

Information

gemäß § 87b Abs. 3 SGB V über die

Grundsätze und Versorgungsziele

des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der KV Sachsen

im Jahr 2022

Eine wesentliche Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung ist die Verteilung der mit den gesetzlichen Krankenkassen vereinbarten Gesamtvergütungen an ihre Mitglieder und andere an der ambulanten Versorgung Mitwirkende. Die Verteilung der Mittel richtet sich nach dem Honorarverteilungsmaßstab, einer von der Vertreterversammlung beschlossenen Vorschrift mit Satzungsqualität. Die Vertreterversammlung wird von allen Mitgliedern der KV Sachsen gewählt, so dass die Honorarverteilung ein Kernelement der ärztlichen Selbstverwaltung darstellt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind gemäß § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V verpflichtet, einmal im Jahr die Grundsätze und Versorgungsziele ihres HVM zu veröffentlichen. Mit der nachfolgenden Veröffentlichung kommt die KV Sachsen dieser Verpflichtung für das Berichtsjahr 2022 nach. Die Veröffentlichung bezieht sich auf die beschlossenen HVM

- vom 8. Dezember 2021 zum 1. Januar 2022
- vom 18. Mai 2022 zum 1. März 2022,
- vom 21. September 2022 zum 1. Oktober 2022

(veröffentlicht unter <https://www.kvsachsen.de/fuer-praxen/vertraege-a-z/hvm>)

und basiert auf den Honorarberichten der Vorjahre und den folgenden allgemeinen Grundsätzen und Versorgungszielen des HVM:

- Stabilität/Angemessenheit der Vergütung/Verteilungsgerechtigkeit
- Rechtssicherheit und Transparenz der Honorarverteilung
- Verlässliche wirtschaftliche Planbarkeit der Vergütung/Kalkulationssicherheit
- Berücksichtigung regionaler Versorgungsbedarfe und Versorgungsstrukturen sowie Vermeidung von Versorgungsengpässen
- Ausrichtung am Bedarf der Patienten und deren Morbidität
- Förderung kooperativer Patientenbehandlung
- Sicherstellung
- Versorgung in unterversorgten Gebieten

Der HVM wurde an die aktuellen Regelungen im Gesetz, in den Vorgaben der KBV, des EBM und in der Gesamtvergütung angepasst.

Schwerpunkt des HVM im Jahre 2022 war die Neustrukturierung des hausärztlichen Versorgungsbereiches und die Umsetzung der Konvergenz im fachärztlichen Versorgungsbereich. Die Regelungsstruktur des HVM wurde an die komplexe Systematik angepasst.

Eine Erläuterung zu der Anpassung des HVM im Jahr 2022 wurde in der Beilage „Weiterentwicklung des Honorarverteilungsmaßstabes der KV Sachsen“ auf folgender Internetseite unter veröffentlicht:

<https://www.kvsachsen.de/fuer-praxen/vertraege-a-z/hvm>
(„HVM 2022 Beilage Weiterentwicklung HVM“)

Zur Einhaltung der Grundsätze und Erreichung der Versorgungsziele wurden folgende Anpassungen vorgenommen:

A) Anpassungen des HVM ab 1. Januar 2022

1. Wegfall der Finanzierung von Ausgleichshonoraren und Weitergeltung von Fördermaßnahmen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie

Die Regelungen im Rahmen des im Zuge der Corona-Pandemie erlassenen sogenannten NOT-HVM treten bis auf Ausnahmen außer Kraft. Es entfällt insbesondere die Finanzierung von Ausgleichshonoraren. Die Förderung der Honorierung telefonischer Gesprächsleistungen für coronapositive Patienten, der Honorierung von Hausbesuchsleistungen bei coronapositiven Patienten sowie der Probenentnahmen nach EBM für Covid-19-PCR-Tests werden wegen der aktuellen pandemischen Lage bis 31. Januar 2022 fortgeführt. Der Vorstand kann diese Maßnahmen monatlich bis längstens 31. März 2022 verlängern (§ 7 Abs. 6).

2. Änderungen im hausärztlichen Versorgungsbereich (§ 5 HVM)

2.1. Ende der RLV-/QZV-Regelung im hausärztlichen Versorgungsbereich und Vergütung der nicht gesondert honorierten haus- und kinderärztlicher Leistungen mit garantierter 100 % EBM-Quote (§ 5 Nr. 2 HVM)

Aus den Mitteln im hausärztlichen Versorgungsbereich werden die Haus- und Kinderärzte grundsätzlich nach den gleichen Regelungen vergütet.

Die sich für den hausärztlichen Versorgungsbereich ergebende einheitliche rechnerische Vergütungsquote wird ggf. unter Verwendung von verbliebenen Mittel auf 100 % der Preise der Gebührenordnung angehoben.

Reichen die Mittel für die Gewährleistung der 100%-Quote nicht aus, wird erforderlichenfalls eine einheitliche Quotierung der Förderungen der Versichertenpauschalen und der Hausbesuche vorgenommen (§ 5 Nr. 2 HVM).

Verbleiben Mittel, werden die Förderungen für die Versichertenpauschalen unter Berücksichtigung der zukünftigen Leistungsentwicklung entsprechend erhöht.

2.2. Förderung der Hausbesuche und der Versichertenpauschalen

2.2.1 Förderung Hausbesuche (§ 5 Nr. 3.10. HVM)

Zuschlag:

- GOP 01410 EBM (Besuch eines Kranken) 10 €
- GOP 01413 EBM (Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft oder im Pflegeheim) 5 €
- GOP 01415 EBM (Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Einrichtungen oder Pflegeheim) 15 €

2.2.2 Förderung Versichertenpauschalen (§ 5 Nr. 3.11. HVM)

- GOP 03001 und 04001 EBM (haus- und kinderärztliche Versicherten-pauschale bis zum vollendeten 4. Lebensjahr)
- GOP 03005 und 04005 EBM (haus- und kinderärztliche Versicherten-pauschale ab Beginn des 76. Lebensjahres)
- Zuschlag 7 € pro GOP

Die Förderung der Versichertenpauschalen wird bis zu einer Fallzahlobergrenze honoriert. Die Fallzahlobergrenze stellt die um 30 % erhöhte aktuelle durchschnittliche Fallzahl der haus- oder kinderärztlichen Vergleichsgruppe dar.

2.3. Neuordnung der Vorwegabzüge (§ 5 Nr. 3. HVM)

Es verbleiben die folgenden Vorwegabzüge:

- 2.3.1. für Sicherstellungsaufgaben (s. Anlage 3 HVM) (Weiterbildungsassistenten, Landesausschuss, FKZ u. a.)
- 2.3.2. für Praxisnetze (§ 5 Nr. 3.1. HVM)
- 2.3.3. für den Zuschlag GOP 02403 EBM (Zusatzpauschale für die Entnahme von Körpermaterial bei SARS-CoV-2 - § 5 Nr. 3.2. HVM)
- 2.3.4. für Sachkosten (Kapitel 40 EBM; § 5 Nr. 3.3.HVM)
- 2.3.5. für die Vergütung von eigenerbrachten Laborleistungen (§ 5 Nr. 3.4. HVM) und Laborgemeinschaften (§ 5 Nr. 3.5. HVM)
- 2.3.6. Vergütung von Krankenhausleistungen nach § 120 Abs. 3a SGB V (§ 5 Nr. 3.12 HVM)

und für die nachfolgend erläuterten praxisindividuellen Budgetregelungen und Zuschläge.

2.4 Budgetregelungen je Arzt/Praxis (Praxisbudget) § 5 Nr. 3.6.-3.9. HVM

Für folgende Leistungsbereiche wird je Arzt/Praxis ein entsprechendes Praxisbudget gebildet:

Praxisvolumen Psychosomatik

für die GOP 35100 EBM (Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände) und die GOP 35110 EBM (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen)

Praxisvolumen entwicklungsneurologische Diagnostik im Säuglings- und Kindesalter

für die Vergleichsgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin für die entwicklungsneurologische Diagnostik im Säuglings- und Kindesalter. (GOP 04350 bis 04353 EBM)

Praxisvolumen Geriatrie

für die GOP 03360 EBM (Hausärztlich-geriatisches Basisassessment) und die GOP 03362 EBM (Hausärztlich-geriatischer Betreuungskomplex) für die Vergleichsärzte der Allgemeinmediziner u. a.

Praxisvolumen Chronikerpauschalen

für die GOP 03220 und 04220 EBM (Zuschlag zur Versichertenpauschale für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung) und für die GOP 03221 und 04221 EBM (Zuschlag für die o. g. GOP für die intensive Behandlung und Betreuung des betreffenden Patienten)

Grundsätzlich ergeben sich die Höhe der Budgets aus der Multiplikation der altersklassenspezifischen durchschnittlichen Fallwerte für die genannten Leistungen des Jahres 2019 mit den altersklassenspezifischen Behandlungsfällen mit persönlichem Arzt-Patientenkontakt des Arztes im aktuellen Quartal, in denen die betreffende Leistung abgerechnet wurde. Die Fallwerte werden an die Ergebnisse der EBM-Reform mit Stand 1. April 2020 angepasst.

3. Änderungen im fachärztlichen Versorgungsbereich (§ 6 HVM)

3.1 Umsetzung der Konvergenz im fachärztlichen Versorgungsbereich zum 1. Januar 2022 (§ 5 Nr. 4.1 i. V. m. Anlage 1 HVM)

- 3.1.1 Die nun umgesetzten Regelungen zur Konvergenz wurden bereits von der Vertreterversammlung am 13. Mai 2020 beschlossen und werden nun zum 1. Januar 2022 unabhängig vom Stand der Pandemie bzw. von bundesgesetzlichen Feststellungen der pandemischen Lage umgesetzt.
- 3.1.2 Eine Einführung einer Konvergenz ist notwendig geworden, weil die bisherige Honorarverteilung nicht mehr die aktuelle ambulante Versorgungslandschaft abbildet, da er auf einen mittlerweile veralteten Basiszeitraum aufgesetzt hat. Die Einführung eines aktuelleren Basiszeitraumes ist eine entscheidende Veränderung des HVM, die der Einhaltung des Grundsatzes der Honorarverteilungsgerechtigkeit dient.
- 3.1.3 Die Konvergenz sieht eine Angleichung der vergleichsgruppenindividuellen Auszahlungsquoten (unter Berücksichtigung EBM-Effekte) an die mittlere Auszahlungsquote für MGV-Leistungen über alle Vergleichsgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereiches im Jahr 2019 vor. Der Vergütungsanteil der Vergleichsgruppen wird an die Erbringung medizinischer Leistungen im Jahr 2019 angepasst.
- 3.1.4 Die Anpassungen des EBM umfassen insbesondere die veränderte Bewertung ärztlicher Leistungen. Die veränderte Bewertung hat im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) Auswirkungen auf die Budgetbildung der einzelnen Vergleichsgruppen im fachärztlichen Versorgungsbereich.

- 3.1.5 Um die Auswirkungen der Umverteilung abzufedern, wird nach Abschluss der Konvergenzphase im Jahr 2022 ein Korridor um die mittlere Auszahlungsquote in Höhe von +/- 7 % eingeführt. In diesem Korridor findet keine Umverteilung statt. Da sich die Vergleichsgruppen außerhalb des Korridors nicht proportional verhalten, werden die Finanzmittel nur in der Höhe umverteilt, wie sie frei werden. In den Folgejahren wird der Korridor auf 4,5 % in 2023 und 2 % in 2024 angepasst.
- 3.1.6 Sofern die Mittel, die im Rahmen der Konvergenz von Vergleichsgruppen abgegeben werden, deren Auszahlungsquote die obere Interventionsgrenze übersteigt, nicht zur Stützung der unterproportionalen Vergleichsgruppen auf die untere Interventionsgrenze ausreichen, kann der Vorstand diese aufgrund ggf. verbliebener Honorarmittel die unterproportionalen Vergleichsgruppen bis auf die untere Interventionsgrenze anheben (Anlage 1 Schritt 4 HVM).
- 3.1.7 Außerdem kann der Vorstand, sofern das unterjährige Inkrafttreten der TSVG-Regelungen zu ungerechtfertigten Verwerfungen der Auszahlungsquoten im Basisjahr 2019 führt, diese ausgleichen.
(Anlage 1, Schritt 4 HVM)
- 3.1.8 Anpassung der Konvergenz

Die Leistungen im Fonds Schmerztherapie werden wie eine eigene Vergleichsgruppe behandelt und in die Konvergenz ab 1. Januar 2022 einbezogen (Anlage 1 Schritt 1a HVM).

3.2 Anpassung der Regelung bei der Berechnung der RLV-/QZV-Fallwerte (Anlage 2a Teil 2 Nr. 2.3. HVM)

Die RLV-Fallwerte im fachärztlichen Versorgungsbereich werden aufgrund der Division der für eine Vergleichsgruppe im aktuellen Quartal zur Verfügung stehenden Mittel durch die Behandlungsfallzahlen dieser Vergleichsgruppe im entsprechenden Vorjahresquartal des Jahres 2019 ermittelt. Damit werden die Behandlungsfallzahlen des aktuellsten von der Pandemie nicht beeinflussten Zeitraumes herangezogen.

Von diesen Regelungen wird eine Ausnahme gemacht, wenn die Behandlungsfallzahlen einer Vergleichsgruppe im jeweiligen Vorjahresquartal höher ausfallen als die Behandlungsfallzahlen dieser Vergleichsgruppe im jeweiligen Vorjahresquartal des Jahres 2019. In diesem Fall werden die Behandlungsfallzahlen des Vorjahresquartals herangezogen, da andernfalls die ermittelten RLV-Fallwerte im Hinblick auf die aktuell erbrachte Fallzahl dieser Vergleichsgruppe zu hoch angesetzt würden.

3.3 Wegfall der Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung (§ 7 Abs. 1a HVM alt entfällt)

Die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung im fachärztlichen Versorgungsbereich – die während der Pandemie bereits ausgesetzt war – entfällt endgültig.

3.4 Vorwegabzüge für besonders förderungswürdige Leistungen

Die Regelung für besonders förderungswürdige Leistungen wird fortgesetzt.

Es handelt sich um die folgenden Leistungen:

- Leistungen der Extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie (GOP 26330 EBM),
- Leistungen der Polysomnografie (GOP 30901 EBM),
- Leistungen der „Hörgeräteversorgung Kinder“ (GOP 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378 EBM)

Die Leistungen werden mit einer Mindestquote in Höhe von 95 % vergütet.

Die Förderung der Hausbesuche erfolgt analog zum hausärztlichen Versorgungsbereich.

4. Sonstiges

Neu eingeführt wird die Verpflichtung zur Uhrzeitangabe bei Abrechnung der GOP 01411 und 01412 EBM (Dringende Besuche) (§ 1 Nr. 14 HVM)

B) Anpassungen des HVM ab 1. März 2022

Im § 7 Nr. 6 ist ab dem 1. März 2022 in Satz 2 das Wort „monatsweise“ durch das Wort „halbmonatsweise“ ersetzt.

C) Anpassungen des HVM ab 1. Oktober 2022

Anpassung des § 5 Nr. 2 ab dem 1. Oktober 2022

Die Garantie auf eine 100% Auszahlungsquote im Hausarztbereich wird bis 30. September 2023 aufgehoben. Vorrangig sollen weiterhin die Zuschläge auf Hausbesuche und Versicherungspauschale quotiert werden, wenn dies nicht reicht, sollen die die Mittel für die nicht gesondert honorierten Leistungen quotiert werden. Diese Regelung ist längstens bis 30. September 2023 gültig.

Am 1. Oktober 2023 tritt § 5 Nr. 2 Satz 2 bis 3 in der Fassung des HVM vom 8. Dezember 2021 in Kraft.

D) Finanzielle Auswirkungen

Die jeweiligen Finanzvolumen insbesondere die Neustrukturierung des hausärztlichen Versorgungsbereiches und die Umsetzung der Konvergenz im fachärztlichen Versorgungsbereich und sind für das Jahr 2022 auf folgender Internetseite veröffentlicht:

<https://www.kvsachsen.de/fuer-praxen/honorar-und-abrechnung/honorar/honorardaten>

Im **hausärztlichen Versorgungsbereich** ist dabei festzustellen, dass es trotz begrenzter morbiditätsbedingter Gesamtvergütung und einer Fallzahlsteigerung zu einer Steigerung des Gesamthonorars gekommen ist. Aufgrund der Corona-Pandemie, welche noch zu Beginn des Jahres wirkte und einer überdurchschnittlichen Erkältungswelle am Jahresende kam es dabei zu deutlichen Verwerfungen in den Quartalen, wie aus der nachfolgenden vereinfachten Übersicht deutlich wird. Dabei erfolgt der Vergleich zum Jahr 2019, dem neuen Basiszeitraum für die Honorarverteilung ab dem Jahr 2022.

	<i>Jahr 2019</i>		<i>Jahr 2022</i>		<i>Veränderung Fallzahl</i>	<i>Veränderung Honorar</i>
	<i>Fallzahl</i>	<i>Honorar</i>	<i>Fallzahl</i>	<i>Honorar</i>		
1. Quartal	3.028.803	185.413.336 €	3.141.232	212.214.501 €	3,7%	14,5%
2. Quartal	2.901.159	186.669.233 €	2.885.305	188.152.236 €	-0,5%	0,8%
3. Quartal	2.917.365	186.563.593 €	2.950.955	188.671.462 €	1,2%	1,1%
4. Quartal	2.985.211	190.531.414 €	3.162.675	201.032.359 €	5,9%	5,5%
Summe	11.832.538	749.177.576 €	12.140.167	790.070.558 €	2,6%	5,5%

Unter dem Strich bleibt dabei festzuhalten, dass die mit der neuen Honorarverteilung beabsichtigten Ziele erreicht werden konnten. Trotz der Fallzahlsteigerung konnte dabei die Quote von 100% für das Gros der abgerechneten Leistungen in den Quartalen I bis III/2022 gezahlt werden, im Quartal IV/2022 kam für diese Leistungen eine Quote von 98% zur Auszahlung. Die avisierten Förderbeträge konnten allerdings nicht zur Auszahlung gelangen.

Im **fachärztlichen Versorgungsbereich** ist, bezogen auf den neuen Basiszeitraum, ebenfalls ein Honorarzuwachs zu verzeichnen, wobei ein leichter Fallzahlrückgang zu verzeichnen ist. Im Detail stellt sich die Honorarveränderung wie folgt dar:

	<i>Jahr 2019</i>		<i>Jahr 2022</i>		<i>Veränderung Fallzahl</i>	<i>Veränderung Honorar</i>
	<i>Fallzahl</i>	<i>Honorar</i>	<i>Fallzahl</i>	<i>Honorar</i>		
1. Quartal	5.483.684	336.691.164 €	5.490.408	388.123.403 €	0,1%	15,3%
2. Quartal	5.396.788	346.303.018 €	5.166.999	368.311.109 €	-4,3%	6,4%
3. Quartal	5.237.803	331.854.033 €	4.988.611	347.110.007 €	-4,8%	4,6%
4. Quartal	5.174.489	333.507.155 €	4.939.466	347.516.892 €	-4,5%	4,2%
Summe	21.292.764	1.348.355.370 €	20.585.484	1.451.061.411 €	-3,3%	7,6%

Aufgrund der Vielzahl von Vergleichsgruppen im fachärztlichen Versorgungsbereich stellt sich die Honorarentwicklung auf diese Ebene etwas differenzierter dar, wobei die grundsätzliche Tendenz auch hier eher positiv ist. Dies gilt auch im Hinblick auf die Konvergenzregelung. Hier bleibt festzuhalten, dass die mit dieser Regelung verfolgten Ziele grundsätzlich erreicht wurden. Ausnahmen gelten für Vergleichsgruppen, deren Leistungsmenge sich im Vergleich zum Basiszeitraum 2019 signifikant verändert hat und dazu führt, dass diese Vergleichsgruppen weiterhin Quoten außerhalb der im Zuge der Konvergenz definierten Schwankungsbreite aufweisen.

Der Vorstand