

Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 08. Januar 1999 beschlossen, die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte) in der Fassung vom 9. März 1993 (BAnz. Nr. 110a vom 18. Juni 1993), zuletzt geändert am 18. Februar 1998 (BAnz. Nr. 115a vom 26. Juni 1998), wie folgt zu ändern:

I. Im 4. Abschnitt werden die Nrn. 23 a, c, d, e, f wie folgt geändert:

1. Nr. 23 a wird wie folgt geändert:

In Satz 1 Nr. 4 werden die Worte „nach Art und Menge der Leistungen“ gestrichen und die Worte „Nr. 23 b bis d“ durch die Worte „nachfolgenden Bestimmungen“ ersetzt.

2. Nr. 23 c wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird das Wort „Gesamtpunktzahlvolumen“ durch das Wort „Gesamtpunktzahlvolumina“ ersetzt.

b) Nach dem Wort Gesamtpunktzahlvolumina wird auf folgende Fußnote hingewiesen:

„Anstelle der Gesamtpunktzahlvolumina kann die Obergrenze auch auf der Basis von DM und Punktzahlen gebildet werden.“

c) In Satz 2 wird das Wort „Punktzahlvolumen“ durch das Wort „Gesamtpunktzahlvolumina“ ersetzt.

d) Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt:

„Das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen (Punktzahlvolumen zuzüglich Überschreitungs-volumen) wird nach Nr. 23 f durch die Kassenärztliche Vereinigung angepasst. Im übrigen gilt für Anpassungen Nr. 23 e.“

e) Der bisherige Satz 6 wird gestrichen.

3. Nr. 23 d wird wie folgt geändert:

Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Hat eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt wegen der Betreuung und Erziehung von Kindern im Ausgangsberechnungszeitraum im Vergleich zur Fachgruppe geringere Punktzahlvolumina erreicht, gilt Satz 1 entsprechend.“

4. Nr. 23 e wird wie folgt geändert:

Nach Satz 1 werden folgende Sätze angefügt:

„Auf Antrag des Vertragsarztes sind die Gesamtpunktzahlvolumina neu zu bestimmen, wenn Änderungen des EBM oder vertragliche Vereinbarungen, die für das Fachgebiet der Arztgruppe maßgeblich sind, spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können eine Neuberechnung beantragen, wenn Änderungen der Berechnung der für die Obergrenzen maßgeblichen Faktoren eine spürbare Veränderung bewirken und die Beibehaltung der durch den Zulassungsausschuß festgestellten Gesamtpunktzahlvolumina im Verhältnis zu den Ärzten der Fachgruppe eine nicht gerechtfertigte Bevorzugung/ Benachteiligung darstellen würde.“

5. Nr. 23 f wird wie folgt gefasst:

Die Gesamtpunktzahlvolumina zur Beschränkung des Praxisumfangs folgen der Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts durch Festlegung eines quartalsbezogenen Prozentwertes (Anpassungsfaktor).

Die Anpassungsfaktoren werden im ersten Leistungsjahr von der Kassenärztlichen Vereinigung errechnet. Die dafür maßgebliche Rechenformel^{*)} lautet:

$$\frac{\text{PzVol}}{\text{PzFg}} = \text{Fakt}$$

Sie stellen die Grundlage zur Ermittlung der Gesamtpunktzahlvolumina für die Folgejahre dar. Der jeweilige Anpassungsfaktor wird ab dem zweiten Leistungsjahr mit dem Punktzahlvolumendurchschnitt der Fachgruppe multipliziert und ergibt die quartalsbezogene Obergrenze für die Praxis (die Saldierungsregelung nach Nr. 23 c Satz 6 bleibt hiervon unberührt). Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Vertragsarzt die für ihn verbindlichen Anpassungsfaktoren^{**)} mit.“

*)

Legende zur Rechenformel:

PzVol = Quartalsbezogenes Gesamtpunktzahlvolumen der Praxis

PzFg = Quartalsbezogener Punktzahlvolumendurchschnitt der jew. Fachgruppe

Fakt = Quartalsbezogener Anpassungsfaktor

**)

Fiktives Rechenbeispiel zu Nr. 23 f:

(1) Festlegung des Gesamtpunktzahlvolumens für jedes Quartal nach Nr. 23 c durch den Zulassungsausschuß für das erste Leistungsjahr.

Berechnung:

Die im Bezugszeitraum (jew. Vorjahresquartale) anerkannte Punktzahlen der Vertragsarztpraxis zuzüglich 3 % vom Punktzahlvolumendurchschnitt der jew. Fachgruppe ergeben das Gesamtpunktzahlvolumen für das Berechnungsquartal im ersten Leistungsjahr.

Annahme (Punkte in 1.000):

Anerkannte Punktzahlen = 1.250 Punkte, Fachgruppendurchschnitt = 1.314 Punkte

Rechengang:

1.250 Punkte + 0,03 x 1.314 Punkte = **1.289** Punkte

II. Inkrafttreten

Die Änderung der Richtlinien tritt am Tage nach der Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Bonn, den 18. Dezember 1998

(2) Im ersten Leistungsjahr werden quartalsbezogen die vom Zulassungsausschuß aus dem Bezugszeitraum festgelegten Gesamtpunktzahlvolumina dem Punktzahlvolumen des jew. Fachgruppenschnitts gegenübergestellt und in Prozent vom Fachgruppenschnitt ausgedrückt.

Berechnung:

Das festgelegte Gesamtpunktzahlvolumen wird in Prozent vom Punktzahlvolumenschnitt der jew. Fachgruppe ausgedrückt, welches den Anpassungsfaktor ergibt.

Annahme (Punkte in 1.000):

Gesamtpunktzahlvolumen = 1.289 Punkte, Fachgruppenschnitt = 1.321 Punkte

Rechengang:

1.289 Punkte : 1.321 Punkte = **Faktor 0,976** bzw. 97,6%

(3) Ab dem zweiten Leistungsjahr wird das individuelle quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen der Praxis durch den Anteil des im ersten Leistungsjahr ermittelten Anpassungsfaktors am Fachgruppenschnitt ermittelt.

Berechnung:

Der Anpassungsfaktor wird mit dem Punktzahlvolumenschnitt der jew. Fachgruppe multipliziert und ergibt das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen.

Annahme (Punkte in 1.000):

Anpassungsfaktor: = 0,976 , Fachgruppenschnitt = 1.330 Punkte

Rechengang:

0,976 x 1.330 Punkte = **1.298** Punkte

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen
Der Vorsitzende

Jung