einführung einer hausärztlichen Strukturpauschale zur Finanzierung besonders versorgungsrelevanter und technischer, hausärztlicher Leistungen die entsprechende Strukturqualität gestärkt.

Durch die Bereitstellung von Mitteln für den Strukturfonds gem. § 105 Abs. 1a SGB V wird die Stärkung der Versorgungsstrukturen in den entsprechenden Regionen intendiert.

Förderansätze für ausgewählte Leistungen, wie einzelvertragliche Regelungen oder der in Abstimmung mit den Krankenkassen erarbeitete Katalog förderungswürdiger Leistungen gem. Anlage 3 HVM werden durch die Honorarverteilung gestärkt.

Die KVBB beabsichtigt, für einen größtmöglichen Teil besonders versorgungsrelevanter Leistungen eine extrabudgetäre Vergütung zu erreichen.

Um eine bestmögliche Allokation der verfügbaren Mittel zu erreichen, ist eine optimale Steuerung des Patienten hinsichtlich der ärztlichen Versorgung anzustreben. Für Patienten mit besonders dringender Behandlungsbedürftigkeit werden die im § 87a Abs. 3 SGB V angelegten Steuerungsmöglichkeiten, ggf. ergänzt um vertragliche Regelungen zur Überweisungssteuerung mit einzelnen Krankenkassen, umfassend genutzt.

Einen besonderen Stellenwert nimmt die ambulante ärztliche Versorgung der Patienten außerhalb der Sprechstundenzeiten ein. Dies wird durch einen zentral organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst gewährleistet. Die Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen steht in direktem Zusammenhang mit einer entsprechenden Finanzierung. Zusätzlich zu den Dienstvergütungen sieht der HVM Anreize zur taggleichen oder am Folgetag stattfindenden Weiterbehandlung akuter Behandlungsfälle während der regulären Sprechstunden vor, für die im Krankenhaus eine Abklärungspauschale zum Ansatz kam.