

Aktuelle Informationen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Ausgabe 36 vom 29. Juni 2016

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

►► **Nur noch wenige Tage bis zur Wahl! Wahlbrief sofort zurücksenden!**

Nur noch ein paar Tage und Sie erhalten die Unterlagen zur Wahl der neuen Vertreterversammlung. Bitte machen Sie von Ihrem Wahlrecht Gebrauch und senden Sie den Stimmzettel zurück. Die Vertreterversammlung hat alle Mitglieder der KV Hamburg noch einmal eindringlich aufgefordert, die Selbstverwaltung zu stärken mit einer hohen Beteiligung an der Wahl. Ein Tipp: Füllen Sie den Wahlzettel sofort aus, wenn Sie ihn auf dem Schreibtisch haben und senden Sie ihn an die KV zurück!

►► **Cave: Hausärzte-ILB wird im kommenden Quartal deutlich sinken!**

Der Verhandlungserfolg der KV Hamburg bei den Honorarvereinbarungen für 2016 führt aus technischen Gründen zu einer spürbaren Absenkung des Individuellen Leistungsbudgets (ILB) bei den Hausärzten. Grob gesprochen: Je mehr Leistungen nicht mehr dem Budget unterliegen, umso kleiner wird das Budget, sprich das ILB.

Neben den extrabudgetären Leistungen werden die Krankenkassen in 2016 zur Finanzierung der „Chroniker-Pauschalen“ zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung stellen. Um diese Mittel auch in diese Leistung steuern zu können, muss sie deshalb aus dem ILB herausgenommen werden. Durch diese Bereinigung wird sich das durchschnittliche ILB der Hausärzte von 14.000 € in 2/2016 auf 8.000 € in 3/2016 reduzieren.

Unter dem Strich wird es zu einem höheren Honorar der Hausärzte kommen. Aber der Budgetanteil wird geringer. Diese Verringerung des Budgets – möglichst auf Null Prozent – ist ein honorarpolitisches Ziel des KV-Vorstandes, das aber nur Schritt für Schritt erreicht werden kann. Nun haben wir einen weiteren Schritt unternommen.

►► **Kein Widerspruch wegen Labor-Finanzierung nötig**

Der Hausarztverband koordiniert derzeit bundesweit ein Vorgehen gegen die Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Finanzierung der Laborleistungen. Er hält die Vorgabe für rechtswidrig, weil sie vorschreibt, dass ein Defizit im Labor-Topf von Haus- und Fachärzten gemeinsam (gemäß Trennungsanteil) auszugleichen ist. Seiner Meinung nach muss der „Nachschuss“ ausschließlich durch die Fachärzte erfolgen.

Der Vorstand der KV Hamburg hat nun entschieden, dass er nach endgültiger Klärung dieses Rechtsstreites das sich ergebende Ergebnis auf alle Haus- und Fachärzte anwenden wird. Dies hat vor allem zur Folge, dass kein Hausarzt einen Widerspruch einlegen muss. Ein entsprechender Hinweis wird ab der nächsten Honorarabrechnung aufgenommen.

►► Neue Betreuungsstrukturverträge ab dem 1. Juli

Die DAK, die TK und die AOK Rheinland/Hamburg haben mit der KV Hamburg „Betreuungsstrukturverträge“ abgeschlossen, die bereits ab dem 1. Juli gelten. Mit diesen Verträgen soll der besondere Betreuungsaufwand bei der Versorgung von Patienten mit chronischen, schweren und/oder multiplen Erkrankungen vergütet werden.

Bei welchen Erkrankungen ein solcher Betreuungsaufwand angenommen wird, ergibt sich aus ICD-10-Listen, die den Verträgen beigelegt sind und unter www.kvhh.de (->Recht + Verträge ->Betreuungsstrukturvertrag) eingesehen werden können. Die einzelnen Listen der Krankenkassen sind nicht komplett identisch.

Da es nicht zumutbar ist, dass jeder Arzt in den Listen jeweils nachschlägt, ob die Erkrankung des Patienten unter den von der Kasse akzeptierten Betreuungsaufwand fällt, haben wir mit dem Kassen vereinbart, dass die zusätzliche Vergütung automatisch von der KV Hamburg hinzugesetzt wird, wenn der entsprechende ICD-10-Code angegeben wurde.

Die Vergütungen sind wie folgt; sie gelten pro Fall und werden extrabudgetär bezahlt:

DAK: 1 Diagnose 4 €, 2 Diagnosen 6 €, 3 oder mehr Diagnosen 8 €

TK: 1 Diagnose 3 Euro, 2 Diagnosen 6 €, 3 oder mehr Diagnosen 9 €

Bei der AOK wird anders gezählt. Dort gibt es „Betreuungsstufen“, die sich aus dem Anteil der ICD-10-Diagnosen im Fall ergeben. In der Stufe 1 werden 2 € pro Fall zusätzlich vergütet, in der Stufe 2 3 € und in der Stufe 3 6 €.

Der Vertrag der TK gilt für Ärzte aller Fachgruppen und Psychotherapeuten, der Vertrag der DAK nur für Hausärzte und der Vertrag der AOK Rheinland/Hamburg nur für die Hausärzte, die an dem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung mit der KV Hamburg und dem Verband der Kinder- und Jugendärzte teilnehmen.

Die KV Hamburg hätte gerne eine einheitliche Liste für alle Krankenkassen gehabt. Jedoch sind die Interessenlagen der Kassen so verschieden, dass sich diese Forderung nicht durchsetzen ließ. Die dadurch entstehende Unübersichtlichkeit muss leider in Kauf genommen werden, wenn im Gegenzug der erhöhte Aufwand der Betreuung dieser Patienten ein wenig honoriert werden soll.

►► Förderung Weiterbildung

Bei der sehr knappen Information zur Förderung der Weiterbildung im KVH-Telegramm 35 ist es zu Missverständnissen gekommen, die wir gerne korrigieren wollen. Die Regelung ist eine Bundesvorgabe und mit einer Ausnahmen nicht regionalisierbar.

Der im letzten Telegramm genannte Förderbetrag von 4800,- Euro gilt zwar für alle geförderten Stellen in allen geförderten Fachgebieten ab dem 1.7.2016, aber die zu fördernden fachärztlichen Fachgebiete (inkl. Pädiater) sind noch bis zum 1.10.2016 regional mit den Krankenkassen zu verhandeln.

Kommt es nicht zu einer Einigung zwischen KV und Krankenkassen über die zu fördernden Fachgebiete gelten nur die Fachgebiete Pädiatrie, Gynäkologie und Augenheilkunde als förderbar.

Gesetzt und ab sofort zu bescheiden sind derzeit nur die Weiterbildungsstellen für das Fachgebiet Allgemeinmedizin. Ggf. schon jetzt eingehende Förderanträge anderer Fachgebiete werden bis zur Entscheidung Anfang Oktober zurück gestellt und erst dann beschieden.

Alle Weiterbilder, die bereits die Förderung eines Weiterbildungsassistenten Allgemeinmedizin in alter Höhe für den Zeitraum ab Juli 2016 bewilligt bekommen haben, werden zeitnah von der zuständigen Fachabteilung (Arztregister) angeschrieben.

Daneben gelten folgende u.a. Rahmenbedingungen (Auszug)

1. Das Gehalt muss laut Gesetz auf das Tarifniveau im Krankenhaus angehoben werden. Für Hamburg sind das 5115,- Euro mtl. bei 12 Jahresgehältern und bei einer 38,5 Stunden Woche.
2. Im Verteilungsmaßstab gibt es eine Regelung, die es ermöglicht, auf Antrag die Differenz zwischen Fördersumme und Arbeitgeberbrutto (maximal bis zu 6150,- Euro) aus Mehrleistungen bzw. dem abgestaffelten Honorar zu generieren. Bei 100% Auszahlungsquote entfällt diese Möglichkeit.
3. Bei den Hausärzten werden mindestens 162,8 Stellen gefördert. Eine Begrenzung der Förderstellen ist nicht möglich. Mindestförderdauer 3 Monate (in TZ entsprechend länger)
4. Bei den Fachärzten werden maximal 21,7 Stellen gefördert. Mindestförderdauer 12 Monate (in TZ entsprechend länger). Sollte es mehr Anträge als geförderte Stellen geben, entscheidet das Los.

Informationen zu weiteren Förderbedingungen und Voraussetzungen erhalten Sie im Arztregister durch Frau Benedickt (22802-661) und Frau Kühnel (22802-841)

►► Arzneimittel-Richtgrößen 2016: Warum ist mein Budget gesunken?

Die Veränderung der Arzneimittel-Richtgrößenwerte 2016 hat zu großer Aufregung und Verunsicherung bei einer Reihe der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte geführt. Wie mehrfach berichtet, war die KV Hamburg wegen gesetzlicher und gerichtlicher Vorgaben gezwungen, eine Vereinbarung mit den Krankenkassen zu treffen, die von dem Verfahren der vergangenen Jahre abweicht.

Aus dem Kreis der KV-Mitglieder kam mehrfach der Wunsch nach transparenter Darstellung der Berechnungsweise und einer detaillierten Begründung für die Veränderungen. Diesem Wunsch möchten wir mit diesem Telegramm nachkommen.

DER HINTERGRUND

In den vergangenen Jahren hatten die Vertragspartner die Weiterentwicklung der Richtgrößen so vorgenommen, dass die Richtgrößenwerte aller Richtgrößengruppen um einen bestimmten Faktor angehoben wurden. Dieser Faktor ergab sich aus den Anpassungsfaktoren der Arzneimittel-Ausgabenvolumina, die Kassen und KV jedes Jahr neu vereinbaren müssen. Dieses schematische Verfahren war für die Ärztinnen und Ärzte sehr vorteilhaft und hatte zur Folge, dass in Hamburg keine Richtgrößenregresse mehr ausgesprochen wurden.

Eigentlich waren KVen und Krankenkassen aber schon seit 2002 verpflichtet gewesen, die Richtgrößen altersadaptiert zu berechnen. Dies hatte die KV Hamburg zwölf Jahre lang abgelehnt, weil die Datengrundlagen für eine solche Berechnung nicht ausreichend waren. Doch dann stellte das Bundessozialgericht fest, dass die Voraussetzung nunmehr gegeben sei (Az. 6 KA 8/14 R vom 22.10.2014). Damit war die Umsetzung der Vorgabe für 2016 nicht mehr zu vermeiden.

Waren die Richtgrößen bis dato nach den Kategorien Mitglieder/Familienversicherte und Rentner untergliedert, musste nun unterteilt werden in die im Urteil genannten vier Altersgruppen (0 - 15 Jahre, 16 - 49 Jahre, 50 - 64 Jahre und 65 Jahre und älter). Je nach Altersverteilung in einer Praxis können sich durch diese Differenzierung spürbare Verschiebungen ergeben.

Die Tatsache, dass viele Jahre die Struktur der Richtgrößenberechnung unangetastet blieb, war für die Hamburger Ärztinnen und Ärzte zwar vorteilhaft, jedoch mußte nun für 2016, als die Neuberechnung unumgänglich geworden war, praktisch die gesamte Entwicklung „nachgeholt“ werden, was zu massiven Veränderungen geführt hat.

DIE SONDEREFFEKTE

Unter dem Strich musste also in 2016 die gesamte Struktur der Berechnung neu aufgesetzt werden. Basis aller Berechnungen waren die tatsächlichen Arztgruppenverordnungskostenanteile des Jahres 2014. und das Ausgabenvolumen 2016. Im Rahmen der Neubasierung haben nun mehrere Effekte das Richtgrößenvolumen gedrückt:

- Die Kosten für den Sprechstundenbedarf werden vom vereinbarten Ausgabenvolumen abgezogen, weil diese nicht Teil der Richtgrößen sind. Diese Kosten haben sich aber seit der letzten Neuberechnung der Richtgrößen mehr als verdoppelt, wodurch die Bereinigung entsprechend stärker ausfiel.
- Zusätzlich hat sich die Summe der Verordnungs-kosten der Praxen außerhalb der Richtgrößengruppen erhöht. Auch diese Kosten werden vom vereinbarten Ausgabenvolumen abgezogen, weil sie ebenfalls von den Richtgrößen nicht erfasst werden. Die erhöhten Kosten dieser Arzneimittel vermindert das auf die Richtgrößengruppen zu verteilende Volumen weiter und deutlich - da diese innovativen Arzneimittel in Hamburg einen erheblichen Anteil am Ausgabenvolumen darstellen.
- Durch Veränderung der Kostenstrukturen in einzelnen Arzneimittelgruppen (Festbetragsanteil sinkt und Bereiche mit neuen teuren Arzneimitteln steigen an), ergeben sich Verschiebungen zwischen den Arztgruppen. Der Kostenanteil beispielsweise für Hausärzte ist geringer geworden, während die Kostenanteile für bestimmte fachärztliche Gruppen angestiegen ist.
- Bei der Weiterentwicklung des Ausgabenvolumens mussten für 2015 und 2016 deutliche Abzüge aufgrund der Berücksichtigung der Arzneimittelrabatte aus Verträgen nach § 130a Abs. 8 SGB V akzeptiert werden. Dies konnten wir vor dem Hintergrund, dass die Ausgabenvolumina 2013 und 2014 nahezu eingehalten wurden, nicht verweigern.

DIE SIMULATIONSRECHNUNG

Um Ihnen einen Hinweis zu geben, wie sich diese Änderungen auf Ihre Praxis auswirken könnten, haben wir eine Simulationsrechnung durchgeführt und Ihnen zugesandt. In dieser Simulation haben wir auf Basis der Verordnungs-kosten des Jahres 2015 mit den Richtgrößenvolumen 2016 die Unter- bzw. Überschreitungen der Richtgrößenvolumina der Praxen dargestellt.

In dieser Berechnung sind allerdings noch keine Kosten für Arzneimittelpraxisbesonderheiten berücksichtigt. Wir haben als Anlage die Kosten für die vereinbarten Praxisbesonderheiten der Gruppe 1 (Abzug zu 100% der Kosten von den Verordnungs-kosten der Praxis) beige-fügt. Zu dieser Gruppe gehören beispielsweise Onkologische Arzneimittel, Rheumamittel (TNF alpha Inhibitoren), HIV-Mittel u.v.m.

Die Gruppe 2 der Arzneimittelpraxisbesonderheiten konnte nicht ausgewiesen werden. Hierzu zählen unter anderem die Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus einschließlich der dafür verordneten Teststreifen, Schmerztherapie mit Opioiden und mit den dazugehörigen Laxantien, Antiparkinsonmittel zur Behandlung des Morbus Parkinson und die Antidementiva vom Typ der Cholinesterasehemmer und Memantine (Listen siehe www.kvhh.de unter der Rubrik Verordnung - Arzneimittel).

Noch ein Hinweis für Hausarztpraxen, die an Hausarztverträgen (ohne KV-Beteiligung) teilnahmen. Die HZV-Fälle werden in der Prüfung komplett herausgenommen; die KV kann sie aber nur dann identifizieren, wenn für diese Fälle die entsprechende Scheinkennzeichnung für Speziallaborfälle (Symbolziffer 88192) angesetzt worden war. Die Simulationsrechnung und auch die Trendmeldungen dürften wegen dieses Umstandes für die betroffenen Praxen nicht die tatsächliche Lage wiedergeben. Um dies zu vermeiden, legen Sie bei der Versorgung von Arzneimittelpatienten in Hausarztverträgen einen separaten „KV-Fall“ mit der Symbolziffer 88192 an und übermitteln Sie diesen im Rahmen der Quartalsabrechnung an die KV Hamburg.

DER AUSBLICK

Festzuhalten bleibt, dass die Simulation keineswegs bedeutet, dass eine Praxis, die auf diesem Berechnungsweg über ihren Richtgrößen liegt, nun einen Regress zu

befürchten hätte. Allerdings könnte es sein, dass es zu einem Verfahren kommt, in dem die Überschreitung erklärt werden müsste. Um hierauf vorbereitet zu sein oder – noch besser – um bereits ein Verfahren zu vermeiden, bietet die KV Hamburg eine Arzneimittelberatung an. Wir haben die Kapazitäten dieser Beratung aufgestockt.

Sollten Sie Fragen zur Simulationsrechnung oder den altersadaptierten Arzneimittelrichtgrößen haben, wenden Sie sich bitte an die Fachabteilung „Praxisberatung“. Dort können Sie auch einen Termin für eine persönliche Pharmakotherapieberatung mit einem der Beratungsärzte der KV Hamburg vereinbaren. Die „Praxisberatung“ erreichen Sie telefonisch unter 22802-571/-572 (Sekretariat) oder per E-Mail unter praxisberatung@kvhh.de.

Gleichwohl kann dieser Zustand nicht bleiben. Die KV Hamburg verhandelt bereits seit Monaten mit den Krankenkassen über eine neue Vereinbarung, die ab 2017 die Richtgrößen-Systematik ablösen soll. Alle Gremien der KV haben den Vorstand aufgefordert, sich für eine Prüfung auf „Wirkstoff-Basis“ einzusetzen. Dabei verantwortet der Arzt die korrekte Indikation, die bevorzugte Verordnung von Generika oder Leitsubstanzen und teilweise die Menge der verordneten Präparate. Preis und Morbidität liegen nicht mehr in der Verantwortung der Ärzte, sondern bei den Krankenkassen, die hierfür auch unstreitig zuständig sind. Ein grundsätzliches Verhandlungsergebnis erwarten wir in den kommenden Wochen.

►► **Erratum: GOP bei der sozialpädiatrischen Beratung**

Im vergangenen Telegramm hatten wir im Rahmen der Darstellung der Honorarvereinbarung 2016 darauf hingewiesen, dass auch das sozialpädiatrische Gespräch mit zusätzlichen Geldern der Krankenkassen gestützt wird, so dass sich eine 100%-Auszahlung ergeben müsste. Dabei haben wir eine falsche GOP angegeben. Die richtige GOP lautet 04355 EBM.

►► **Amtliche Veröffentlichung**

Auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg www.kvhh.de wird unter der Rubrik „Recht und Verträge / Amtliche Bekanntmachung“ Folgendes bekannt gegeben:

Verträge:

- 7. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab ab dem 1. Oktober 2013 mit Wirkung zum 1. Juli 2016
- Vertrag - Multimorbidität / chronische Erkrankungen - zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung für Versicherte mit besonderem Versorgungsbedarf zwischen der KV Hamburg und der DAK-Gesundheit (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).).
- Vertrag zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung in Hamburg zwischen der KV Hamburg und der Techniker Krankenkasse (Hinweis: Die Bekanntmachung erfolgt gem. § 71 Abs. 4 SGB V unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV). Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.).
- 7. Nachtrag zum Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V vom 1. Juni 2008 in der Fassung des 6. Nachtrags vom 1. Januar 2015 zwischen

der KV Hamburg und der AOK Rheinland/Hamburg (Hinweis: Die Veröffentlichung steht unter dem Vorbehalt der Unterzeichnung des Vertrages; das Unterschriftenverfahren wird derzeit durchgeführt.).

Hinweis: Beendigung eines Vertrages:

- zum 33. Nachtrag zum Gesamtvertrag - zugleich Anlage N - mit der IKK classic: Vereinbarung zur Sicherstellung und Förderung der Erbringung von Narkosen im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen:

Die Vertragslaufzeit endet zum 30. Juni 2016.

Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung. Bitte sprechen Sie uns hierzu an.

Für Fragen zu allen KV-Themen - auch zu den in diesem Telegramm genannten:

Infocenter der KV Hamburg, Telefon 22802-900 Fax 22802-885,

e-mail-Adresse: infocenter@kvhh.de

Telegramm + auch + unter + www.kvhh.de + im + Internet