

20.08.2015

Ihr Honorarbescheid für das Quartal 1/2015

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten heute Ihren Honorarbescheid für das Quartal 1/2015.

Zu Ihrer Information:

Ambulante ärztliche Leistungen wurden nach der regionalen EURO-Gebührenordnung vergütet. Der Punktwert zur Berechnung der Hamburger EURO-Gebührenordnung beträgt 10,4858 Cent.

Leistungen der Prävention nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.2 und 1.7.4 des EBM – mit Ausnahme der Früherkennungsuntersuchung nach GOP 01723 EBM (U 7a), Leistungen des Hautkrebsscreenings nach GOP 01745 und 01746 EBM und Leistungen des Neugeborenen-Hörscreenings nach GOP 01704, 01705 und 01706 EBM – wurden inklusive eines Zuschlags mit 10,8276 Cent berechnet.

In dem Honorarbescheid finden Sie dieses Mal zwei Seiten dupliziert, die Seite 3 und 4. Der Grund hierfür ist eine Abrechnung von Fällen ab dem Quartal 4/2012 bis 3/2013, die wir aufgrund der Änderung der Honorarsystematik zum 1.10.2013 zusammengefasst und in einer gesonderten Abrechnung nunmehr mit dem Quartal 1/2015 vergütet werden. Dies betrifft nur Praxen, die uns Fälle aus Quartalen vor 1/2015 („Altquartalsfälle“) zur Abrechnung eingereicht haben.

Des Weiteren hat es zum Quartal 1/2015 eine Reihe von Änderungen gegeben, über die wir Sie nachstehend informieren möchten:

Änderungen im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich

Für das Jahr 2015 wurden für die Förderung der Leistungen der Psychosomatik zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung gestellt. Das Volumen des Förderungsbetrages finden Sie in der Übersicht der Aufteilung der Honorarbestandteile auf die Kassenarten unter dem Kennzeichen 3305.

Des Weiteren hat der Bewertungsausschuss die Vergütung der ambulanten Notfallversorgung aufgrund eines BSG-Urteils rückwirkend neu geregelt. Als Notfallpauschalen stehen nunmehr zwei verschiedene Leistungen zur Verfügung:

- GOP 01210: Notfallpauschale zwischen 07:00 und 19:00 Uhr
- GOP 01212: Notfallpauschale zwischen 19:00 und 07:00 Uhr, ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.

Zusätzlich gibt es eine neue Besuchsleistung im Rahmen des organisierten Notfalldienstes. Künftig ist die GOP 01418 EBM (Besuch im organisierten Not(-fall)dienst) statt der GOP 01411 EBM in Ansatz zu bringen.

Für die GOP 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01418 EBM muss nun die Uhrzeit der Inanspruchnahme angegeben werden.

Die Konsultationspauschalen für weitere Arzt-Patienten-Kontakte (GOP 01214, 01216 und 01218) bleiben unverändert bestehen. Hier ändern sich lediglich die Bewertungen.

Die Wegepauschalen zu den Besuchsgebühren sowie die erste Visite nach GOP 01414 EBM wurden dementsprechend angepasst und werden wie bisher außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert.

Die Neuregelung der Vergütung zur ambulanten Notfallversorgung wurde im 1.Quartal 2015 bereits umgesetzt.

In der Psychotherapie-Richtlinie wurde im Januar d. J. das Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR) als Methode der Einzeltherapie aufgenommen. Die Leistungen sind genehmigungspflichtig und werden entsprechend des Therapieverfahrens nach den GOP 35210, 35200, 35201, 35220 und 35221 EBM abgerechnet.

Änderungen im hausärztlichen Versorgungsbereich

Im hausärztlichen Versorgungsbereich wurde für die Vergütung von Leistungen der nichtärztlichen Praxisassistenten die GOP 03060 (Zuschlag zur GOP 03040), die GOP 03062 (Hausbesuch des Assistenten einschließlich Wegekosten) und die GOP 03063 (Mitbesuch des Assistenten einschließlich Wegekosten) zum 1.1.2015 neu in den EBM aufgenommen. Voraussetzung für die Durchführung und Abrechnung ist eine Genehmigung der KV Hamburg. Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt nach der Honorarvereinbarung 2015 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Der Zuschlag nach GOP 03060 EBM wird entsprechend der Präambel 3.1 Nr. 10 EBM je Behandlungsfall bis zu einem Höchstwert von maximal 12.851 Punkten vergütet. Weitere Regelungen zur Fallzählung und zur Bemessung für die Vergütung der GOP 03060 EBM finden Sie in der Präambel 3.1. Nr. 11 des EBM (www.kvhh.de/Abrechnung/EBM).

Die neuen GOP 03062 und 03063 EBM ersetzen die alten Kostenpauschalen nach GOP 40870 und 40872 im Kapitel 40.17 des EBM. Die Vergütung für die GOP 03060, 03062 und 03063 finden Sie unter dem Kennzeichen 3212 in der Übersicht der Aufteilung der Honorarbestandteile auf die Kassenarten.

Zur Abrechnung der GOP 03230 und 04230 EBM ist das Vorliegen einer lebensverändernden Erkrankung nicht mehr erforderlich.

Zur Abrechnung der GOP 03360 „Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment“ ist seit 1.1.2015 ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt obligat.

Im Abschnitt 4.2.4 EBM wurde zum 1.1.2015 ein Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 nach GOP 04356 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung neu aufgenommen. Die Berechnung dieser Leistung ist an die Qualifikationsvorgaben in der Präambel zum Abschnitt 4.2.4 EBM gebunden. Die Leistung wird extrabudgetär vergütet.

Im Verteilungsmaßstab der KV Hamburg wird seit 1.1.2015 die GOP 03040 EBM (Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 EBM für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags) zum vollen Preis der Hamburger Gebührenordnung bezahlt. Im Honorarbescheid ist dies unter dem Kennzeichen 1825 in der Übersicht der Aufteilung der Honorarbestandteile auf die Kassenarten und in der Anlage 1 unter dem ILB nach Arztgruppen gesondert dargestellt.

Informationen zu Änderungen im fachärztlichen Versorgungsbereich

Ab 1.1.2015 erhalten Fachärzte einen Zuschlag zur Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG). Hierfür erfolgte in den Kapiteln des fachärztlichen Versorgungsbereiches die Aufnahme der GOP 05222, 06222, 07222, 08222, 09222 und 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222 und 27222 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Der Zuschlag zu der entsprechenden PFG wird extrabudgetär vergütet. Unter dem Kennzeichen 3211 ist der Auszahlungsbetrag in der Übersicht der Aufteilung der Honoraranteile auf die Kassenarten zu entnehmen.

Ebenfalls neu aufgenommen wurde die PFG für Fachärztliche Internisten mit einem Schwerpunkt entsprechend der GOP 13294, 13344, 13394, 13494, 13543, 13594, 13644 und 13694 EBM. Die Leistungen sind in den Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen lediglich die jeweilige Grundpauschale und/oder der Laborwirtschaftlichkeitsbonus nach GOP 32001 EBM abgerechnet werden.

Die Pauschale für die psychiatrische und nervenärztliche Grundversorgung wurde geändert. Diese ist zum 1.1.2015 aufgeteilt in eine Pauschale für Psychiatrie nach GOP 21218 (bewertet mit 44,0 Punkten) zu den GOP 21210 bis 21212 EBM und in eine Pauschale für die nervenärztliche Grundversorgung nach GOP 21225 (bewertet mit 39,0 Punkten) zu den GOP 21213 bis 21215 EBM.

Eine weitere Änderung betrifft die fachärztliche Grundpauschale für Gynäkologen nach GOP 08220 EBM. Sie wird ab dem Quartal 1/2015 zum Einen niedriger bewertet mit 24,0 Punkten (vorher 30,0 Punkte) und zum Anderen ist sie auch abrechnungsfähig neben der Laborgrundpauschale Prävention nach der GOP 01701 EBM. Im Gegenzug entfällt die Abrechnungsmöglichkeit neben den GOP 01783, 01792, 01816, 01833 und 01840 EBM.

Im Abschnitt 35.2 - Antragspflichtige Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien - wurden die Leistungsbeschreibungen und die obligaten Leistungsinhalte zu den GOP 35202, 35203 und 35211 EBM in der Form angepasst, dass die Bezeichnung Gruppenbehandlung in große Gruppe geändert und um den Leistungsinhalt „...oder bei Kindern

und Jugendlichen mindestens 5, höchstens 9 Teilnehmer...“, ergänzt wurde. In dem Zuge wurden die GOP 35205, 35208 und 35212 neu in den EBM aufgenommen.

Die Honorarvereinbarung für das Jahr 2015 sieht für die ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung eine extrabudgetäre Vergütung für die Leistungen nach GOP 13620 bis 13622 EBM (vorher nur 13622 EBM) einschließlich der Sachkosten vor. Diese hat eine redaktionelle Anpassung unter 4.13 der Honorarvereinbarung im Abschnitt 13.3.6 (Nephrologie und Dialyse) mit der Herausnahme der GOP 13620 bis 13622 EBM zur Folge.

Ab 1.1.2015 können nach der Onkologie-Vereinbarung die Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514 und 86516 durch mehrere Vertragsärzte abgerechnet werden, wenn verschiedene voneinander unabhängige Tumore vorliegen und die Behandlung durch unterschiedliche Fachgruppen erfolgt. Die Kostenpauschale nach 86518 kann für Palliativversorgung auch nach einer OP abgerechnet werden (vorher nur bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung eines Patienten ohne Heilungschance nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie abgeschlossenen Behandlung ohne Heilungserfolg). Diese Regelung ist befristet bis 31.12.2017

Hinweise zur Darstellung des Honorarbescheides:

Nicht verändert haben wir die **Kontoübersicht** zum Honorarbescheid für das Quartal 1/2015. Sie gibt Ihnen in gewohnter Weise eine Auskunft über die Kontobewegungen auf Ihrem KV-Konto und über die Höhe der Restzahlung für das Quartal 1/2015.

In der sich anschließenden **Honorarübersicht** finden Sie unverändert die Zusammenfassung Ihrer Honorarumsätze, Behandlungsfälle und den sich daraus ergebenden Fallwerten.

Wie sich Ihr Honorar auf die Kassenarten und die Honorarbestandteile aufteilt, können Sie den nachfolgenden Seiten des Honorarbescheides entnehmen. Im Detail sind die von Ihnen abgerechneten Leistungen mit dem dazugehörigen Kennzeichen in der Anlage 5 aufgeführt.

Die Anlage 1 zeigt die Berechnung des Honorars nach ILB. Die Berechnung erfolgt nicht praxisbezogen, sondern aufgeschlüsselt nach den in der Praxis vertretenen Arztgruppen. Bei fachgleichen Ärzten wurden die ILB in der Darstellung zusammengefasst. Gleiches gilt für die Quotierung. Neu aufgenommen wurde die Darstellung zur hausärztlichen Strukturpauschale nach § 8 (9) VM.

Eine Aufschlüsselung nach den einzelnen LANR von Mitgliedern einer Gemeinschaftspraxis sowie weitere Informationen können Sie über Ihren Account auf unserem Portal (<https://portal.kvhh.kv-safenet.de>) einsehen. Hierzu ist ein geschützter Zugang erforderlich.

Aus der Anlage 2 können Sie die von Ihnen angeforderte Vergütung für Laborleistungen und deren (bundesweit einheitliche) Quotierung entnehmen. Zusätzlich weist die Anlage 2 bei Nicht-Laborärzten die Berechnung des fallwertbezogenen Budgets aus. Die dort angegebenen Kennzeichen ordnen die von Ihnen aus den Kapiteln des EBM abgerechneten Laborleistungen gemäß Anlage 5 dem Honorarblock für das hierfür zur Auszahlung gelangte Honorar zu.

In den Präambeln zu den Kapiteln 3.1 und 4.1 des EBM wurde aufgenommen, dass für Leistungen der Gebührenordnungspositionen 03230 und 04230 EBM (Problemorientiertes Gespräch) ein Punktzahlvolumen zu bilden ist. Volumen und Abrechnung Ihrer Praxis finden Sie nunmehr in der Anlage 3.

In der Anlage 4 finden Sie die Berechnung des Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus für Ihre Praxis. Die Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus erfolgte nach den Vorgaben des Kapitels 32 des EBM.

Bei Ärzten, die nach § 95 d SGB V den Nachweis der Fortbildungsverpflichtung nicht erfüllt haben, ist die KVH verpflichtet, das Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit zu kürzen. Diejenigen Ärzte, die von einer Honorarkürzung betroffen sind, finden die Basis für die Honorarkürzung nach § 95 d SGB V in der Anlage 6.

Vorbehalt

Der Honorarbescheid wird aus verschiedenen Gründen unter Vorbehalt gestellt.

Wir verweisen hierzu auf die Ausführungen in den „Rechtlichen Hinweisen“ im Honorarbescheid.

Vergütungsquoten in den Honorarkontingenten

Dem Honorarbescheid für das Quartal 1/2015 fügen wir einen „Quotenzettel“ hinzu. Diesem können Sie die „Honorartöpfe“ entnehmen, die wir nach dem Verteilungsmaßstab in der jeweils gültigen Fassung zu bilden haben. Die Quote weist aus, in welcher Höhe wir die Honorarforderungen in den entsprechenden „Töpfen“ vergüten konnten.

Die Quote für Abrechnung von Leistungen im organisierten Notfalldienst finden Sie unter den Kennzeichen 2101/2102. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang, daß dieses Kontingent die Besuchsleistungen nicht mehr enthält, da diese extrabudgetär vergütet werden. Das Notfallkontingent ist folgerichtig kleiner geworden („Bereinigung“), die Quote durch Fallzahlsteigerungen gesunken.

Ansprechpartner

Haben Sie Fragen zu Ihrer Abrechnung? Dann wenden Sie sich bitte an die für Sie zuständige Mitarbeiterin im Bereich Abrechnung. Den richtigen Ansprechpartner vermittelt Ihnen gern das Infocenter der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (Durchwahl –900).

Ihre

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HAMBURG