

Änderungen des Verteilungsmaßstabes zum 2. Quartal 2017

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg hat in ihrer Sitzung am 02.02.2017 gemäß § 87b SGB V folgenden 10. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab ab dem 1. Oktober 2013 beschlossen:

1. CT/MRT-Leistungen in der Radiologie und Nuklearmedizin

1.1 In § 8 Abs. 1 VM wird folgender Satz 2 angefügt:

„² Im fachärztlichen Vergütungsvolumen werden außerdem ein „Leistungskontingent CT/MRT Radiologen“ für die Leistungen der Radiologen der Kapitel 34.3 EBM und 34.4 EBM und ein „Leistungskontingent MRT Nuklearmediziner“ für die Leistungen der Nuklearmediziner des Kapitels 34.4 EBM gebildet.“

1.2 § 8 Abs. 3 Satz 2 VM wird wie folgt neu gefasst:

„² Die Leistungskontingente „CT/MRT Radiologen“ und „MRT Nuklearmediziner“ werden jeweils errechnet aus der Summe der Honorarauszahlungen für die in den Leistungskontingenten enthaltenen Leistungen im Vorjahresquartal, zuzüglich des Faktors der tatsächlich erfolgten Anpassung des fachärztlichen Vergütungsvolumens gegenüber dem Vorjahresquartal.“

1.3 In § 8 Abs. 4 VM wird folgender Satz 2 eingefügt, Satz 2 (alt) wird Satz 3 (neu):

„² Die Berechnungen nach Satz 1 finden auf die Leistungskontingente des § 8 Abs.1 Satz 2 VM keine Anwendung.“

1.4 In § 8 Abs. 6 VM wird folgender Satz 4 angefügt:

„Die Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend für die Unterkontingente des „Leistungskontingents CT/MRT Radiologen“ gemäß § 8 Abs.1 Satz 2 VM und § 23 VM sowie für das „Leistungskontingent MRT Nuklearmediziner“ gemäß § 8 Abs.1 Satz 2 VM.“

1.5. § 8a Absätze 4 und 5 VM werden gestrichen.

1.6. §§ 23 und 24 VM werden wie folgt neu gefasst:

„§ 23

Vergütung von Leistungen der Radiologen

(1) ¹ In der Arztgruppe der Radiologen werden nach den Regelungen der §§ 15 ff VM individuelle Leistungsbudgets differenziert für die aus dem Arztgruppenkontingent des § 8 Abs. 1 Satz 1 VM zu vergütenden Leistungen, für die aus dem „Unterkontingent CT“ des „Leistungskontingents CT/MRT Radiologen“ des § 8 Abs.1 Satz 2 VM zu vergütenden Leistungen des Kapitels 34.3 EBM und für die aus dem „Unterkontingent MRT“ des „Leistungskontingents CT/MRT Radiologen“ des § 8 Abs.1 Satz 2 VM zu vergütenden Leistungen des Kapitels 34.4 EBM ermittelt. ² Dabei werden die Unterkontingente für die Leistungen des Kapitels 34.3 EBM und des Kapitels 34.4 EBM jeweils

errechnet als relativer Anteil der Leistungen des Kapitels 34.3 EBM bzw. des Kapitels 34.4 EBM am Leistungsbedarf für die Summe der Leistungen der Kapitel 34.3 EBM und 34.4 EBM des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem Vergütungsvolumen des „Leistungskontingents CT/MRT Radiologen“. ³ Bei dieser Berechnung werden die Leistungen des Kapitels 34.4 EBM in dem nach Abs. 2 abgestaffelten Umfang berücksichtigt. ⁴ Die Berechnung der Mindestumfänge der individuellen Leistungsbudgets nach § 16 Abs. 3 VM erfolgt bezogen auf die jeweiligen Leistungen der Unterkontingente des Leistungskontingents und des Arztgruppenkontingents. ⁵ Die spezifischen Grenzwerte ergeben sich aus der Spalte „Verlustbegrenzung“ der Anlage. ⁶ Eine Verrechnung zwischen den individuellen Leistungsbudgets der Unterkontingente des Leistungskontingents und des Arztgruppenkontingents findet nicht statt. ⁷ §§ 17-21 VM gelten für die Vergütung von Leistungen der Radiologen sinngemäß entsprechend, ggf. differenziert für die Unterkontingente des Leistungskontingents und das Arztgruppenkontingent.

(2) ¹ Abweichend von § 16 Abs. 2 VM wird im „Unterkontingent MRT“ des „Leistungskontingents CT/MRT Radiologen“ zur Berechnung der individuellen Leistungsbudgets der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals vollumfänglich bis zu 150 % des arztgruppendurchschnittlichen Leistungsbedarfs herangezogen. ² Der darüber hinaus gehende Leistungsbedarf wird mit 10 % berücksichtigt. ³ Die Durchschnittsberechnungen erfolgen unter Berücksichtigung des Versorgungsumfangs oder Anrechnungsfaktors der Ärzte der Arztgruppe. ⁴ Sofern sich für diese Leistungen eine Quote aus dem „Unterkontingent MRT“ und der Summe der zur Berechnung herangezogenen Leistungsbedarfe des Vorjahresquartals von weniger als 70 % ergibt, wird die 150 %-Grenze in 5 %-Schritten soweit abgesenkt, dass sich eine Quote von mehr als 70 % ergibt.

§ 24 Vergütung von Leistungen der Nuklearmediziner

¹ In der Arztgruppe der Nuklearmediziner werden nach den Regelungen der §§ 15 ff VM individuelle Leistungsbudgets differenziert für die aus dem Arztgruppenkontingent des § 8 Abs. 1 Satz 1 VM und die aus dem „Leistungskontingent MRT Nuklearmediziner“ des § 8 Abs.1 Satz 2 VM zu vergütenden Leistungen ermittelt. ² Die Berechnung der Mindestumfänge der individuellen Leistungsbudgets nach § 16 Abs. 3 VM erfolgt bezogen auf die jeweiligen Leistungen des Leistungskontingents und des Arztgruppenkontingents. ³ Die spezifischen Grenzwerte ergeben sich aus der Spalte „Verlustbegrenzung“ der Anlage. ⁴ Eine Verrechnung zwischen den individuellen Leistungsbudgets des Leistungskontingents und des Arztgruppenkontingents findet nicht statt. ⁵ §§ 17-21 VM gelten für die Vergütung von Leistungen der Nuklearmediziner sinngemäß entsprechend, ggf. differenziert für das Leistungskontingent und das Arztgruppenkontingent.“

1.7. In der Anlage „Arztgruppenkontingente“ werden die Zeilen 13.1, 13.2, 17.1 und 17.2 geändert und eine Zeile 13.3 neu eingefügt:

		Vorwegabzug	Verlustbegrenzung
13.1	Radiologen	4 %	80 %
13.2	Leistungskontingent Radiologen Unterkontingent CT	4 %	80 %
13.3	Leistungskontingent Radiologen Unterkontingent MRT	4 %	80 %
17.1	Nuklearmediziner	4 %	80 %
17.2	Leistungskontingent Nuklearmediziner MRT	4 %	80 %

Erläuterung

In den Arztgruppen der Radiologen und Nuklearmediziner hat insbesondere bei den Leistungen der Kapitel 34.3 EBM und 34.4 EBM eine in Relation zu den Leistungen anderer Arztgruppen überproportionale Mengenausweitung stattgefunden. Diese Mengenausweitung ist im Wesentlichen bedingt durch die strukturell anders gelagerte Erbringung dieser Leistungen im Vergleich zu den übrigen fachärztlichen Leistungen. Aufgrund der Regelungssystematik zur Arztgruppenkontingentbildung in § 8 Abs. 3 und 4 VM führte das zu einer nicht sachgerechten Honorarentwicklung zu Lasten der anderen Arztgruppen. Nach einer Übergangsregelung im Quartal 1/2017 für die MRT-Leistungen der Radiologen sollen zukünftig die Honoraranteile der Leistungen der Kapitel 34.3 EBM und 34.4 EBM (Radiologen) und Kapitel 34.4 EBM (Nuklearmediziner) auf der Basis der in 2016 gezahlten Vergütungen nur noch im Rahmen der allgemeinen Entwicklung des fachärztlichen Vergütungsvolumens wachsen. Die Verteilung nach ILB innerhalb der Kontingente erfolgt grds. wie bisher. Bei den Radiologen gibt es jetzt getrennte ILB für CT und für MRT, wobei für das MRT-ILB in Fortführung der bisherigen Regelung der abgestaffelte Leistungsbedarf berücksichtigt wird.

2. Arztgruppen ohne ILB

2.1. § 8a Abs. 3 VM wird wie folgt neu gefasst:

„(3) ¹ In den unter Berücksichtigung des § 8 Abs. 4 VM gebildeten Arztgruppenkontingenten der Humangenetiker, Strahlentherapeuten, MKG-Chirurgen und der Ermächtigten Einrichtungen werden keine Vorwegabzüge gebildet. ² Die Vergütung der Leistungen innerhalb der Arztgruppenkontingente erfolgt zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern in dem jeweiligen Arztgruppenkontingent hierfür ausreichende Mittel vorhanden sind. ³ Andernfalls werden die Preise nach den verfügbaren Mitteln quotiert. ⁴ Werden die Mittel nicht ausgeschöpft, stehen sie für die Vergütung der Leistungen in Folgequartalen zur Verfügung.“

2.2. In der Anlage „Arztgruppenkontingente“ werden in den Zeilen

14	Humangenetiker
20	Strahlentherapeuten
22	MKG-Chirurgen
23	Ermächtigte Einrichtungen

die Prozentangaben gestrichen.

Erläuterung

In den genannten Arztgruppen hatte der ILB-Umsatz nur eine untergeordnete Bedeutung in Relation zum Gesamtumsatz. Eine am Vorjahresquartal bemessene Vergütung nach ILB erscheint deshalb insbesondere auch unter Berücksichtigung der sonst gewünschten Kalkulationssicherheit nicht erforderlich. Stattdessen soll eine quotierte Vergütung nach den in den Arztgruppenkontingenten vorhandenen Mitteln erfolgen.

3. ILB-Berechnung bei den Fachinternisten und den Physikalische- und Rehabilitationsmedizinern

3.1. § 8a Abs. 3 VM wird gestrichen.

3.2. § 25 VM wird gestrichen. § 26 VM (alt) wird zu § 25 VM (neu).

3.3. In der Anlage „Arztgruppenkontingente“ wird in der Zeile „11 Fachinternisten (fachärztlich tätig)“ der Prozentwert der Spalte „Verlustbegrenzung“ in „97 %“ geändert.

3.4. In der Anlage „Arztgruppenkontingente“ wird in der Zeile „19 Physikalische- und Rehabilitationsmediziner“ der Prozentwert der Spalte „Vorwegabzug“ in „4 %“ und der Prozentwert der Spalte „Verlustbegrenzung“ in „98 %“ geändert.

Erläuterung

- Die seit dem Quartal 4/2015 für die Fachinternisten geltende Regelung eines gesonderten Vorwegabzuges für die Finanzierung der Wachstumsansprüche unterdurchschnittlich abrechnender Ärzte führte bei den begünstigten Praxen zu dem erwünschten Honorarwachstum. Für die Zukunft wird eine abgesenkte Verlustbegrenzung wie bei den anderen Arztgruppen als ausreichend angesehen, die erforderlichen Wachstumsmöglichkeiten regelhaft zu gewährleisten.
- Die seit dem Quartal 4/2015 für die Physikalische- und Rehabilitationsmediziner geltenden Prozentwerte für Vorwegabzug und Verlustbegrenzung haben zu dem erwünschten Honorarwachstum bei den begünstigten Praxen geführt. Für die Zukunft werden die korrigierten Werte als ausreichend angesehen, die erforderlichen Wachstumsmöglichkeiten regelhaft zu gewährleisten.

4. Höherbewertung der GOP 34291 EBM

Es wird folgender § 25 Abs. 4 VM (neu) eingefügt:

„(5) ¹ Das zur Finanzierung der durch Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 378. Sitzung am 10.08.2016 erfolgten Höherbewertung der GOP 34291 EBM zusätzlich zur Verfügung gestellte basiswirksame Finanzvolumen wird in den Quartalen 4/2016 bis 3/2017 dem fachärztlichen Grundbetrag entnommen und auf die die GOP 34291 EBM abrechnenden Ärzte anteilig entsprechend der Anzahl der abgerechneten Leistungen gesondert außerhalb der individuellen Leistungsbudgets verteilt. ² Für die Quartale 4/2017 bis 3/2018 erfolgen die Berechnungen der Arztgruppenkontingente und der individuellen Leistungsbudgets unter Berücksichtigung des erhöhten Preises der GOP 34291 EBM und unter Einbeziehung der Auszahlungsbeträge nach Satz 1 in den Vorjahresquartalen.“

Erläuterung

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 378. Sitzung am 10.08.2016 im Zusammenhang mit der Finanzierung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung bei der Erbringung von PCI und Koronarangiographien mit Wirkung zum 4. Quartal 2016 eine Höherbewertung der GOP 34291 EBM beschlossen. Zur Finanzierung werden in der Honorarvereinbarung 2017 basiswirksam gesonderte Finanzmittel bereitgestellt. Diese sollen zunächst anteilig an die die GOP 34291 EBM abrechnenden Ärzte außerhalb der ILB weitergeleitet und ab Quartal 4/2017 bei der Berechnung der ILB berücksichtigt werden.

5. Redaktionelle Änderungen

5.1 § 25 VM (neu) erhält die Überschrift „Inkrafttreten, Veröffentlichung, KBV-Vorgaben, Übergangsregelungen

5.2 § 26 Abs. 3 VM wird gestrichen. § 26 Abs. 4 VM (alt) wird zu § 25 Abs. 3 VM (neu).

Erläuterung

- *In § 26 werden u.a. auch Übergangsregelungen für temporäre Verteilungsbestimmungen aufgenommen. Das soll auch in der Überschrift zum Ausdruck kommen.*
- *Die Regelung in § 26 Abs. 3 VM bezog sich auf die Verteilung der Fördersummen für die Chronikerpauschalen der Haus- und Kinderärzte in den Quartalen 1/2016 und 2/2016 und ist somit obsolet. Für die Zeit ab 2017 ist die langfristige Verteilung dieser Fördersummen in § 8a Abs. 1a und 1b VM geregelt.*

6.

Die Änderungen treten zum 01.04.2017 mit Wirkung für die ILB-Berechnungen zum Quartal 2/2017 in Kraft.

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