

Obergrenze

I.

- (1) Die Vertragspartner sind sich einig, dass der finanzielle Rahmen (durchschnittliche direkte Vergütung der HAUSÄRZTE pro eingeschriebenem HzV-Versicherten und Quartal) der von der Krankenkasse auf der Grundlage dieses HzV-Vertrages zu vergütenden Leistungen nicht überschritten werden soll.
- (2) Für eingeschriebene HzV-Versicherte vereinbaren die Vertragspartner, dass der finanzielle Rahmen in Höhe von € 76,00 bezogen auf die durchschnittliche direkte Vergütung der HAUSÄRZTE pro HzV-Versicherten und Quartal nicht überschritten werden soll. Die Ermittlung der Obergrenze erfolgt dabei jeweils bezogen auf die Gesamtheit der eingeschriebenen Versicherten aller Krankenkassen. Hierzu wird die Anzahl der eingeschriebenen Versicherten aller Krankenkassen im jeweiligen Abrechnungsquartal mit dem Betrag von € 76,00 multipliziert.
- (3) Stellt der Hausärzteverband oder die GWQ im Rahmen einer Quartalsabrechnung eine Überschreitung der Obergrenze fest, erfolgt eine Anpassung in der Weise, dass die Obergrenze im jeweiligen Abrechnungsquartal nicht überschritten wird. Hierfür ermittelt die HÄVG innerhalb einer Quartalsabrechnung den Leistungsbetrag für das Abrechnungsquartal unter Berücksichtigung des Verfahrens gemäß III. Stellt sich heraus, dass der Leistungsbetrag die Obergrenze überschritten hat, erfolgt eine Anpassung einzelner oder aller von vom Hausärzteverband bestimmbarer Vergütungspositionen der **Anlage 3**. Die Anpassung kann beispielsweise durch die Quotierung einer Leistung erfolgen.
- (4) Die Anpassung findet nur Anwendung in einem Abrechnungsquartal, in dem die Obergrenze durch den Leistungsbetrag überschritten wird.

II.

Begriffsdefinitionen:

Zahlbetrag: Ist der Betrag, der dem Hausarzt in der Quartalsabrechnung ausgewiesen wird geteilt durch die Anzahl der beim Hausarzt im jeweiligen Abrechnungsquartal eingeschriebenen Versicherten. In dem Zahlbetrag sind wegen der Auszahlung der P1 im ersten Versichertenteilnahmequartal Vergütungen für die restlichen Quartale des Versichertenteilnahmejahrs enthalten (quartalsfremde Vergütung) oder nicht enthalten (2. bis 4. Versichertenteilnahmequartal).

Leistungsbetrag: Ist der Betrag, der sich nach rechnerischer Subtraktion oder Addition der quartalsfremden Vergütungen aus dem Zahlbetrag berechnet.

III.

Berechnung des Leistungsbetrages aus dem Zahlbetrag

Zur Berechnung des Leistungsbetrags wird der Zahlbetrag mit folgenden quartalsfremden Positionen verrechnet:

Erstes Versicherten-Teilnahmequartal pro Versichertenteilnahmejahr mit Arzt- Patienten-Kontakt

- Subtraktion von $(P1 - P2) * 3/4$
- Beispiel: $(65,00 \text{ EUR} - 40,00 \text{ EUR}) * 3/4 = 18,75 \text{ EUR} = 3 * 6,25 \text{ EUR}$

Erstes Versicherten-Teilnahmequartal pro Versichertenteilnahmejahr ohne Arzt- Patienten-Kontakt

- Subtraktion von $P1 * 3/4$
- Beispiel: $65,00 \text{ EUR} * 3/4 = 48,75 \text{ EUR} = 3 * 16,25 \text{ EUR}$

Erster Arzt-Patienten-Kontakt im 2. Abrechnungsquartal

- Addition von $P1 - P1 * 1/4 - (P1 - P2) * 2/4$
- Beispiel: $65,00 \text{ EUR} - 65,00 \text{ EUR} * 1/4 - (65,00 \text{ EUR} - 40,00 \text{ EUR}) * 2/4 = 36,25 \text{ EUR}$

Erster Arzt-Patienten-Kontakt im 3. Abrechnungsquartal

- Addition von $P1 - P1 * 2/4 - (P1 - P2) * 1/4$
- Beispiel: $65,00 \text{ EUR} - 65,00 \text{ EUR} * 2/4 - (65,00 \text{ EUR} - 40,00 \text{ EUR}) * 1/4 = 26,25 \text{ EUR}$

Folgeversichertenteilnahmequartale nach einem Versicherten-Teilnahmequartal mit Arzt-Patienten-Kontakt im Versichertenteilnahmejahr

- Addition von $(P1 - P2) * 1/4$
- Beispiel: $(65,00 \text{ EUR} - 40,00 \text{ EUR}) * 1/4 = 6,25 \text{ EUR}$

Versichertenteilnahmequartale 2 bis 4 ohne Arzt-Patienten-Kontakt im ersten Versichertenteilnahmequartal (sowie den folgenden Abrechnungsquartalen)

- Addition von $P1 * 1/4$
- Beispiel: $65,00 \text{ EUR} * 1/4 = 16,25 \text{ EUR}$

Beispiele zur Berechnung des Leistungsbetrages P1 aus dem Zahlbetrag				
	erster A-P-K im 1. VTQ	erster A-P-K im 2. VTQ	erster A-P-K im 3. VTQ	ohne A-P-K oder erster A-P-K im 4. VTQ
1. VTQ	46,25 €	16,25 €	16,25 €	16,25 €
2. VTQ	6,25 €	36,25 €	16,25 €	16,25 €
3. VTQ	6,25 €	6,25 €	26,25 €	16,25 €
4. VTQ	6,25 €	6,25 €	6,25 €	16,25 €
Gesamt-betrag VTJ	65,00 €	65,00 €	65,00 €	65,00 €

IV.

Beispiel zur Ermittlung der Anpassung an die Obergrenze mittels Quotierung

Ausgangswerte:

Im Abrechnungsquartal eingeschriebene Versicherte	GWQ:	10.000	
Obergrenze GWQ:	$10.000 \times € 76$	=	€ 760.000
Leistungsbetrag nach Prüfung der Abrechnung durch die HÄVG:			<u>€ 767.500</u>
Fehlbetrag:			<u>€ 7.500</u>

Zu quotierende Leistung:	P3	=	€ 30
Anzahl abgerechnete P3:	2.500		
Honorar abgerechnete P3:	$2500 \times € 30$	=	€ 75.000

Berechnung Quotierung P3 [%]:

Quote = Fehlbetrag / Honorar abgerechnete P3: $\frac{€ 7.500}{€ 75.000} = 10\%$

Ergebnis: 90% aller abgerechneten P3 werden vergütet.