

**Richtlinie des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg zur
Verwendung von Finanzmitteln aus dem Strukturfonds
für Fördermaßnahmen zur
Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung durch Zuschläge zur Vergütung
gemäß § 105 Abs. 1a Nr. 2 SGB V
*bekanntgegeben am 29. August 2024***

Präambel

Diese Richtlinie regelt nach Maßgabe der nachstehenden Vorschriften die Verwendung von Finanzmitteln aus dem von der KVH gemäß § 105 Abs. 1a SGB V i.V.m. dem Beschluss der Vertreterversammlung vom 23.05.2019 gebildeten Strukturfonds. Durch einen weiteren Beschluss der der Vertreterversammlung vom 19.06.2024 wurden Finanzmittel in Höhe von 6 Mio. € zur Förderung der hausärztlichen Versorgung zur Verfügung gestellt. Das grundsätzliche Ziel der Fördermaßnahme nach dieser Richtlinie ist es, die Sicherstellung der hausärztlichen vertragsärztlichen Versorgung durch geeignete finanzielle Maßnahmen zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Konkretes Förderziel ist die Verhinderung einer weiteren Verschlechterung der Versorgung durch finanzielle Zuwendungen für bereits niedergelassene Vertragsärzte durch den Erhalt und Aufbau nachhaltiger und zukunftsfähiger hausärztlicher Versorgungsstrukturen, um ein bedarfsgerechtes und qualitativ hochstehendes Versorgungsniveau gewährleisten zu können. Aufgrund der Regelungen des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hatten die Hausarztpraxen ihr Angebot entsprechend der politischen Wünsche erweitert und ausgebaut (Neupatientenregelung etc.). Nach der Abschaffung insbesondere der Neupatientenregelung besteht der Nachfragedruck jedoch weiterhin, was insgesamt u.a. zu einer gesteigerten Honoraranforderung in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) geführt hat, welche der begrenzten Geldmenge gegenübersteht und insgesamt zu geringen Auszahlungsquoten führte. Bei gleichzeitig auch inflationsbedingt stark steigenden Kosten, hier insbesondere auch Personalkosten und Kosten für Finanzbeschaffung, stehen viele hausärztliche Praxen in finanzieller Not, einige Praxen stehen vor der Praxisaufgabe. Die Förderung dient auch dazu, eine altersbedingte und/oder finanziell verursachte Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit zu verhindern, um so die vertragsärztliche Versorgung zumindest im Rahmen der bestehenden Strukturen aufrechtzuerhalten. Die Förderung erfolgt über die quartalsweise Gewährung einer finanziellen Zuwendung. Die Förderung soll insbesondere den Zeitraum bis zu der von der Politik versprochenen „Entbudgetierung“ der Hausärzte überbrücken, um die Strukturen zu erhalten. Gefördert werden können diejenigen Arztpraxen, die ein unverzichtbares Mindestmaß an typischen hausärztlichen Versorgungsleistungen erbringen wie z.B. Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen und Betreuung geriatrischer Patienten, die Erbringung palliativer Leistungen, Behandlung von chronischen Wunden und kleine chirurgische Leistungen, Durchführung von Sonographien, Langzeitblutdruckmessungen, Spirometrien und die Durchführung von Impfungen und Präventionsleistungen und die gleichzeitig von einer besonders niedrigen Auszahlungsquote für die hausärztlichen Leistungen betroffen sind.

§ 1 Antragsbedürftige Förderung

(1) Die Förderung nach dieser Richtlinie wird nur auf Antrag gewährt. Die von der KVH vorgesehenen Formulare sind zu verwenden.

Der Förderanspruch entsteht sofern im jeweiligen Quartal die Auszahlungsquote der Arztgruppe der Hausärzte ohne Kosten bzw. Kostenpauschalen nach EBM und Verträgen unterhalb von 90 % des Fachgruppendurchschnitts aller ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen ohne Kosten bzw. Kostenpauschalen nach EBM und Verträgen liegt. Die maximale Fördersumme ist auf insgesamt 6 Mio. Euro begrenzt. Je Förderquartal beträgt die Fördersumme maximal 3 % der Gesamthonoraranforderungen der Hausärzte. Auszahlungsquote, Fachgruppendurchschnitt und Gesamthonoraranforderungen werden entsprechend § 5 Abs. 6 berechnet.

(2) Die KVH entscheidet über einen Antrag auf Förderung nach dieser Richtlinie für jedes Quartal des Förderzeitraums mittels schriftlichem Bescheid. Der Antrag gilt für den gesamten Förderzeitraum. Hierbei sind jedoch die Fristen des § 5 Abs. 2 für die einzelnen Quartale zu beachten.

§ 2 Rückzahlung der Förderung, Entfallen des Förderungszwecks

(1) Die Arztpraxis ist zur Rückzahlung der im Rahmen einer Fördermaßnahme nach dieser Richtlinie gewährten Förderung verpflichtet, wenn sich im Nachhinein Umstände ergeben (Prüfungen nach §§ 106, 106d SGB V sowie sonstige sachlich-rechnerische Berichtigungen usw.), die die Förderungsfähigkeit entfallen lassen. Die gesetzlichen Regelungen über Rücknahme, Widerruf und Aufhebung eines Verwaltungsaktes bleiben hiervon unberührt.

(2) In begründeten Ausnahmefällen kann von einer Rückzahlungsverpflichtung ganz oder teilweise abgesehen werden. Ein begründeter Ausnahmefall liegt insbesondere dann vor, wenn die Rückforderung der gewährten Förderung unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalles eine unbillige Härte darstellen würde. Dabei kann insbesondere berücksichtigt werden, ob und inwieweit die Arztpraxis die Gründe für eine Rückzahlungsverpflichtung zu vertreten hat.

(3) Mit Inkrafttreten einer „Entbudgetierung“ von Hausärztlichen Leistungen entfällt der Förderungszweck nach dieser Richtlinie und sie findet keine weitere Anwendung. Für den Fall, dass der Gesetzgeber durch das geplante Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) eine „Entbudgetierung“ von hausärztlichen Leistungen rückwirkend für Förderquartale in Kraft setzen sollte, behält sich die KVH eine Verrechnung von Förderbeträgen mit Honorarnachzahlungen aufgrund einer gesetzlichen Regelung zur „Entbudgetierung“ vor. Die Förderbescheide ergehen insoweit unter Vorbehalt.

§ 3 Laufzeit der Fördermaßnahme und Auszahlungszeitpunkt:

(1) Die Laufzeit der Fördermaßnahme ist auf drei Quartale begrenzt. Referenzquartale sind jeweils die Quartale 1-3/2024. Rückstellungen für Rechtsrisiken werden in Höhe von 5 % der Fördersumme vorgenommen. Der Vorstand ist berechtigt und verpflichtet Rückstellungen im Hinblick auf bestehende und zukünftige Risiken anzupassen. Nicht verbrauchte Mittel nach Ende des Förderzeitraums fließen in den Strukturfonds zurück.

*Richtlinie des Vorstands der KVH Fördermaßnahmen hausärztliche Versorgung - Strukturfonds
Stand 22.08.2024*

(2) Die Auszahlung der Fördergelder erfolgt unabhängig vom Auszahlungszeitpunkt der Honorarabrechnung des jeweiligen Referenzquartals innerhalb von 10 Tagen nach Versand des Förderbescheids eines jeden Förderquartals.

§ 4 Förderempfänger

Förderempfänger können - mit Ausnahme der Kinder- und Jugendärzte und ausschließlich am Notdienst teilnehmender Hausärzte - alle Arztpraxen mit an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassenen und angestellten Vertragsärzte mit einem ganzen oder teilweisen Hausarztsitz sein, die die für die jeweilige Förderung in dieser Richtlinie geregelten Fördervoraussetzungen erfüllen. Dies gilt auch für Jobsharing-Praxen mit Leistungsmengenbegrenzung.

§ 5 Fördervoraussetzungen

(1) Die Förderung setzt einen Antrag voraus. Den Zuschuss können nur Arztpraxen beantragen, in denen zugelassene oder angestellte Ärzte mit einem ganzen oder teilweisen Hausarztsitz gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V tätig sind. Der Antrag gilt für alle abgerechneten Quartale während der Laufzeit der Fördermaßnahme.

(2) Für eine Teilhabe an allen drei Förderquartalen muss der Antrag bis zum 30.09.2024 eingegangen sein. Für die Teilhabe an den Förderquartalen 2/2024 und 3/2024 muss der Antrag bis zum 31.12.2024 eingegangen sein. Geht der Antrag bis zum 31.03.2025 ein, gilt der Antrag nur noch für das Förderquartal 3/2024. Der Antrag gilt ausschließlich für die Partizipation an den zum Antragszeitpunkt noch nicht ausgekehrten Fördergeldern.

(3) Folgende Voraussetzungen müssen (von der Arztpraxis) kumulativ je förderungsfähigem Quartalszeitraum erfüllt werden:

- In der Arztpraxis ist mindestens ein an der hausärztlichen Versorgung teilnehmender zugelassener oder angestellter Arzt tätig
- Abrechnung von mindestens drei der unten aufgeführten Leistungen/Leistungsgruppen (GOPen einschließlich Suffixe) bei gleichzeitiger praxisindividueller Leistungsfrequenz von mindestens 50 % des Fachgruppendurchschnitts
 - Besuche GOP 01410 bis 01415, 03062 - 03065 EBM
 - Sonographie GOP 33011 bis 33092 EBM
 - Behandlung chronischer Wunden und Kleinchirurgie GOP 02300 bis 02313, 02318, 02319 EBM
 - Langzeit-Blutdruckmessung GOP 03324 EBM
 - Spirometrie GOP 03330 EBM
 - Geriatrische Leistungen GOP 03360, 03362, Palliativmedizinische Versorgung GOP 03370 bis 03374 EBM
 - Impfungen / Prävention GOP 01702 bis 01812, 01920 EBM, GOP 88322 bis 89990
 - Chronikerpauschale 1 GOP 03220 EBM
 - Chronikerpauschale 2 GOP 03221 EBM
 - Anzahl Versichertenpauschalen
- Die praxisindividuelle Auszahlungsquote liegt im jeweiligen Quartal unter dem Fachgruppendurchschnitt der Arztgruppe der Hausärzte plus 2 %.

(4) Soweit es auf die individuellen Leistungen von an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassenen und angestellten Ärzte ankommt, wird für die Erhebung der Anzahl der erbrachten und abrechenbaren Leistungen auf den von der KVH erlassenen Honorarbescheid der Arztpraxis und die dazugehörigen Honorarunterlagen auf die LANR bezogen abgestellt.

(5) Soweit vorausgesetzt ist, dass ein bestimmter prozentualer Anteil des Fachgruppendurchschnitts - also der durchschnittlichen Anzahl bestimmter Gebührenordnungspositionen der förderfähigen Fachgruppe erbracht werden muss, ermittelt sich diese fachgruppendurchschnittliche Anzahl der GOPen einschließlich Suffixe aus dem Quotienten der Gesamtsumme der in der vertragsärztlichen Versorgung fachgruppenbezogen erbrachten und abrechenbaren betroffenen GOPen einschließlich Suffixes im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Gesamtsumme der in der entsprechenden Fachgruppe in Hamburg zugelassenen und an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassenen und angestellten Ärzte (ausgenommen Kinder- und Jugendärzte sowie ausschließlich am Notdienst teilnehmende Hausärzte und an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ermächtigte/ermächtigte Institute). Bei der Erhebung der Gesamtsumme der zugelassenen und angestellten Ärzte ist auf den jeweiligen Umfang zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung abzustellen. Sofern der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt nicht im Rahmen eines vollen Versorgungsauftrags zugelassen ist, reduziert sich die Höhe des Referenzwertes entsprechend dem erteilten Versorgungsauftrags. Der vorangehende Satz gilt entsprechend für den Fall, dass ein angestellter Arzt nicht in Vollzeit beschäftigt ist.

(6) Für die Feststellung der praxisindividuellen Auszahlungsquote wird der Quotient aus Gesamthonorarauszahlung und -anforderung ohne Kosten bzw. Kostenpauschalen nach EBM und Verträgen für jedes Förderquartal gebildet. Für die Ermittlung der Gesamthonoraranforderung werden je Arztpraxis alle LANR bezogenen Leistungen ohne Kosten bzw. Kostenpauschalen nach EBM und Verträgen der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte (ausgenommen Kinder- und Jugendärzte sowie ausschließlich am Notdienst teilnehmende Hausärzte und an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ermächtigte/ermächtigte Institute) kumuliert und mit dem Preis der regionalen Hamburger Euro-Gebührenordnung bewertet. Für die Ermittlung der Gesamthonorarauszahlung werden sowohl die budgetierten als auch die nicht-budgetierten Leistungen ohne Kosten bzw. Kostenpauschalen nach EBM und Verträgen einbezogen. Dies gilt entsprechend für die Ermittlung des Fachgruppendurchschnitts der ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen insgesamt.

§ 6 Höhe des Förderbetrags

Der Förderbetrag berechnet sich wie folgt: die praxisindividuelle Auszahlungsquote wird auf den Fachgruppendurchschnitt plus 2 % angehoben. Der sich hieraus ergebende Eurobetrag wird je Quartal ermittelt. Die Höhe des Förderungsbetrags für alle berechtigten Arztpraxen ist durch den maximalen Förderungsbetrag eines jeden Förderquartals begrenzt und wird entsprechend quotiert, wenn die Mittel nicht ausreichen.

§ 7 Inkrafttreten

(1) Diese Richtlinie tritt am Tag nach ihrer satzungsgemäßen Veröffentlichung in Kraft. Änderungen der Richtlinie treten am Tage der Veröffentlichung nach Maßgabe des Änderungsbeschlusses in Kraft.

(2) Diese Richtlinie ist gemäß § 62 der Satzung der KVH bekannt zu machen.