

Änderungen des Verteilungsmaßstabes mit Wirkung zum 4. Quartal 2015

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg hat in ihrer Sitzung am 24.09.2015 gemäß § 87b SGB V folgenden 5. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab ab dem 1. Oktober 2013 mit Wirkung zum 1. Oktober 2015 beschlossen:

1. **gruppenspezifische Rückstellungen**

- a) In § 7 Abs. 1 (c) werden die Worte „mit Auswirkungen auf den hausärztlichen Grundbetrag insgesamt“ angefügt.
- b) In § 7 Abs. 2 (b) werden die Worte „mit Auswirkungen auf den fachärztlichen Grundbetrag insgesamt“ angefügt.
- c) § 8 Abs. 4 wird folgender Satz 2 angefügt: „In den Arztgruppenkontingenten werden Rückstellungen für solche Risiken der Honorarverteilung gebildet, die sich auf einzelne Arztgruppenkontingente beschränken.“

Erläuterung

Die arztgruppenspezifischen Regelungen zu Vorwegabzügen und Verlustbegrenzungen führen dazu, dass sich Rechtsrisiken in einzelnen Arztgruppen unterschiedlich realisieren können. Dieser Umstand soll durch arztgruppenspezifische Rückstellungen berücksichtigt werden.

2. **Redaktionelle Anpassung**

In § 8 Abs. 6 Satz 1 wird nach dem Wort „wird“ folgender Satzteil eingefügt: „ – vorbehaltlich abweichender Regelungen in § 8a VM – „. § 8 Abs. 7 wird gestrichen, § 8 Abs. 8 –alt- wird zu § 8 Abs. 7 -neu-. Nach § 8 wird ein § 8a mit der Überschrift „Honorarverteilung in einzelnen Arztgruppen“ neu eingefügt. § 8 Abs. 9 wird zu § 8a Abs. 1. Dort werden die Absatzangaben in Satz 1 und Satz 3 in „§ 8 Abs. 4 VM“ und „§ 8 Abs. 6 VM“ geändert.

Erläuterung

Redaktionelle Anpassungen. Die fachgruppenspezifischen Sonderregelungen sollen in einem gesonderten Paragraphen zusammengefasst werden.

3. **Privilegierung von Zahnarztanarkosen**

In § 8a wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Innerhalb des unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 4 VM gebildeten Arztgruppenkontingents der Anästhesisten wird zur Finanzierung der anästhesiologischen Leistungen, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind, ein Volumen auf der Basis der Anforderung dieser Leistungen im Vorjahresquartal bereitgestellt. Die Leistung wird aus diesem Volumen in Höhe des Preises der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Über- und Unterschreitungen dieses Volumens werden mit dem Vorwegabzug gemäß Abs. 6 verrechnet.“

Erläuterung

Nach der durch das VSG erfolgten Änderung des § 87b Abs. 2 SGB V dürfen auf die bezeichneten Leistungen keine Honorarbegrenzungsmaßnahmen angewendet werden.

4. Wachstumsregelung Internisten

- a) In § 8a wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„(3) Innerhalb des unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 4 VM gebildeten Arztgruppenkontingents der Fachinternisten wird ein weiterer Vorwegabzug in Höhe von 2,5% zur Finanzierung der Wachstumsansprüche unterdurchschnittlich abrechnender Ärzte gebildet. Nicht verbrauchte Mittel werden im Abrechnungsquartal dem Vorwegabzug des § 8 Absatz 6 VM zugeführt.“

- b) Folgender § 25 wird neu eingeführt:

„§ 25

Vergütung von Leistungen der Fachinternisten

Zur Berücksichtigung der Wachstumsansprüche unterdurchschnittlich abrechnender Ärzte in der Arztgruppe der Fachinternisten erhalten Ärzte, die sowohl einen unterdurchschnittlichen GKV-Umsatz (ohne die auf dem Behandlungsausweis abgerechneten Sachkosten) im Vorjahresquartal als auch eine unterdurchschnittliche Vergütungsquote im individuellen Leistungsbudget des Vorjahresquartals aufweisen, einen Wachstumsaufschlag auf das individuelle Leistungsbudget aus dem Vorwegabzug des § 8a Abs. 3 VM. Hierzu wird der Vorwegabzug auf die Ärzte des Satzes 1 anteilig nach deren Volumina der Überschreitung der individuellen Leistungsbudgets verteilt. Die Durchschnittsberechnungen des Satzes 1 erfolgen unter Berücksichtigung des Versorgungsumfanges oder Anrechnungsfaktors der Ärzte der Arztgruppe. §§ 17-21 VM gelten für die Vergütung von Leistungen der Fachinternisten sinngemäß entsprechend.“

Erläuterung

In der Arztgruppe der Fachinternisten soll - abweichend von den anderen Arztgruppen - die Wachstumsmöglichkeit unterdurchschnittlich abrechnender Ärzte durch eine gesonderte Stützung ausschließlich der unterdurchschnittlich abrechnenden Ärzte organisiert werden.

5. Vergütungsregelung Radiologen

- a) In § 8a wird folgender Absatz 4 eingefügt:

„(4) Innerhalb des unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 4 VM gebildeten Arztgruppenkontingents der Radiologen wird ein Unterkontingent für die Leistungen außerhalb des Kapitels 34.4 EBM und ein Unterkontingent für die Leistungen des Kapitels 34.4 EBM gebildet. Das Unterkontingent für die Leistungen außerhalb des Kapitels 34.4 EBM beträgt 85 % des Leistungsbedarfs für diese Leistungen im Vorjahresquartal. Das Unterkontingent für die Leistungen des Kapitels 34.4 EBM ist das Arztgruppenkontingent der Radiologen insgesamt abzüglich des Unterkontingents für die Leistungen außerhalb des Kapitels 34.4 EBM. Aus den Unterkontingenten werden entsprechend § 8 Abs. 6 VM jeweils Vorwegabzüge gebildet, deren Höhe sich aus der Anlage ergibt. Unterschreitungen der individuellen Leistungsbudgets werden im Abrechnungsquartal unterkontingentspezifisch den Vorwegabzügen zugeführt. Eine

Verrechnung zwischen den Unterkontingenten findet nicht statt.“

b) § 23 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 23

Vergütung von Leistungen der Radiologen

(1) In der Arztgruppe der Radiologen werden nach den Regelungen der §§ 15 ff VM individuelle Leistungsbudgets differenziert für die Unterkontingente des § 8a Abs. 4 VM ermittelt. Die Berechnung der Mindestumfänge der individuellen Leistungsbudgets nach § 16 Abs. 3 VM erfolgt bezogen auf die jeweiligen Leistungen der Unterkontingente. Die unterkontingentspezifischen Prozentwerte ergeben sich aus der Spalte „Verlustbegrenzung“ der Anlage. Eine Verrechnung zwischen den individuellen Leistungsbudgets der Unterkontingente findet nicht statt.

(2) Abweichend von § 16 Abs. 2 VM wird im Unterkontingent der Leistungen des Kapitels 34.4 EBM zur Berechnung der individuellen Leistungsbudgets der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals vollumfänglich bis zu 150 % des arztgruppendurchschnittlichen Leistungsbedarfs herangezogen. Der darüber hinaus gehende Leistungsbedarf wird mit 10 % berücksichtigt. Die Durchschnittsberechnungen erfolgen unter Berücksichtigung des Versorgungsumfangs oder Anrechnungsfaktors der Ärzte der Arztgruppe. Sofern sich für das Unterkontingent der Leistungen des Kapitels 34.4 EBM eine Quote aus dem Honorarvolumen des Unterkontingents und der Summe der zur Berechnung herangezogenen Leistungsbedarfe des Vorjahresquartals von weniger als 70 % ergibt, wird die 150 %-Grenze für das Folgejahr in 5 %-Schritten soweit abgesenkt, dass sich eine Quote von mehr als 70 % ergibt.

(3) §§ 17-21 VM gelten für die Vergütung von Leistungen der Radiologen sinngemäß entsprechend. Dabei werden die Regelungen des § 17 VM differenziert auf die Unterkontingente des § 8a Abs. 4 VM angewendet.“

Erläuterung

In der Arztgruppe der Radiologen sollen die Leistungsbereiche „Kapitel 34.4 EBM“ und „sonstige Leistungen“ gesondert gesteuert werden. Im Unterkontingent Kapitel 34.4 EBM soll mit Blick auf zu erwartende Leistungsmengenentwicklungen bei der Bemessungsgrundlage der Versorgungsumfang bzw. Anrechnungsfaktor nach der Bedarfsplanungsrichtlinie berücksichtigt werden.

6. Vergütungsregelung Nuklearmediziner

a) In § 8a wird folgender Absatz 5 eingefügt:

„(5) Innerhalb des unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 4 VM gebildeten Arztgruppenkontingents der Nuklearmediziner wird ein Unterkontingent für die Leistungen außerhalb des Kapitels 34 EBM und ein Unterkontingent für die Leistungen des Kapitels 34 EBM gebildet. Das Unterkontingent für die Leistungen außerhalb des Kapitels 34 EBM beträgt 85 % des Leistungsbedarfs für diese Leistungen im Vorjahresquartal. Das Unterkontingent für die Leistungen des Kapitels 34 EBM ist das Arztgruppenkontingent der Nuklearmediziner insgesamt abzüglich des Unterkontingents für die Leistungen außerhalb des Kapitels 34 EBM. Aus den Unterkontingenten werden entsprechend § 8 Abs. 6 VM jeweils Vorwegabzüge gebildet, deren Höhe sich aus der Anlage ergibt. Unterschreitungen der individuellen Leistungsbudgets werden im Abrechnungsquartal unterkontingentspezifisch den Vorwegabzügen zugeführt. Eine Verrechnung zwischen den Unterkontingenten findet nicht statt.“

b) Folgender § 24 wird neu eingefügt:

„§ 24 Vergütung von Leistungen der Nuklearmediziner

In der Arztgruppe der Nuklearmediziner werden nach den Regelungen der §§ 15 ff VM individuelle Leistungsbudgets differenziert für die Unterkontingente des § 8a Abs. 5 VM ermittelt. Die Berechnung der Mindestumfänge der individuellen Leistungsbudgets nach § 16 Abs. 3 VM erfolgt bezogen auf die jeweiligen Leistungen der Unterkontingente. Die unterkontingentspezifischen Prozentwerte ergeben sich aus der Spalte „Verlustbegrenzung“ der Anlage. Eine Verrechnung zwischen den individuellen Leistungsbudgets der Unterkontingente findet nicht statt. §§ 17-21 VM gelten für die Vergütung von Leistungen der Nuklearmediziner sinngemäß entsprechend. Dabei werden die Regelungen des § 17 VM differenziert auf die Unterkontingente des § 8a Abs. 5 VM angewendet. “

Erläuterung

In der Arztgruppe der Nuklearmediziner sollen die Leistungsbereiche „Kapitel 34 EBM“ und „sonstige Leistungen“ gesondert gesteuert werden.

7. Änderung Humangenetik

In § 12 Abs. 1 wird die Bezeichnung der Leistungen innerhalb der Klammer wie folgt neu gefasst: „(GOP 11230, 11233 bis 11236 sowie 11320 bis 11322 und Abschnitt 11.4 EBM)“

Erläuterung

Nach Einführung neuer humangenetischer Leistungspositionen wurde der Grundbetrag „genetisches Labor“ durch Beschluss der KBV über die Änderung der Vorgabe zur Honorarverteilung mit Wirkung zum 01.10.2015 neu definiert.

8. Redaktionelle Anpassung:

In § 16 Abs. 4 Satz 4 werden die Worte „Arbeitszeitanteils“ bzw. „Arbeitszeitanteil“ durch die Worte „Anrechnungsfaktors“ bzw. „Anrechnungsfaktor“ ersetzt.

Erläuterung

Für die Beschreibung des zu berücksichtigenden Anteils angestellter Ärzte u. a. im Zusammenhang mit Durchschnittsberechnungen soll einheitlich der in der Bedarfsplanungsrichtlinie verwendete Begriff des „Anrechnungsfaktors“ verwendet werden.

9. Weiterbildungsassistenten

§ 19 Abs. 1 wird um folgende Sätze 2 bis 4 ergänzt:

„Entsprechendes gilt bei Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten nach § 75a SGB V. Insofern kann eine Anpassung für den Zeitraum der genehmigten Beschäftigung gewährt werden. Die Anpassung ist in ihrer Höhe begrenzt durch den Anhebungsbetrag nach § 75a Absatz 1 Satz 4 SGB V. Für die Zeit nach Beendigung der Beschäftigung ist das individuelle Leistungsbudget um basiswirksame Leistungsumfänge des Weiterbildungsassistenten zu bereinigen.“

Erläuterung

Nach § 32 Abs. 3 Ärzte-ZV in der Fassung des VSG ist bei Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten im VM festzulegen, in welchem Umfang dadurch eine Vergrößerung der Kassenpraxis zulässig ist. Die Leistungen des Weiterbildungsassistenten – der über keine LANR verfügt - werden vom anstellenden Arzt als persönliche Leistung abgerechnet. Sie sind in der Abrechnung nicht erkennbar und würden erst im Folgejahr wie üblich bei der ILB-Berechnung Berücksichtigung finden. Die jetzt gesetzlich vorgesehene Honorarprivilegierung lässt sich bei der ILB-Systematik nur im Antragsverfahren realisieren.

10. Redaktionelle Anpassung der Bereinigungsregelung

In § 20 Abs. 1 Satz 1 werden die Paragraphenangaben nach dem Wort „gem.“ durch die Angaben „§§ 73b, 140a SGB V sowie §§ 73c und 140a SGB V in der am 22.07.2015 geltenden Fassung des SGB V“ ersetzt.

Erläuterung

Redaktionelle Anpassung wegen der im VSG erfolgten Neustrukturierung der besonderen Versorgung.

11. Redaktionelle Anpassung

§ 24 –alt- wird zu § 26 –neu-.

Erläuterung

Redaktionelle Anpassung wegen neu eingefügter Paragraphen.

12. Wachstumsregelungen

Die Anlage „Arztgruppenkontingente“ wird durch Angabe geänderter Prozentfaktoren in den Spalten „Vorwegabzug“ und „Verlustbegrenzung“ wie folgt neu gefasst:

Anlage Arztgruppenkontingente ab dem Quartal 4/2013
--

		Vorwegabzug	Verlustbegrenzung
	Hausärztlicher Versorgungsbereich		
1	Hausärzte: Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, sofern keine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a Satz 5 SGB V vorliegt; Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung und ohne weiteres Fachgebiet, welche die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a Satz 1 Nummer 3 SGB V gewählt haben; Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte), sofern sie nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht eine entsprechende Bezeichnung erworben haben.	30 %	99 %
2	Kinderärzte	20 %	97 %

	Fachärztlicher Versorgungsbereich		
1	Augenärzte	5 %	90 %
2	Chirurgen	3 %	94 %
3	Frauenärzte	3 %	91 %
4	Hautärzte	3 %	93 %
5	HNO-Ärzte	3 %	93 %
6	Nervenärzte	5 %	97 %
7	Orthopäden	10 %	95 %
8	Psychotherapeuten	3 %	99 %
9	Urologen	3 %	91 %
10	Anästhesisten	3 %	94 %
11	Fachinternisten (fachärztlich tätig)	3 %	99 %
12	Kinder- und Jugendpsychiater	3 %	94 %
13	Radiologen		
13.1	Radiologen – Leistungen außerhalb Kapitel 34.4 EBM	4 %	80 %
13.2	Radiologen – Leistungen Kapitel 34.4 EBM	4 %	80 %
14	Humangenetiker	3 %	99 %
15	Laborärzte*	3 %	96 %
16	Neurochirurgen	3 %	88 %
17	Nuklearmediziner		
17.1	Nuklearmediziner – Leistungen außerhalb Kapitel 34 EBM	4 %	80 %
17.2	Nuklearmediziner – Leistungen Kapitel 34 EBM	4 %	80 %
18	Pathologen	5 %	92 %
19	Physikalische- und Rehabilitationsmediziner	5 %	97 %
20	Strahlentherapeuten	3 %	99 %
21	Transfusionsmediziner	3 %	99 %
22	MKG-Chirurgen	3 %	88 %
23	Ermächtigte Einrichtungen	3 %	99 %

Erläuterung

Durch die Änderungen soll den Anforderungen der Rechtsprechung zu Wachstumsmöglichkeiten unterdurchschnittlich abrechnender Praxen Rechnung getragen werden.

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 1. Oktober 2015 in Kraft.
