

Erläuterungen zum Verteilungsmaßstab ab 01. Quartal 2024

Zum 01.01.2024 soll ein neuer Verteilungsmaßstab für die vertragsärztliche Versorgung in Hamburg gelten. Die allgemeinen Regelungen, die für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden gleichermaßen gelten, werden unverändert im VM fortgeführt. Die Vergütung der Leistungen der hausärztlichen und fachärztlichen Grundbeträge erfolgen getrennt in gesonderten Anlagen zum VM.

Zu § 14 Abs. 1 (c)

Es erfolgt eine Klarstellung, dass Zahlungen der Krankenkasse für Selektivvertragsteilnehmer, für die eine Bereinigung erfolgt ist, die aber durch nichtvertragskonforme Inanspruchnahme Leistungen der MGV in Anspruch genommen haben, in den Honorarausgleichsfonds überführt werden.

Zu § 18

Einige Leistungen der Humangenetik unterliegen ab dem 1. Quartal 2024 einer Mengenabstaffelung, ähnlich derjenigen der MRT Leistungen der Radiologen, um auch hier die dynamische Leistungsentwicklung und Verschiebungen innerhalb der Gruppe zu reduzieren.

Zu § 20

Es erfolgt eine Klarstellung im Vergleich zum VM ab 01.01.2020 i.d.F. des 7. Nachtrags, welche Leistungen in dem Grundbetrag der Kinder- und Jugendärzte vergütet werden in Bezug auf die Vorgaben des Beschlusses des BA.(653. Sitzung). Diese von der gesetzlichen Vorgabe, dass nur die Leistungen des Kapitels 4 EBM der Unter-18-jährigen Patienten umfasst sein sollten, abweichende Abgrenzung wurde im Einvernehmen der Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses verwendet, da anderenfalls eine Kennzeichnung aller Leistungen des Kapitels 4 der Unter-18-jährigen Patienten notwendig und diese nur durch Duplizierung der Suffices in Kapitel 4 umsetzbar gewesen wäre. Dies wäre aus Sicht des Bewertungsausschusses mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand bei der Umsetzung in den bestehenden Strukturen und Prozessen einhergegangen, dem nur sehr geringe Abrechnungsvolumen gegenübergestanden hätten, da eine Behandlung von Patienten über 20 Jahren durch Kinder- und Jugendmediziner berufsrechtlich nur in wenigen Ausnahmen wie der Weiterbehandlung angeborener Erkrankungen, in Notfällen oder bei reinen Impfleistungen zulässig ist. Durch die abweichende Definition der umfassten Leistungen ist hingegen eine unmittelbare Zuordnung anhand der jeweiligen Gebührenordnungspositionen möglich. Dabei wurden die eindeutig den Mindestens-18-jährigen Patienten zuordenbaren Versichertenpauschalen 04003, 04004 und 04005 EBM ausgenommen, auf die große Teile des Abrechnungsvolumens für Mindestens-18-jährige Patienten entfallen.

Zu § 22 Abs. 4

Übergangsregelung für das Jahr 2024 zum Bezugszeitraum der Berechnung der Arztgruppenkontingente und des Leistungskontingents Histologie/Zytologie im fachärztlichen Grundbetrag s.u.

Anlage Hausärztlicher Grundbetrag

Die Vergütung im hausärztlichen Versorgungsbereich erfolgt nach der bisher geltenden Rechtslage. Nachdem bereits ein Großteil der kinderärztlichen Leistungen durch den Gesetzgeber mit den vollen Preisen des EBM vergütet wird, bleibt den Hausärzten in

Informationen zum Verteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg gemäß § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V

Erwartung einer ähnlichen Regelung durch den Gesetzgeber die Vergütung nach Garantiequoten zunächst erhalten.

Die Anlage Hausärztlicher Grundbetrag entspricht den bis zum 4. Quartal 2023 geltenden Regelungen des VM für die Verteilung der Leistungen des Grundbetrags des hausärztlichen Versorgungsbereichs.

Anlage Fachärztlicher Grundbetrag

Die Anlage Fachärztlicher Grundbetrag entspricht im Wesentlichen den Regelungen des bis zum 4. Quartal 2020 gelten VM. Wesentliche Abweichungen werden im Folgenden dargestellt:

Im fachärztlichen Versorgungsbereich erfolgt eine Änderung von einer Vergütung mit Garantiequoten im Wesentlichen zurück zu praxisbezogenen Leistungsbudgets. Praxisbezogene Leistungsbudgets errechnen sich aus der Summe von individuellen Leistungsbudgets von Ärzten einer Arztgruppe. Fachgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ erhalten daher mehrere praxisbezogene Leistungsbudgets, die untereinander nicht verrechenbar sind. Die Änderung der Bezeichnung „individuelle Leistungsbudgets“, die bei gleicher Fachgruppe in einer BAG oder einem MVZ miteinander verrechenbar waren hin zu praxisbezogenen Leistungsbudgets, dient insbesondere der Differenzierung der Zeiträume vor Einführung der Garantiequoten bis zum 4. Quartal 2020 und dem Zeitraum ab 1. Quartal 2024.

Die (Wieder-)Einführung von praxisbezogenen Leistungsbudgets hat folgende Gründe:

In den zurückliegenden Quartalen wurde von den Vertragsärzten eine zunehmende Verschlechterung der finanziellen Rahmenbedingungen festgestellt. Dies hatte seine Ursachen ganz überwiegend in einer nicht auskömmlichen Steigerung des Orientierungspunktwertes bei einer nachweislich hohen Inflation einschließlich hoher Energiekosten und dynamisch steigenden Personalkosten.

Die bisher gültige Honorarverteilung mit Garantiequoten hat im Zeitverlauf zu einem stetigen Absinken der Garantiequoten geführt. Die von den Garantiequoten intendierte Wirkung einer Kalkulationssicherheit wurde zunehmend unterminiert. Dies hat seine Ursachen durch teilweise dynamische Steigerungen von Leistungsanforderungen und Verwerfungen im Leistungsgeschehen, die durch die Abschaffung der Neupatientenregelung noch verschärft wurde.

Die neue Honorarverteilung für die Fachärzte hat folgende Ziele:

1. Stabilisierung des Leistungsgeschehens
2. Erhalt der Vielfalt des aktuellen Leistungsangebots
3. Erhalt von unternehmerischem Spielraum
4. Maßvolles Bremsen des teilweise dynamischen Leistungsgeschehen
5. Vermeidung einer Nivellierung des Leistungsgeschehens auf den Durchschnitt
6. Kalkulationssicherheit

Bei begrenzt zur Verfügung stehender Vergütung im Sinne der MGV kann kein unbeschränktes Leistungsgeschehen zu Lasten aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer mehr ermöglicht werden. Das Maß an Kalkulationssicherheit muss wieder steigen und die ärztlich angebotenen Leistungen in einer angemessenen Form dem zur Verfügung stehenden begrenzten Honorar folgen. Ziel ist ferner, dass die ausgezahlten Honorare je Leistung innerhalb der Arztgruppe möglichst eng um einen Mittelwert schwanken soll. Darüber hinaus soll die Honorarverteilung sicherstellen, dass der jeweilige Versorgungsauftrag auch wahrgenommen wird.

Informationen zum Verteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg gemäß § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V

Für die neue Honorarverteilung nach praxisbezogenen Leistungsbudgets soll, - für einen Übergangszeitraum von einem Jahr ab 2024 - der Bezugszeitraum für die Berechnung der Arztgruppenkontingente möglichst aktuell sein und sich so nah wie möglich an der Versorgungsrealität (Anzahl der Versorger, Preise etc.) orientieren. Um die dynamischen Leistungsgeschehnisse um die Abschaffung der Neupatientenregelung und weiteren Regelungen des TSVG u.a. zu entschärfen, sollen daher die berechnungsrelevanten Honorarauszahlungen der MGV im Gegensatz zu den Leistungsbedarfsanteilen des jeweiligen Vorjahresquartals Berechnungsgrundlage für die Arztgruppenkontingente sowie die praxisbezogenen Leistungsbudgets sein. Das zur Verfügung stehende Volumen richtet sich somit nach dem eigenen Honorarumsatz aus der MGV im Vorjahresquartal. Hierdurch soll auch der Ausstieg aus dem laufenden Hamsterrad angestrebt werden. Nach Beendigung des Übergangszeitraums von vier Quartalen soll anschließend wieder - wie in der Vergangenheit auch - der jeweilige Leistungsbedarfsanteil in Punkten der Vorjahresquartale der Aufsatzwert für die Berechnung der Arztgruppenkontingente und praxisbezogenen Leistungsbudgets sein.

Zu § 2 und § 7 Abs.3

Zum Abfedern von Verwerfungen zwischen Arztgruppen und innerhalb der jeweiligen Arztgruppe werden ab 2025 Regelungen zur Verlustbegrenzung eingeführt, die es auch in der Vergangenheit schon einmal gab. Zwischen den Fachgruppen soll die Verlustbegrenzung auf 99 % und innerhalb einer Arztgruppe zunächst auf 97 % beschränkt werden. Zur Förderung der Transparenz der Berechnungen werden die Berechnungsmodalitäten der Verlustbegrenzungsregelungen in einer gesonderten Anlage zum VM (Anlage Verlustbegrenzung) näher dargestellt.

Zu § 8 Abs. 1 und 2

Die Regelungen zu neuen und jungen Praxen soll den Wachstumsanspruch gemäß BSG Rechtsprechung sicherstellen.

Zu § 8 Abs. 3 S.2

Die Regelung soll sicherstellen, dass in den Konstellationen unbesetzter Arztsitz im Vorquartal, Sonderbedarfs(-zulassungen), Ende der Beschränkung der Zulassung nach § 103 Abs. 3 S. 2 SGB V oder Öffnung eines Bedarfsplanungsgebietes die Zuteilung eines kontingentdurchschnittlichen Leistungsbudgets möglich ist. In der Honorarverteilung bis zum 4. Quartal 2020 unter ILB hatte es zu sog. „Nullerbudgets“ geführt, die nun vermieden werden sollen.

Zu § 8 Abs. 4:

Es erfolgt eine Klarstellung, dass Jobsharing Juniorpartner und Angestellte mit Leistungsmengenbeschränkung nicht den allgemeinen Regelungen der PLB Ermittlung unterliegen, sondern durch ihre Sonderstellung stets akzessorisch zum jeweiligen Praxispartner bzw. Anstellendem Arzt/MVZ zu sehen sind.

Zu § 8 Abs. 5 S. 2 ff.

Die Berechnung des kontingentspezifischen Leistungsbudgets erfolgt im Arztgruppenkontingent der Fachinternisten differenziert nach einigen Gebietsschwerpunkten. Die historische Erfahrung hat gezeigt, dass der MGV Umsatz bei Ärzten mit diesen Schwerpunkten und den übrigen Facharztinternisten mit oder ohne Schwerpunkt sehr unterschiedlich ist. Auf diesem Wege soll sichergestellt werden, dass denjenigen Ärzten, die keine eigene Abrechnungshistorie haben, ein der Tätigkeit entsprechendes Leistungsbudget zur Verfügung gestellt werden kann.

Zu § 10 Abs. 1 S. 2

Diese Regelung dient der Klarstellung, dass im Rahmen des Antragsverfahrens zur Sicherstellungen nur außergewöhnliche Gründe wie z.B. Krankheit des Arztes oder sehr besonders gelagerte Situationen geltend gemacht werden können. Die sog.

Informationen zum Verteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg gemäß § 87b Abs. 3 Satz 3 SGB V

Praxisbesonderheiten wie bestimmte Patientenklientel, besondere Lage der Praxis oder aus wirtschaftlichen Gründen gewählte Versorgungsschwerpunkte sind in den ILB bereits abgebildet und stellen keinen außergewöhnlichen Grund dar.

Zu § 12 Abs. 2 und 3

Absatz 2 regelt die Umsetzung der ASV Bereinigung im fachärztlichen Versorgungsbereich. In Absatz 3 wird die Bereinigung der offenen Sprechstunde aufgrund der fehlenden Daten zum Zeitpunkt der PLB Berechnungen durch Schätzung nach pflichtgemäßen Ermessen geregelt. Um den Arztbezug zu denjenigen herzustellen, die diese Leistungen erbringen, wird auf die Anforderungen des Vorjahresquartals zurückgegriffen. Die tatsächlichen Bereinigungen und Leistungen der offenen Sprechstunde stehen erst zu einem relativ späten Zeitpunkt nach Erstellung der Honorarabrechnungen zur Verfügung.

Zu §§ 14, 15

Die bisherigen Leistungskontingente bei den Radiologen und Nuklearmedizinern (MRT) sowie das Leistungskontingent CT bei Radiologen bleiben erhalten und die Mengenabstaffelungsregelung bei MRT-Leistungen wird beibehalten. Durch die weiterhin stattfindende Verlagerung von Leistungen der MGV in die TSVG Konstellationen einer EGV Vergütung werden jedoch zur Berechnung der Fachgruppendurchschnitte der MRT Leistungen alle MRT Leistungen (MGV und EGV) einbezogen. Auf diesem Wege soll durch Teilhabe an der MGV Verteilung unter Berücksichtigung der EGV Vergütung eine größere Verteilungsgerechtigkeit an der Vergütung aus vertragsärztlicher Tätigkeit hergestellt werden.

Wachstumsmöglichkeit kleiner unterdurchschnittlicher Praxen

Um unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen innerhalb von 5 Jahren entsprechend der BSG Rechtsprechung ein Wachstum zum Fachgruppendurchschnitt zu ermöglichen, wird die Verlustbegrenzungsregelung in den folgenden Quartalen so gestaltet, dass dieses Ziel erreichbar ist. Ab dem Jahr 2025 wird bei der Berechnung der PLB wieder auf den relativen Anteil der individuellen Leistungsmenge in Punkten abgestellt. Die notwendigen Vorwegabzüge in den Arztgruppenkontingenten werden in enger Abstimmung mit den Berufsverbänden im weiteren Verlauf regelmäßig angepasst.