

Änderung des Verteilungsmaßstabes

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg hat in ihrer Sitzung am 07.03.2024 gemäß § 87b SGB V folgenden 1. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab ab dem 1. Januar 2024 beschlossen:

1. In § 9 Abs. 3 wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Abweichend hiervon wird der Anteil des Grundbetrages Kinder- und Jugendärzte sowie Förderung Kinder- und Jugendärzte nicht von dem entsprechenden Grundbetrag abgezogen, sondern vom Arztgruppenkontingent der Kinderärzte.“

2. In § 22 werden folgende Absätze 5 und 6 eingefügt:

„(5) Zur Berücksichtigung der ab dem Quartal 2/2024 geltenden Regelung zur Bereinigung Offener Sprechstunden wird bei den Kontingentberechnungen nach § 1 Anlage fachärztlicher Grundbetrag sowie den ILB-/PLB-Berechnungen nach §§ 6 ff. Anlage Fachärztlicher Grundbetrag VM für das Quartal 1/2025 im Vorjahresquartal eine Simulationsberechnung mit den ab dem Quartal 2/2024 geltenden Regelungen zur Bereinigung nach § 12 Abs. 3 Anlage Fachärztlicher Grundbetrag durchgeführt.“

(6) Rückbereinigungen der MGV aufgrund der Änderung der Abrechnungsbedingungen der Zuschläge zur Onkologievereinbarung gemäß Ziffer 3.3.1 Nr. 6 der Honorarvereinbarung 2024 werden im Rahmen der Honorarverteilung wie folgt durchgeführt: Hierzu finden in den Quartalen des Jahres 2024 arztbezogene Rückbereinigungen der aus den nicht rückbereinigten Grundbetragsvolumina und den daraus abgeleiteten Arztgruppenkontingenten ermittelten individuellen Leistungsbudgets bei denjenigen Ärzten der Arztgruppen der Frauenärzte und Urologen statt, die in den Vorjahresquartalen die Ziffernkombinationen aus der 99315/99345 mit 86514 bis 86520 der Onkologie-Vereinbarung abgerechnet haben. Die arztbezogenen Rückbereinigungssummen nach Ziffer 3.3.1 Nr. 6 der Honorarvereinbarung 2024 werden anhand der relativen Anteile der arztbezogenen Abrechnungshäufigkeiten der Ziffernkombinationen aus der 99315/99345 mit den 86514 bis 86520 der Onkologie-Vereinbarung in den Vorjahresquartalen als Euro-Beträge ermittelt und dem bei der Honorarabrechnung zu Grunde gelegten individuellen Leistungsbudget des Arztes zugesetzt. In den Quartalen des Jahres 2025 werden die sich aus der Rückbereinigung ergebenden Beträge in Höhe von je 14.500 € anteilig je Arztgruppenkontingent bei den Arztgruppen der Frauenärzte und der Urologen bei der Ermittlung der Arztgruppenkontingente nach § 1 hinzuaddiert.

3. In der Anlage Übersicht zur Honorarverteilung werden in Zeile 27 die Wörter „einschließlich der Kostenpauschalen nach GOP 40100“ gestrichen.

4. In § 1 Abs. 3 Anlage Fachärztlicher Grundbetrag wird hinter „Histologie/Zytologie“ folgender Klammerzusatz eingefügt: „(histologische und zytologische Auftragsleistungen der Frauenärzte, Hautärzte und Pathologen des Abschnitts 19.3 EBM einschließlich der Kostenpauschalen nach GOP 40100)“.
5. § 12 Abs. 3 Anlage Fachärztlicher Grundbetrag erhält folgende Fassung:

„(3) ¹ Für Bereinigungen der MGV aufgrund der Entbudgetierung gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 SGB V (hier: offene Sprechstunde) wird zunächst ein arztgruppenbezogener Bereinigungsbetrag im Rahmen der Honorarabrechnung vorläufig geschätzt. ²Die Schätzung erfolgt durch die KVH nach pflichtgemäßem Ermessen und bezieht sich auf die Leistungen, die voraussichtlich außerhalb der MGV vergütet werden. ³Auf Arzzebene ist die Bereinigung so umzusetzen, dass ausschließlich diejenigen Ärzte betroffen sind, die die extrabudgetär gestellten Leistungen durchführen und abrechnen in entsprechender Anwendung der Beschlüsse des BA (640. und 651. Sitzung). ⁴Der arztbezogene Bereinigungsanteil entspricht dem relativen Anteil des Arztes an der Steigerung der Leistungen der offenen Sprechstunde - im Sinne dieses Absatzes - des Abrechnungsquartals seiner Arztgruppe zum Vorjahresquartal. ⁵ Die KVH berücksichtigt die Auswirkungen stattgehabter Bereinigungen auf individueller Ebene nach pflichtgemäßem Ermessen. ⁶ Der arztbezogene Bereinigungsbetrag ergibt sich aus der Multiplikation des arztbezogenen Bereinigungsanteils nach Satz 4 mit dem nach Satz 1 ermittelten arztgruppenbezogenen Bereinigungsbetrags und wird von dem im Rahmen der Honorarabrechnung zu Grunde gelegten individuellen bzw. kontingentdurchschnittlichen Leistungsbudget des Arztes abgezogen. ⁷ Schätzfehlbeträge werden über den Honorarausgleichsfonds abgewickelt.“
6. In § 14 Abs. 2 Anlage Fachärztlicher Grundbetrag wird folgender Satz 6 angefügt:

„Überschießende Kontingentanteile werden im Leistungskontingent jeweils zur Erhöhung des 10 %- Grenzwertes verwendet.“
7. In § 14 Abs. 3 Anlage Fachärztlicher Grundbetrag wird folgender Satz 6 angefügt:

„Überschießende Kontingentanteile werden im Leistungskontingent jeweils zur Erhöhung des 10 %- Grenzwertes verwendet.“
8. In § 16 Abs. 2 bis 4 Anlage Fachärztlicher Grundbetrag wird jeweils das Wort „durchschnittlichen“ durch „praxisbezogenen“ ersetzt.

Erläuterungen

Zu 1.: Die zum Quartal 2/2023 neu eingeführten Grundbeträge der Kinder- und Jugendärzte wurden entsprechend der KBV Vorgaben aus den anderen Grundbeträgen heraus gebildet. Ab dem 2. Quartal 2024 werden diese Grundbeträge weiterentwickelt. Die KVH muss aufgrund gesetzlicher und untergesetzlicher Vorgaben 0,2% der MGV abziehen und in den Strukturfonds fließen lassen. Diese 0,2 % werden gem. dem bis Ende des 1. Quartal 2024 gültigen § 9 Abs. 3 VM von den Grundbetragsvolumina abgezogen. Aus den neuen weiterentwickelten Grundbeträgen der Kinderärzte kann jedoch keine 0,2% abgezogen werden, da diese dann anschließend zur Vergütung fehlen würden und aufgrund der Gesetzesregelung einer 100%-Vergütung sodann von den Kassen im Umkehrschluss

aufgestockt werden müssten. Dies würde bedeuten, dass die Kassen am Ende diese 0,2 % Strukturfondsanteil der KVH finanzieren würde.

Um trotzdem eine Finanzierung des Strukturfonds zu gewährleisten und dies nicht auf die anderen Grundbeträge aufzuteilen (und somit die HA/FA Trennung zu wahren), wird der vorher ermittelte Betrag anhand der Grundbetragsvolumina der Kinderärzte sodann aus dem AGK der Kinderärzte (hausärztlicher Grundbetrag) abgezogen.

Dies bedeutet: Ermittelt werden 0,2 % des Volumens des kinderärztlichen Grundbetrages - aber abgezogen aus dem Arztgruppenkontingent.

Zu 2.: Die Regelung im Abs. 5 soll sicherstellen, dass im Quartal 1/2025 aufgrund der für das 1. Quartal 2024 abweichenden Bereinigungsregelung des § 12 Abs. 3 Anlage Fachärztlicher Grundbetrag i. d. F. Änderungsantrags so gerechnet wird, als hätte die neue Regelung der Nr. 5 ab dem 2. Quartal 2024 mit der Bereinigung über die jeweiligen Arztgruppenkontingente auch im 1. Quartal 2024 gegolten.

Die Regelung im Absatz 6 soll die artzseitige Umsetzung der wieder der MGV zugeführten Beträge durch die Regelung der Honorarvereinbarung 2024 auf der Honorarverteilungsebene bei den Arztgruppen und den Ärzten sicherstellen, die von der Änderung der Abrechnungsbedingungen betroffen sind.

Zu 3. und 4.: Klarstellende Regelung, dass das Leistungskontingent Histologie/Zytologie einschließlich der Kostenpauschalen GOP 40100 gebildet wird. Die Streichung durch Nr. 3 in der Anlage „Übersicht zu Honorarverteilung“ soll verdeutlichen, dass die Kostenpauschalen im Leistungskontingent Histologie/Zytologie nicht Bestandteil des PLB sind.

§ 1 Abs. 2 Anlage Fachärztlicher Grundbetrag erhält nun eine explizite Regelung zur Bildung des Leistungskontingents Histologie/Zytologie (Nr. 4).

Zu 5.: Zur Finanzierung der Leistungen gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 6 SGB V erfolgt nach § 87a Abs. 3 Satz 15 ff. SGB V eine Bereinigung der MGV, wenn und soweit das arztgruppenspezifische Punktzahlvolumen dieser Leistungen in einer Arztgruppe im Vergleich zum jeweiligen Vorjahresquartal um mehr als drei Prozentpunkte steigt. Hierbei sind die Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87a Abs. 3 Satz 15 ff. SGB V zu beachten. Durch den Verzicht auf eine Bereinigung unterhalb von 3% sollen normale Schwankungen in den Leistungen unberücksichtigt bleiben. Für diese Leistungen erfolgt nach der gesetzlichen Regelung kassenseitig eine unbefristete MGV-Bereinigung unter Anwendung der regionalen arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote des Vorjahresquartals. Um einen sogenannten Kellertreppeneffekt zu vermeiden, wurde im Beschluss des BA (651. Sitzung) darüber hinaus bestimmt, dass bei einem Absinken des arztgruppenspezifischen Punktzahlvolumens der Leistungen in offenen Sprechstunden im Vergleich zum Vorjahresquartal um mehr als drei Prozent eben dieser Betrag „vorgemerkt“ und mit einer eventuell später stattfindenden Bereinigung verrechnet wird. Diese MGV-Bereinigung soll praxisseitig im Rahmen der Honorarverteilung gegenfinanziert werden. Hierzu wird in den KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung gem. § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V Teil F Ziffer 10 eine „neutrale“ Bereinigung vorgeschrieben, durch die ausschließlich diejenigen Praxen betroffen sind, die die extrabudgetär gestellten Leistungen durchführen und abrechnen. Die vorliegende Regelung soll diese neutrale Bereinigung dadurch sicherstellen, dass in Umsetzung dieser Bereinigung die relativen Anteile der geschätzten zu bereinigenden Leistungen je Arztgruppe und Arzt anhand der tatsächlichen arztindividuellen Anteile der offenen Sprechstundenleistungen des aktuellen Quartals ermittelt werden. Weiterhin soll berücksichtigt werden, dass auf der arztindividuellen Ebene keine Doppelbereinigungen stattfinden.

Zu 6. und 7.: Regelung zur Verteilung von in den Leistungskontingenten MRT Radiologen und Nuklearmedizinern im Quartal ggf. übrigbleibender Mittel.

Zu Nr. 8: Die bis zum 31.12.2020 geltende Regelung des § 22 VM vor Einführung der Garantiequoten wurde bei der Neufassung des VM zum 01.01.2024 übernommen. An die Stelle der vormals möglichen gegenseitigen Verrechnungsfähigkeit der durchschnittlichen Leistungsbudgets einer Praxis im Rahmen der Honorarabrechnung tritt nun die Addition der durchschnittlichen Leistungsbudgets in Absatz 1 S.2 zu einem praxisbezogenen Leistungsbudget. Um eine den anderen Fachgruppen vergleichbare Vergütungssystematik nach praxisbezogenen Leistungsbudgets herzustellen, werden in den folgenden Absätzen die durchschnittlichen Leistungsbudgets zu praxisbezogenen Leistungsbudgets.

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.04.2024 in Kraft.

Korrektur redaktioneller Fehler

1. Im Verteilungsmaßstab ab 01.01.2024 i. d. F. des Änderungsantrags muss es in § 12 Abs. 3 Anlage Fachärztlicher Grundbetrag richtigerweise „§ 87 a Abs.3 Satz 15 SGB V“ heißen.
2. Im Änderungsantrag vom 13.12.2023 zum Verteilungsmaßstab ab 01.01.2024 muss es richtigerweise in der Nr. 2 heißen:
„Nr. 2 In der Anlage Fachärztlicher Grundbetrag wird in § 1 Abs. 2 folgender Satz 3 eingefügt (...).“
3. In der Anlage Verlustbegrenzung muss es jeweils im Berechnungsschritt Nr. 6 richtigerweise heißen: „(Schritt 5./Schritt 4.)“ und nicht (Schritt 4./Schritt 5.).

Erläuterungen

Korrektur redaktioneller Fehler.

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