

## **1. Feststellung von drohender Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V**

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bremen stellt in folgenden Versorgungsbereichen eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung fest:

- Hausärzte im Planungsbereich Bremerhaven-Stadt
- Hautärzte im Planungsbereich Bremerhaven-Stadt
- Kinder- und Jugendmediziner im Planungsbereich Bremerhaven-Stadt
- Kinder- und Jugendpsychiater im Planungsbereich Bremerhaven-Stadt

Gemäß § 16 Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV hat der Landesausschuss bei der Feststellung einer bestehenden oder in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung der Kassenärztlichen Vereinigung aufzugeben, binnen einer von ihm zu bestimmenden angemessenen Frist die Unterversorgung zu beseitigen. Nach § 16 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV kann der Landesausschuss bestimmte Maßnahmen empfehlen.

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Bremen gibt der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen auf, geeignete Maßnahmen zu treffen, um die drohende Unterversorgung bis zum 31.12.2028 abzuwenden.

## **2. Maßnahmen bei drohender Unterversorgung**

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bremen beschließt zum 1. Oktober 2024 zur Abwendung von in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung für die unter 1. genannten Arztgruppen die Empfehlung von Maßnahmen gemäß § 16 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV sowie die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 105 Abs. 4 SGB V wie folgt:

### **2.1. Empfehlung von weiteren Maßnahmen gemäß § 16 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV**

Gemäß § 16 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV kann der Landesausschuss bestimmte Maßnahmen empfehlen, um eine Unterversorgung oder eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung abzuwenden.

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bremen beschließt zur Abwendung von in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung für die unter 1. genannten Arztgruppen neben den zu gewährenden Sicherstellungszuschlägen gemäß § 105 Abs. 4 SGB V die folgende Maßnahmen gemäß § 16 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV:

- Den vorliegenden Beschluss des Landesausschusses webend kommunizieren
- Möglichst unbürokratisch in der Umsetzung der Maßnahmen handeln

### **2.2. Gewährung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 105 Abs. 4 SGB V**

Der Landesausschuss beschließt auf der Grundlage des § 105 SGB V folgende vier Ausgestaltungen der Gewährung von Sicherstellungszuschlägen:

#### **2.2.1 Starterprämien: Für neue Leistungserbringer**

##### **Starterprämie I: Zuschlag (20 %) auf Leistungen ab dem 1. Fall für neue Leistungserbringer \***

Ein anspruchsberechtigter Leistungserbringer erhält ab dem 1. Fall einen extrabudgetären Zuschlag auf den Punktwert für alle Leistungen in Höhe von 20 %.

Der Zuschlag wird für 2 Jahre gewährt, unabhängig davon, ob die drohende Unterversorgung zwischenzeitlich beseitigt wurde.

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, mindestens 3 Jahre im Fördergebiet tätig zu bleiben.

## **Starterprämie II: Einmalzuschlag \***

Der Landesausschuss weist 1,0 Förderstellen aus, die mit einem Gesamtfördervolumen in Höhe von 150.000 € ausgestattet werden. Eine Aufteilung der Förderstellen auf mehrere Bewerber ist möglich.

Für eine Auswahlentscheidung gelten die Kriterien aus § 26 Bedarfsplanungs-Richtlinie als Orientierung. Weitere Kriterien können Berücksichtigung finden, beispielsweise die zugesagte Dauer eines Verbleibs im Fördergebiet.

Der Leistungserbringer verpflichtet sich, mindestens 3 Jahre im Fördergebiet tätig zu bleiben.

### **\* Anmerkungen zu Starterprämie I und II:**

#### ***Anspruchsberechtigte:***

- Zugelassene Vertragsärzte / Vertragspsychotherapeuten / BAG
- Zugelassene Vertragsärzte / Vertragspsychotherapeuten / BAG / MVZ, für deren angestellte Ärzte sowie Psychotherapeuten

Der Ort der Niederlassung / Anstellung muss sich im Fördergebiet befinden.

Der Zuschlag ist für neue Leistungserbringer bestimmt, die bisher nicht im Bezirk der KVHB (Bremerhaven-Stadt, Bremen-Stadt) zugelassen / angestellt sind. Ziel ist nicht die Umverteilung vorhandener Versorgungsaufträge, sondern die Gewinnung neuer Leistungserbringer und somit die Steigerung der Versorgungsaufträge im Bezirk der KVHB.

#### ***Prüfung der Voraussetzungen***

Aufgrund der Verpflichtung, mindestens 3 Jahre im Fördergebiet tätig zu bleiben, ist eine Antragsstellung notwendig. Die KVHB nimmt die Anträge entgegen. Über die Anträge entscheiden die KVHB und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen gemeinsam.

#### ***Ausweisung auf dem Honorarbescheid***

Die Auszahlung der Starterprämie I erfolgt im jeweiligen Honorarbescheid der KVHB unter Abzug der üblichen Verwaltungskosten. Die Abrechnung auf Basis dieser Kalkulationsgrundlage kann aus technischen Gründen auch mittels Einmalbetrag "Sicherstellungszuschlag" erfolgen.

#### ***Rückforderung von Förderbeträgen:***

Verstößt der Leistungserbringer vorsätzlich oder grob fahrlässig gegen Anspruchsvoraussetzungen, ist eine bereits gezahlte Förderung zurückzuzahlen. In anderen Fällen obliegt es den Gesamtvertragspartnern, über eine teilweise oder vollständige Rückerstattung zu entscheiden. Dabei ist u.a. zu berücksichtigen, ob der Leistungserbringer den Verstoß zu verschulden hat.

#### ***Kombinierbarkeit mit Investitionskostenzuschuss:***

Beide Starterprämien sind nicht mit einem Investitionskostenzuschuss aus dem Strukturfonds kombinierbar.

## **2.2.2 Halteprämien: Für Bestandsleistungserbringer**

### **Halteprämie I: Zuschlag (10 % / 20 %) auf Leistungen ab 90 % der praxisindividuellen Fallzahl für Bestandsleistungserbringer \*\***

Ein anspruchsberechtigter Leistungserbringer erhält einen extrabudgetären Zuschlag von 10 % auf den Punktwert sämtlicher Leistungen aller Fälle, die 90 % der praxisindividuell zugewiesenen Fallzahl des jeweiligen Quartals (Förderfallzahl) übersteigen. Überschreitet der Leistungserbringer 100 % der praxisindividuell zugewiesenen Fallzahl, behandelt also mehr Fälle als die zugewiesene Fallzahl, erhält der Leistungserbringer einen Zuschlag von 20 % auf die Leistungen dieser (die 100 %) überschreitenden Fälle. Es handelt sich um eine Kalkulationsgröße ohne direkten Bezug auf die jeweiligen Fälle/Leistungen.

**Halteprämie II: Zuschlag (20 % / 20 %) auf Leistungen ab 90 % der praxisindividuellen Fallzahl für Bestandsleistungserbringer \*\***

Ein anspruchsberechtigter Leistungserbringer erhält einen extrabudgetären Zuschlag von 20 % auf den Punktwert sämtlicher Leistungen aller Fälle, die 90 % der praxisindividuell zugewiesenen Fallzahl des jeweiligen Quartals (Förderfallzahl) übersteigen. Der Zuschlag gilt ebenso für Fälle, die über 100 % der zugewiesenen Fallzahl hinausgehen. Es handelt sich um eine Kalkulationsgröße ohne direkten Bezug auf die jeweiligen Fälle/Leistungen.

**\*\* Anmerkungen zu Halteprämie I und II:**

***Anspruchsberechtigte:***

- Zugelassene Vertragsärzte / Vertragspsychotherapeuten / BAG
- Zugelassene Vertragsärzte / Vertragspsychotherapeuten / BAG / MVZ für deren angestellte Ärzte sowie Psychotherapeuten

Der Ort der Niederlassung / Anstellung muss sich im Fördergebiet befinden.

***Prüfung der Voraussetzungen***

Die Feststellung der Anspruchsberechtigung erfolgt quartalsweise durch die KVHB. Eine gesonderte Antragstellung ist nicht erforderlich.

***Förderfallzahl:***

Ausgangsgröße ist die reguläre praxisindividuelle geleistete Fallzahl eines Vorjahresquartals. Die Förderfallzahl ist die in einem Quartal tatsächlich geleistete Fallzahl, welche die Ausgangsgröße minus 10 % übersteigt (Förderuntergrenze).

Es ist zwischen Bestandsförderfällen und Überschreitungsförderfällen zu unterscheiden:

Bestandsförderfälle sind die Fälle, die in dem Korridor der im jeweiligen Förderquartal anzusetzende Ausgangsgröße (s.o.) abzüglich 10 % liegen. Mithin wird dadurch die Förderuntergrenze festgelegt.

Beispiel:

Ausgangsgröße: 1.000 Fälle

Förderuntergrenze: Ab dem 901. Fall

Bestandsförderfälle: Alle Fälle die im Korridor des 901. Falles bis zum 1.000 Fall liegen.

Überschreitungsförderfälle sind die Fälle, die oberhalb der im jeweiligen Förderquartal anzusetzenden Ausgangsgröße liegen.

Beispiel:

Ausgangsgröße: 1.000 Fälle

Überschreitungsförderfälle: Ab dem 1.001 Fall.

***Ermittlung der Gesamtfördersumme und Ausweisung auf dem Honorarbescheid:***

Um die Gesamtfördersumme einer Praxis je Quartal zu ermitteln, wird das jeweilige arztgruppenspezifische praxisindividuelle Jahresbruttohonorar des Förderquartals ermittelt, durch die Ausgangsgröße geteilt und mit 0,1 (10 %) bzw. 0,2 (20 %) multipliziert und mit den Bestandsförderfällen bzw. mit den Überschreitungsförderfällen multipliziert. Die Auszahlung der Sicherstellungszuschläge erfolgt im jeweiligen Honorarbescheid der KVHB unter Abzug der üblichen Verwaltungskosten. Die Abrechnung auf Basis dieser Kalkulationsgrundlage kann aus technischen Gründen auch mittels Einmalbetrag "Sicherstellungszuschlag" erfolgen.

Sowohl bei der Halteprämie I sowie der Halteprämie II ist sicherzustellen, dass durch die Sicherstellungszuschläge ausschließlich Anreize geschaffen werden, die im Ergebnis zur Aufrechterhaltung einer überdurchschnittlichen Fallzahl oder zu einer Fallzahlerhöhung führen. Es muss zweifelsfrei sichergestellt werden, dass durch die Sicherstellungszuschläge keine Anreize geschaffen werden, die, insbesondere in den Folgequartalen bei Fortbestehenden der drohenden Unterversorgung, zu einer zusätzlichen Honorierung im Falle von Fallzahlabsenkungen führen.

### **2.3      Der Landesausschuss beschließt für die unter I. genannten Gruppen Sicherstellungszuschläge im folgenden Umfang zu gewähren:**

Für Hausärzte im Planungsbereich Bremerhaven-Stadt:

- Starterprämie I oder
- Halteprämie I

Für Hautärzte im Planungsbereich Bremerhaven-Stadt

- Starterprämie I oder
- Halteprämie II

Für Kinder- und Jugendmediziner im Planungsbereich Bremerhaven- Stadt

- Starterprämie I oder
- Halteprämie II

Für Kinder- und Jugendpsychiater im Planungsbereich Bremerhaven-Stadt

- Starterprämie II

### **2.4.      Finanzierung**

Die Sicherstellungszuschläge nach § 105 Abs. 4 SGB V werden von den Gesamtvertragspartnern nach den §§ 83, 85 und § 87a jeweils zur Hälfte getragen. Die Aufteilung des auf die GKV entfallenden Anteils auf die einzelnen Krankenkassen richtet sich nach dem Anteil an der gemäß § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Anforderung der Sicherstellungszuschläge gegenüber den jeweiligen Krankenkassen erfolgt über das Formblatt 3 (Vorgang 145).

### **2.5      Richtlinie Sicherstellungszuschläge**

Die vorgenannten Grundsätze und Ausgestaltungen der Sicherstellungszuschläge werden im Nachgang zu diesem Beschluss des Landesausschusses, mit dem die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen zum 01.10.2024 beschlossen werden, zwischen den Gesamtvertragspartnern in einer Richtlinie festgehalten. Die Richtlinie hat die vom Landesausschuss beschlossene Ausgestaltung der Sicherstellungszuschläge aufzunehmen und kann darüber hinaus konkrete Verfahrensabläufe definieren. Sollen inhaltliche Veränderungen an der Gewährung der Sicherstellungszuschläge vorgenommen werden, bedarf es eines erneuten Beschlusses des Landesausschusses.