

Änderungen des Verteilungsmaßstabes mit Wirkung zum 1. Quartal 2014

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg hat in ihrer Sitzung am 12. Dezember 2013 gemäß § 87b SGB V folgenden 1. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab ab dem 1. Oktober 2013 mit Wirkung zum 1. Januar 2014 beschlossen:

I.

§ 8 Abs. 4 wird wie folgt neu gefasst:

(4) Der Honoraranteil eines Arztgruppenkontingents am versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen beträgt mindestens 99 % des Volumens aus dem relativen Anteil der Arztgruppe an der Summe der Honorarauszahlungen im Vorjahresquartal, multipliziert mit dem versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen.

Erläuterung: Der Rechenmodus der Verlustbegrenzung auf Arztgruppenebene wird umgestellt.

II.

In § 8 wird folgender Absatz 8 angefügt:

(8) Die von der KVH nach § 103 Abs. 3a SGB V zu leistende Entschädigung für den Verkehrswert einer Praxis wird bei der Durchführung der nächsten vier Honorarabrechnungen nach Beendigung der Praxis in vier gleichen Teilen den Vorwegabzügen nach Abs. 6 des Arztgruppenkontingents derjenigen Arztgruppe entnommen, der der zu entschädigende Arzt angehört. Das dem arztbezogenen individuellen Leistungsbudget entsprechende Honorarvolumen des Arztes, für den die Entschädigung geleistet wurde, wird in den ersten vier Quartalen nach Beendigung der Praxis dem entsprechenden Vorwegabzug nach Abs. 6 zugeführt.

Erläuterung: Die Finanzierung der Verkehrswertentschädigung nach § 103 Abs. 3a SGB V soll arztgruppenbezogen aus der Gesamtvergütung erfolgen.

III.

§ 16 wird wie folgt neu gefasst:

§ 16**Berechnung des individuellen Leistungsbudgets**

(1) Zugelassene und ermächtigte Ärzte erhalten ein arztbezogenes individuelles Leistungsbudget; angestellte Ärzte erhalten ein sitzbezogenes individuelles Leistungsbudget.

(2) Die individuellen Leistungsbudgets werden errechnet als relativer Anteil des Arztes bzw. Sitzes am Leistungsbedarf der Arztgruppe in Euro des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem Arztgruppenkontingent des § 8 VM unter Berücksichtigung der Berechnungen der § 8 Abs. 4 und Abs. 6 VM.

(3) Das individuelle Leistungsbudget beträgt mindestens 99 % des Volumens aus dem relativen Anteil des Arztes bzw. Sitzes an der Honorarauszahlung der Arztgruppe im Vorjahresquartal, multipliziert mit dem Arztgruppenkontingent des § 8 VM unter Berücksichtigung der Berechnungen der § 8 Abs. 4 und Abs. 6 VM. Daraus ergibt sich eine Vergütung von mindestens 95 % der Honorarauszahlung im Vorjahresquartal.

(4) Maßgeblich für die Berechnungen nach Abs. 1 und 2 sind die mit den Honorarbescheiden des Vorjahresquartals festgesetzten Leistungsbedarfe und Honoraransprüche einschließlich der bis zum Stichtag des § 18 Abs. 3 VM erfolgten Änderungen. Spätere Änderungen bleiben für die Bemessung der individuellen Leistungsbudgets unberücksichtigt. Die Berechnungen beziehen sich auf die im Abrechnungsquartal aus dem Arztgruppenkontingent zu vergütenden Leistungen. Bei einer Verringerung des Versorgungsumfanges oder Arbeitszeitanteils gegenüber dem Vorjahresquartal wird das individuelle Leistungsbudget entsprechend dem Versorgungsumfang oder Arbeitszeitanteil im Abrechnungsquartal festgesetzt.

Erläuterung:

Abs. 1: Für die Berechnung der individuellen Leistungsbudgets ist eine sachgerechte Differenzierung zwischen zugelassenen bzw. ermächtigten und angestellten Ärzten erforderlich. Daraus ergeben sich redaktionelle Anpassungen in den nachfolgenden Absätzen.

Abs. 4 Satz 4: In der bisherigen Fassung des VM fehlte eine Regelung zur Berechnung des individuellen Leistungsbudgets bei Verringerung des Versorgungsumfanges oder Arbeitszeitanteils.

IV.

§ 17 wird wie folgt neu gefasst:

§ 17

Besonderheiten bei Neuzulassungen und Praxisveränderungen

(1) Neu zugelassene Ärzte, die in Einzelpraxis tätig sind, erhalten innerhalb einer Anfangsphase von 12 Quartalen nach erstmaliger Praxisaufnahme ein individuelles Leistungsbudget in Höhe des arztgruppendurchschnittlichen Leistungsbudgets unter Berücksichtigung ihres Versorgungsumfanges im Abrechnungsquartal. Liegt in den ersten vier Quartalen nach erstmaliger Praxisaufnahme der relative Anteil des Vorgängers über dem Durchschnitt der Arztgruppe, wird stattdessen zur Berechnung des individuellen Leistungsbudgets der Anteil des Vorgängers herangezogen. Ist im Zeitraum vom 5. bis zum 12. Quartal nach erstmaliger Praxisaufnahme das nach § 16 VM ermittelte individuelle Leistungsbudget höher als das arztgruppendurchschnittliche Leistungsbudget, gilt das individuelle Leistungsbudget.

(2) Gründungsmitglieder einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines MVZ, die mit der Gründung erstmalig ihre Praxis aufnehmen oder die bislang gem. Absatz 1 in Einzelpraxis tätig waren und sich noch in der Anfangsphase von 12 Quartalen nach erstmaliger Praxisaufnahme befinden, erhalten ein individuelles Leistungsbudget bzw. ein arztgruppendurchschnittliche Leistungsbudget entsprechend der Regelung des Abs. 1. Für diese Ärzte findet eine Verrechnung der individuellen Leistungsbudgets nach § 15 Abs. 1 Satz 2 VM nicht statt. Entsprechendes gilt für neu zugelassene Ärzte, die in eine Berufsausübungsgemeinschaft oder ein MVZ eintreten.

(3) Neu zugelassene Ärzte, die in Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ einen Arztstitz übernehmen, erhalten zur Berechnung des individuellen Leistungsbudgets den relativen Anteil ihres Vorgängers unter Berücksichtigung ihres Versorgungsumfanges im Abrechnungsquartal.

(4) Das arztgruppendurchschnittliche Leistungsbudget ergibt sich aus der Division des Arztgruppenkontingents nach § 8 VM unter Berücksichtigung der Berechnungen der § 8 Abs. 4 und Abs. 6 VM und der Summe der Versorgungsaufträge und Anrechnungsfaktoren der dem Arztgruppenkontingent gem. § 8 Abs. 2 VM zugeordneten Ärzte.

Erläuterung: Die bisherigen Regelungen zu Praxisveränderungen und Neuzulassungen mussten klargestellt und um weitere Sachverhalte ergänzt werden. Die Darstellung der Berechnung des arztgruppendurchschnittlichen Leistungsbudgets erfolgt jetzt einheitlich in § 17 VM.

V.

In § 22 wird Absatz 2 gestrichen. Die nachfolgenden Absätze werden neu nummeriert.

Erläuterung: Die Darstellung der Berechnung des arztgruppendurchschnittlichen Leistungsbudgets erfolgt einheitlich in § 17 VM.

VI.

§ 24 wird um folgenden Absatz 4 ergänzt:

(4) Die Honorarabrechnung für das Quartal 4/2014 erfolgt bezüglich der Durchführung des § 8 Abs. 4 VM mit Vorjahresquartalsdaten, die sich auf der Grundlage des § 8 Abs. 4 VM in der ab dem 01.01.2014 geltenden Fassung ergeben hätten.

Erläuterung: Die geänderte Verlustbegrenzungsregelung auf Arztgruppenebene soll sich basiswirksam im Quartal 4/2014 auswirken.

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 1. Januar 2014 in Kraft.
