

Änderungen des Verteilungsmaßstabes zum 1. Quartal 2018

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg hat in ihrer Sitzung am 30.11.2017 gemäß § 87b SGB V folgenden 12. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab ab dem 1. Oktober 2013 beschlossen:

I. Notfalleistungen

1. In § 6 Abs. 1 werden die Worte „Grundbetrag ärztlicher Bereitschaftsdienst“ durch die Worte „Grundbetrag Bereitschaftsdienst und Notfall“ ersetzt.
2. Die Überschrift des § 11 wird wie folgt geändert:

§ 11 Vergütung der Notfalleistungen

3. § 11 wird wie folgt neu formuliert:

(1) ¹ Die Leistungen für die Versorgung im Notfall und im von der KVH organisierten ärztlichen Notfalldienst werden aus dem nach der Vorgabe der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V gebildeten Vergütungsvolumen unter Hinzufügung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V vergütet.

(2) ¹ Die Vergütung erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. ² Bei Über- oder Unterschreitungen des Vergütungsvolumen findet die Vorgabe der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V Teil B Ziff. 7.2 Anwendung.

Erläuterungen

Das zum 01.01.2016 in Kraft getretene Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sah in einer Ergänzung des § 87b Abs. 1 SGB V vor, dass Notfalldienstleistungen unbegrenzt zu vergüten sind. Inzwischen hat die KBV mit Wirkung zum 01.01.2018 ihre Vorgaben zur Honorarverteilung entsprechend angepasst. Für den VM der KVH resultiert hieraus lediglich ein redaktioneller Änderungsbedarf, da die betreffenden Leistungen bereits seit der VM-Änderung zum 01.01.2016 zu 100% vergütet werden.

II. Fördersummen - NÄPA

1. In § 7 Abs. 1 wird folgender Buchstaben (c) angefügt:
 - (c) unter Abzug der gem. der Honorarvereinbarung 2017 zur Verfügung gestellten und unter entsprechender Anwendung der Regelungen zur Fortschreibung des hausärztlichen Grundbetrages in den Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V Teil B angepassten anteiligen Fördersumme für die sozialpädiatrisch orientierte einge-

hende Beratung nach GOP 04355 EBM.

2. § 8a Absätze 1 bis 2 werden als Absätze 1 bis 3 wie folgt neu formuliert:

(1)¹ Innerhalb des unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 4 VM gebildeten Arztgruppenkontingents der Hausärzte werden folgende Leistungen zu den Preisen der regionalen Eurogebührenordnung vergütet:

- (a) die Strukturpauschale nach GOP 03040 EBM
- (b) die Chronikerpauschale nach GOP 03220 EBM
- (c) die Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach GOP 03060 EBM bis GOP 03065 EBM

² Der Vorwegabzug des § 8 Abs. 6 VM wird von dem danach verbleibenden Volumen des Arztgruppenkontingents gebildet.

(2)¹ Innerhalb des unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 4 VM gebildeten Arztgruppenkontingents der Kinderärzte werden die Leistungen der Chronikerpauschale nach GOP 04220 zu den Preisen der regionalen Eurogebührenordnung vergütet. ² Der Vorwegabzug des § 8 Abs. 6 VM wird von dem danach verbleibenden Volumen des Arztgruppenkontingents gebildet.

(3)¹ Innerhalb des unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 4 VM gebildeten Arztgruppenkontingents der Anästhesisten werden die anästhesiologischen Leistungen, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind, zu den Preisen der regionalen Eurogebührenordnung vergütet. ² Der Vorwegabzug des § 8 Abs. 6 VM wird von dem danach verbleibenden Volumen des Arztgruppenkontingents gebildet.

3. § 8a Absatz 3 (alt) wird zu Absatz 4 (neu).

4. § 13 Abs.3 wird wie folgt neu formuliert:

(3)¹ Das Volumen nach § 7 Abs. 1 (c) VM wird nach Ermittlung der Vergütungsquote für die Leistungen des § 13 Abs. 1 VM auf die abgerechneten Leistungen nach GOP 04355 EBM bis zum Erreichen des Preises der regionalen Euro-Gebührenordnung für die GOP 04355 EBM verteilt. ² Werden die Mittel nicht ausgeschöpft, stehen sie für die Vergütung der GOP 04355 EBM in Folgequartalen zur Verfügung.

5. § 14 wird wie folgt neu formuliert:

(1) Die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung werden aus dem nach der Vorgabe der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V gebildeten Vergütungsvolumen unter Hinzufügung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V vergütet.

(2)¹ Die Vergütung der Leistungen erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung. ² Bei Über- oder Unterschreitungen des Vergütungsvolumens findet die Vorgabe der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V Teil B Ziff. 7.4 Anwendung.

6. In § 25 werden folgende Absätze 4 (neu) und 5 (neu) angefügt:

(4) Die mit der Honorarvereinbarung 2017 basiswirksam in die MGV überführten Fördersummen werden für die Honorarverteilung ab 2018 entsprechend ihrer anteiligen Verwendung in 2017 dem hausärztlichen Grundbetrag und dem Grundbetrag PFG zugeführt.

(5) Die 2018 in das hausärztliche Grundbetragsvolumen eingestellten Mittel für die Finanzierung der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach GOP 03060 EBM bis 03065 EBM werden in den Quartalen des Jahres 2018 dem hausärztlichen Grundbetragsvolumen vor Aufteilung in die Arztgruppenkontingente entnommen und nach Berechnung der Kontingente dem Arztgruppenkontingent der Hausärzte zugeführt.

Erläuterungen

- *Fördersummen*

Mit der Honorarvereinbarung 2017 sind die Fördersummen für die Chronikerpauschalen in Höhe von 3 Mio. €, die sozialpädiatrische Beratung in Höhe von 500.000 € und die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung in Höhe von 3,5 Mio € in die MGV überführt worden. Dort stehen sie anteilsgemäß im hausärztlichen Grundbetrag und im Grundbetrag PFG zur Verfügung. Der auf den hausärztlichen Grundbetrag entfallende Anteil soll weiterhin für eine Förderung der Chronikerpauschalen und des sozialpädiatrischen Gesprächs verwendet werden. Dabei werden die Chronikerpauschalen der Haus- und Kinderärzte zukünftig aus dem jeweiligen Arztgruppenkontingent unter Verwendung der basiswirksam eingestellten Fördermittel zu 100% vergütet. Die Mittel für die sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung werden wie bisher innerhalb des Kontingents nach § 13 VM zu einer Verbesserung der Vergütungsquote dieser Leistung verwendet.

Bei den Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung ist eine Vergütung zu 100% vorgesehen. Nach den KBV-Vorgaben findet bei Über- oder Unterschreitungen des Grundbetragsvolumens PFG eine Verrechnung mit dem fachärztlichen Grundbetrag statt, sodass die für eine 100%-Vergütung der PFG nicht benötigten Mittel in die allgemeine fachärztliche Vergütung fließen.

Die Neuformulierungen bezüglich der Strukturpauschale GOP 03040 EBM (§ 8a Abs. 1 alt) und der anästhesiologischen Leistungen (§ 8a Abs. 2 alt) — beinhalten lediglich eine Formulierungsgleichstellung mit den anderen strukturell vergleichbaren Vergütungsregelungen des § 8a ohne finanzielle Auswirkungen.

- *NÄPA:*

Gem. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 402. Sitzung am 19. September 2017 sind die Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den GOP 03060 bis 03065 EBM in die MGV überführt worden. Die insoweit auf den Bereich der KVH entfallenden Finanzmittel in Höhe von 671.261 € je Quartal stehen nach Teil B Abschnitt 3.5 der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung dem Hausärztlichen Grundbetragsvolumen zur Verfügung. Mit der VM-Regelung werden sie basiswirksam in das hausärztliche Arztgruppenkontingent eingestellt und dort für eine 100%-Vergütung dieser Leistungen verwendet. Verbleibende Mittel werden bei der ILB-Berechnung der Hausärzte berücksichtigt.

III. Palliativversorgung

1. § 7 Abs. 1 (b) wird wie folgt neu formuliert:

- (b) unter Abzug des für die Vergütung der hausärztlichen Leistungen der geriatrischen Versorgung und der sozialpädiatrischen Leistungen der Kinder- und Jugendärzte nach § 13 VM gesondert zur Verfügung gestellten und unter entsprechender Anwendung der Regelungen zur Fortschreibung des hausärztlichen Grundbetrages in den Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V Teil B angepassten Vergütungsvolumens.

2. § 13 erhält folgende neue Überschrift:

§ 13

Vergütung der hausärztlichen Leistungen der geriatrischen Versorgung und der sozialpädiatrischen Leistungen der Kinder- und Jugendärzte

3. § 13 Abs. 1 wird wie folgt neu formuliert:

(1) Die hausärztlichen Leistungen der geriatrischen Versorgung (GOP 03360, GOP 03362 EBM) und der sozialpädiatrischen Leistungen der Kinder- und Jugendärzte (GOP 04355 EBM) werden aus dem Vergütungsvolumen nach § 7 Abs. 1 (b) VM vergütet.

Erläuterungen

Die Leistungen der Palliativversorgung sind mit dem 4. Nachtrag zur Honorarvereinbarung 2017 extrabudgetär gestellt worden. Die diesbezüglichen VM-Regelungen waren somit anzupassen.

IV. Sonstiges / Redaktionelles

1. In § 8 Abs. 6 Satz 1 wird nach „§ 19 VM“ angefügt: „und der Vergütungsanpassungen nach § 19a VM“.

Erläuterungen

Redaktionell: Die Vergütungsanpassungen bei Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten werden nach § 19a Abs. 2 Satz 3 VM aus den Vorwegabzügen finanziert. Hier fehlte noch der korrespondierende Hinweis in § 8 Abs. 6 VM.

2. § 20 Abs. 3 wird gestrichen.

Erläuterungen

Es handelt sich um eine zeitliche begrenzte Bereinigungsregelung, die ab Quartal 1/2018 obsolet ist.

3. § 25 Abs. 3 wird gestrichen. § 25 Abs. 4 (alt) wird zu § 25 Abs. 3 (neu).

Erläuterungen

Es handelt sich um eine zeitlich begrenzte Finanzierungsregelung, die ab Quartal 1/2018 obsolet ist.

4. In der Anlage entfällt in Zeile 8 „Psychotherapeuten“ die Angabe „99%“ in der Spalte Verlustbegrenzung.

Erläuterungen

Redaktionell: Die Psychotherapeuten haben gem. § 22 ein durchschnittliches Leistungsbudget. Verlustbegrenzungen werden dort nicht errechnet.

Inkrafttreten:

Die Änderungen mit Ausnahme des Abschnitts III treten zum 01.01.2018 mit Wirkung für die ILB-Berechnungen für das Quartal 1/2018 in Kraft.
Abschnitt III tritt rückwirkend zum Quartal 4/2017 in Kraft.

Die Erläuterungen zu den einzelnen Beschlussteilen sind Informationen zum VM nach § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V.
