

Änderungen des Verteilungsmaßstabes zum 3. Quartal 2016

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg hat in ihrer Sitzung am 16.06.2016 gemäß § 87b SGB V folgenden 7. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab ab dem 1. Oktober 2013 mit Wirkung zum 1. Juli 2016 beschlossen:

1. Humangenetik

1. § 12 Abs. 1 VM wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Die in der Vorgabe der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V bezeichneten humangenetischen Leistungen werden aus dem nach der Vorgabe gebildeten Vergütungsvolumen unter Hinzufügung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 75 Abs. 7 und 7a SGB V vergütet. Abweichende gesamtvertragliche Regelungen zur extrabudgetären Vergütung von humangenetischen Leistungen werden berücksichtigt.“

Erläuterung:

In Folge der Neuregelung der Vergütung humangenetischer Leistungen wurden in den KBV-Vorgaben mit Wirkung zum 01.07.2016 die innerhalb des Grundbetrags genetisches Labor zu vergütenden Leistungen neu definiert. Die Vorgaben enthalten auch eine optionale Regelung mit Blick auf die vom Bewertungsausschuss in seiner 372. Sitzung empfohlene extrabudgetäre Vergütung einzelner Leistungen. Dies musste in die VM-Formulierung übernommen werden.

2. In § 12 Abs. 2 VM wird die Formulierung „Die Vergütung erfolgt zumindest in Höhe von 85 % der durchschnittlichen fachärztlichen Vergütungsquote des Vorjahresquartals im Bereich der innerhalb der MGV zu vergütenden Leistungen.“ durch die Formulierung „Werden die Mittel nicht ausgeschöpft, stehen sie für die Vergütung der Leistungen in Folgequartalen zur Verfügung.“ ersetzt.

Erläuterung:

Vor dem Hintergrund der Neuregelung der Vergütung humangenetischer Leistungen ist eine gesonderte Stützungsregelung für die im Grundbetrag verbleibenden Leistungen nicht mehr geboten.

2. Arztbezogene Bereinigung

1. § 20 VM wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Bereinigungen der MGV bei Beitritt von Versicherten zu einem Vertrag gem. §§ 73b, 140a SGB V sowie §§ 73c und 140a SGB V in der am 22.07.2015 geltenden Fassung des SGB V und Bereinigungen aufgrund gesamtvertraglicher Regelungen werden im Rahmen der Honorarverteilung nach den Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V umgesetzt.“

Sie werden dergestalt durchgeführt, dass aus ihnen weder Begünstigungen noch Benachteiligungen der am Vertrag teilnehmenden bzw. nicht teilnehmenden Ärzte resultieren. Hierzu finden arztbezogene Bereinigungen für die innerhalb der individuellen Leistungsbudgets zu vergütenden Leistungen bezogen auf die aus den unbereinigten Grundbetragsvolumina ermittelten individuellen Leistungsbudgets statt. Zur Ermittlung der arztbezogenen Bereinigungssummen werden aus den Anteilen der MGV-Bereinigungen, die auf die innerhalb der individuellen Leistungsbudgets zu vergütenden Leistungen entfallen, patientendurchschnittliche Bereinigungsbeträge, ggf. kassenindividuell und vertragsspezifisch, errechnet. Diese werden um die Prozentfaktoren der Vorwegabzüge nach §§ 8 und 8a VM verringert. Die Bereinigungsbeträge werden in den ersten vier Quartalen der Vertragsteilnahme eines Arztes mit der Zahl der bei dem Arzt eingeschriebenen Patienten multipliziert. Die sich daraus ergebenden Bereinigungssummen werden von dem bei der Honorarabrechnung zu Grunde gelegten individuellen Leistungsbudget des Arztes abgezogen. In den Folgequartalen wird zur Ermittlung der Bereinigungssummen auf die gegenüber dem Vorjahresquartal geänderte Zahl der beim Arzt eingeschriebenen Patienten abgestellt. Bei einer Erhöhung der Zahl der eingeschriebenen Patienten wird das bei der Honorarabrechnung zu Grunde gelegte individuelle Leistungsbudget des Arztes entsprechend der geänderten Anzahl vermindert, bei einer Verringerung der Zahl der eingeschriebenen Patienten entsprechend erhöht. Bereinigungen nach den vorstehenden Regelungen finden nur für diejenigen Patienten statt, die im Vorjahresquartal und im Abrechnungsquartal vom selben Arzt behandelt wurden. Sofern von Krankenkassen bei der Lieferung der Bereinigungsdaten keine „Arzt-Versichertenpaare“ geliefert werden, finden die Berechnungen auf der Grundlage der Versichertenzahlen statt.

(2) Für Bereinigungen der MGV aufgrund Leistungserbringungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gem. § 116b SGB V gilt Abs. 1 sinngemäß entsprechend mit der Maßgabe, dass bei der Durchführung der arztbezogenen Bereinigung zusätzlich auf den Indikationsbezug abgestellt wird. In Übertragung des Beschlusses des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 335. Sitzung am 24. September 2014 zu Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs aufgrund ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung auf die arztseitige Bereinigung erfolgt die Bereinigung für die Quartale 3/2014 und 4/2014 rückwirkend in den Quartalen 3/2015 und 4/2015, wobei die Bereinigungen basiswirksam bei der Ermittlung der bei der Abrechnung der Quartale 3/2015 und 4/2015 zu Grunde gelegten individuellen Leistungsbudgets berücksichtigt werden.

(3) Bereinigungen der MGV wegen der Zuschläge zur Onkologievereinbarung in Ziffer 4.38 der Honorarvereinbarung 2016 werden im Rahmen der Honorarverteilung nach den Vorgaben der KBV gem. § 87b Abs. 4 SGB V umgesetzt. Hierzu finden in den Quartalen des Jahres 2016 arztbezogene Bereinigungen der aus den unbereinigten Grundbetragsvolumina ermittelten individuellen Leistungsbudgets bei denjenigen Ärzten der Arztgruppen der Frauenärzte und Urologen statt, die in den Vorjahresquartalen die Kostenpauschalen 86510 und 86512 der Onkologie-Vereinbarung abgerechnet haben. Die arztbezogenen Bereinigungssummen werden in entsprechender Anwendung der Bereinigungsvorgabe in Ziffer 3. 2. Abs. 2 Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2016 aus den arztbezogenen Abrechnungshäufigkeiten der Kostenpauschalen 86510 und 86512 der Onkologie-Vereinbarung in den Vorjahresquartalen als Euro-Beträge ermittelt und von dem bei der Honorarabrechnung zu Grunde gelegten individuellen Leistungsbudget des Arztes abgezogen. In den Quartalen des Jahres 2017 werden die sich aus der Bereinigungsvorgabe in Ziffer 3. 2. Abs. 2 Nr. 2 der Honorarvereinbarung 2016 für die Quartale des Jahres 2016 bei den Arztgruppen der Frauenärzte und der Urologen insgesamt ergebenden Abzugsbeträge in Euro bei der Ermittlung der Arztgruppenkontingente nach § 8 Abs. 3 VM vom Leistungsbedarf des Vorjahresquartals abgezogen.“

2. In § 18 Abs. 3 VM werden in der Klammereinfügung die Worte „*Ergebnisse der Honorarvereinbarungen, nachträgliche Bereinigungen*“ gestrichen.

Erläuterung:

1. zu § 20 Abs. 1 und 2: Aufgrund der Änderungen des § 87b SGB V durch das GKV-VSG mussten die KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung bezüglich der Bereinigungsregelungen angepasst werden. Die Vorgaben schreiben für die arztbezogene Bereinigung einen patientenbezogenen Berechnungsweg (keine Bereinigung bei „Patientenwanderung“) vor, der in den VM übernommen werden musste. Aus diesem Anlass wurde die Bereinigungsregelung insgesamt zur Klarstellung des Rechenwegs redaktionell überarbeitet und detaillierter ausgestaltet.

2. zu § 20 Abs. 3: Für die in der Honorarvereinbarung 2016 vorgesehenen MGV-Bereinigung bezüglich der Zuschläge zur Onkologievereinbarung musste für die arztbezogene Bereinigung ein gesondertes Verfahren beschrieben werden.

3. zu § 18 Abs. 3 VM: Redaktionelle Änderung. Die gestrichenen Angaben sind mit Blick auf die ausdrückliche Regelung in § 20 VM entbehrlich.

3. Fördersummen nach Ziff. 3.13 der Honorarvereinbarung 2016

a) „Chroniker-Zuschlag“ (GOP 03220 EBM und GOP 04220 EBM)

aa) Quartale 1/2016 und 2/2016

§ 26 Absätze 2 und 4 VM werden gestrichen, § 26 Abs. 3 VM wird zu § 26 Abs. 2 VM neu. Folgender Absatz 3 wird neu angefügt.

„(3) In den Quartalen 1/2016 und 2/2016 erfolgt eine zusätzliche Förderung der innerhalb der individuellen Leistungsbudgets der Hausärzte und Kinderärzte abgerechneten Leistungen nach GOP 03220 EBM und GOP 04220 EBM. Hierzu werden die quartalsanteiligen Fördersummen für die GOP 03220 EBM und GOP 04220 EBM gem. Ziff. 3.13 der Honorarvereinbarung 2016 nach Ermittlung der praxisdurchschnittlichen Vergütungsquoten für die Leistungen der individuellen Leistungsbudgets auf die abgerechneten Leistungen nach GOP 03220 EBM und GOP 04220 EBM praxisbezogen jeweils maximal bis zum Erreichen des Preises der regionalen Euro-Gebührenordnung für diese Leistungen verteilt. Die Verteilung auf die Praxen erfolgt anteilig entsprechend den praxisindividuellen Vergütungsdifferenzvolumina zwischen der praxisdurchschnittlichen Vergütungsquote und dem Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung für die Leistungen nach GOP 03220 EBM und GOP 04220 EBM. Werden die Mittel nicht ausgeschöpft, stehen sie für die Vergütung der GOP 03220 EBM und GOP 04220 EBM in Folgequartalen zur Verfügung. Die praxisbezogenen Fördersummen sind nicht basiswirksam für die Berechnung der individuellen Leistungsbudgets in Folgequartalen.“

bb) Quartale 3/2016 und 4/2016

In § 8a VM werden folgende Absätze 1a) und 1b) eingefügt:

„(1a) Innerhalb des unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 4 gebildeten Arztgruppenkontingents der Hausärzte wird zur Finanzierung der Leistung nach GOP 03220 EBM ein Volumen auf der Basis der Anforderung im Vorjahresquartal bereitgestellt, dem die auf die GOP

03220 EBM entfallende quartalsanteilige Fördersumme gem. Ziff. 3.13 der Honorarvereinbarung 2016 hinzugefügt wird. Die Vergütung erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern in dem Vergütungsvolumen hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. Andernfalls werden die Preise nach den verfügbaren Mitteln quotiert. Werden die Mittel nicht ausgeschöpft, stehen sie für die Vergütung der Leistung in Folgequartalen zur Verfügung. Die Fördersumme ist nicht basiswirksam für die Berechnung des Vergütungsvolumens in Folgequartalen.

(1b) Innerhalb des unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 4 gebildeten Arztgruppenkontingents der Kinderärzte wird zur Finanzierung der Leistung nach GOP 04220 EBM ein Volumen auf der Basis der Anforderung im Vorjahresquartal bereitgestellt, dem die auf die GOP 04220 EBM entfallende quartalsanteilige Fördersumme gem. Ziff. 3.13 der Honorarvereinbarung 2016 hinzugefügt wird. Die Vergütung erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern in dem Vergütungsvolumen hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. Andernfalls werden die Preise nach den verfügbaren Mitteln quotiert. Werden die Mittel nicht ausgeschöpft, stehen sie für die Vergütung der Leistung in Folgequartalen zur Verfügung. Die Fördersumme ist nicht basiswirksam für die Berechnung des Vergütungsvolumens in Folgequartalen.“

b) Sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung (GOP 04355 EBM)

In § 13 VM wird folgender Abs. 3 angefügt:

„(3) In den Abrechnungsquartalen des Jahres 2016 erfolgt eine zusätzliche Förderung der GOP 04355 EBM (sozialpädiatrisch orientierte eingehende Beratung). Hierzu werden die quartalsanteiligen Fördersummen für die GOP 04355 EBM gem. Ziff. 3.13 der Honorarvereinbarung 2016 nach der 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. Werden die Mittel nicht ausgeschöpft, stehen sie für die Vergütung der GOP 04355 EBM in Folgequartalen zur Verfügung.“

c) Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung

In § 14 Abs. 1 VM wird folgender Satz 2 angefügt:

„In den Abrechnungsquartalen des Jahres 2016 werden die quartalsanteiligen Fördersummen für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung gem. Ziff. 3.13 der Honorarvereinbarung 2016 dem Vergütungsvolumen des Satz 1 hinzugefügt. Die Fördersummen sind nicht basiswirksam für die Berechnung des Vergütungsvolumens in Folgejahresquartalen.“

Erläuterung

1. In der Honorarvereinbarung mit den Krankenkassen für 2016 sind unter Ziffer 3.13 für die dort genannten Leistungsbereiche nicht basiswirksame Fördersummen vereinbart worden. Die Verteilung der Fördersummen musste den für die einzelnen Leistungsbereiche unterschiedlichen Verteilungssystematiken Rechnung tragen.

2. Zu 3. a) aa): Die Regelungen in § 26 Abs. 2 und 3 VM sind mit Blick auf die dort genannten Zeitbezüge obsolet.

4.

Die Änderungen treten zum 01.07.2016 nach Maßgabe der nachstehenden Regelungen in Kraft.

- Die Neufassung des § 20 VM (Abschnitt 2 - arztbezogene Bereinigung) gilt mit Wirkung zum 01.04.2016.
 - Die Regelung des § 26 VM (Abschnitt 3 a) aa) = Chronikerzuschläge in den Quartalen 1/2016 und 2/2016) gilt bezüglich des § 26 Abs. 3 VM neu für die Abrechnungsquartale 1/2016 und 2/2016.
 - Die Regelung des § 8a Abs. 1a und 1b VM (Abschnitt 3 a) bb) = Chronikerzuschläge in den Quartalen 3/2016 und 4/2016) gelten mit Wirkung ab der ILB-Berechnung für das Quartal 3/2016.
 - Die Regelungen in § 13 Abs. 3 VM (Abschnitt 3 b – Förderung GOP 04355 EBM), § 14 Abs. 1 Satz 2 VM (Abschnitt 3c – Förderung Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung) und § 20 Abs. 3 VM (Abschnitt 2 - arztbezogene Bereinigung bei den Zuschlägen zur Onkologievereinbarung) gelten mit Wirkung ab der Honorarabrechnung für das Quartal 1/2016.
-