

Honorarverteilungsmaßstab
Änderungen mit Wirkungen zum 1. Oktober 2014 und
zum 1. Januar 2015

der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
- nachfolgend KV Berlin genannt -

im Benehmen mit

der AOK Nordost - Die Gesundheitskasse,
handelnd als Landesverband Berlin gemäß § 207 Abs. 4 SGB V,

den Ersatzkassen,

BARMER GEK

Techniker Krankenkasse (TK)

DAK-Gesundheit

KKH - Kaufmännische Krankenkasse

HEK - Hanseatische Krankenkasse

hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis
gemäß § 212 Abs. 5 Satz 7 SGB V
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch die Leiterin der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg,

dem BKK Landesverband Mitte
Siebstraße 4
30171 Hannover,

der BIG direkt gesund
handelnd als IKK-Landesverband Berlin,

der Knappschaft - Regionaldirektion Berlin

sowie

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als landwirt-
schaftliche Krankenkasse, Hoppegarten

- nachfolgend Verbände der Krankenkassen genannt -

für die Verteilung der an die KV Berlin gezahlten Gesamt-
vergütungen gemäß §87b SGB V

I. Der geltende Honorarverteilungsmaßstab der KV Berlin (Fassung gültig ab 01.07.2014) wird mit Wirkung zum 1. Oktober 2014 durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 25. September 2014 wie folgt geändert:

§ 16 wird gestrichen.

II. Der geltende Honorarverteilungsmaßstab der KV Berlin (Fassung gültig ab 01.10.2014) wird mit Wirkung zum 1. Januar 2015 durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 25. September 2014 wie folgt geändert:

1. In § 9 wird Absatz 2 Satz 1 wie folgt geändert:

„Für ein Regelleistungsvolumen relevante Fälle (RLV-Fälle) sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle aus dem KV-Bereich Berlin gemäß § 21 Abs. 1 und Abs. 2 BMV-Ä; ausgenommen sind Notfälle im organisierten Notfalldienst und Fälle, in denen ausschließlich Nicht-RLV-relevante Leistungen und Kostenerstattungen abgerechnet werden sowie – außer für die Arztgruppe Humangenetiker (AG 16) – Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen.“

2. In der Anlage 2 wird unter Nr. 1.2 die AG 88 „Fachärzte für Anästhesiologie mit 200 und mehr Fällen im Quartal“ gestrichen und bei der AG 8 „Fachärzte für Anästhesiologie mit weniger als 200 Fällen im Quartal“ die Wörter „mit weniger als 200 Fällen im Quartal“ gestrichen.

3. In der Anlage 6 wird das QZV 103 „SPECT-Zuschlag bei Einkopfkamera“ für die AG 30 „Fachärzte für Nuklearmedizin“ gestrichen und die Leistung GOP 17362 in das QZV 102 mit der geänderten Bezeichnung „SPECT-Zuschlag bei Einkopfkamera und Doppel-Mehrkopfkamera“ für die AG 30 „Fachärzte für Nuklearmedizin“ übertragen.

III. Der geltende Honorarverteilungsmaßstab der KV Berlin (Fassung gültig ab 01.01.2015) wird mit Wirkung zum 1. Januar 2015 durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 27. November 2014 wie folgt geändert:

1. § 3 Nr. 7 wird wie folgt neu gefasst:

„Vergütungsvolumen für die Finanzierung besonders förderungswürdiger Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gemäß § 3 Abs. 4 Honorarvertrag i.H.v. insgesamt 637.800 Euro je Quartal, davon die gemäß § 3 Abs. 4 Honorarvertrag benannten Beträge zur Förderung besonderer Leistungen und der Restbetrag zur Finanzierung der geriatrischen Versorgung, der allgemeinen Palliativversorgung und der Sozialpädiatrie für Kinder- und Jugendärzte und“

2. § 3 Nr. 8 wird wie folgt neu gefasst:

„Vergütungsvolumen für die Finanzierung besonders förderungswürdiger Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß § 3 Abs. 4 Honorarvertrag i.H.v. insgesamt 862.200 Euro je Quartal, davon die gemäß § 3 Abs. 4 Honorarvertrag benannten Beträge zur Förderung besonderer Leistungen und der Restbetrag zur Förderung der fachärztlichen Grundvergütung „PFG“.“

3. § 19 Abs. 5 wird wie folgt neu gefasst:

„Leistungen der hausärztlichen geriatrischen Versorgung des Abschnitts 3.2.4 EBM, der allgemeinen palliativmedizinischen Versorgung der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM sowie der sozialpädiatrischen Versorgung des Abschnitts 4.2.4 EBM werden maximal bis zur Höhe des Vergütungsvolumens gemäß § 5 Abs. 2 Nr. 5 HVM unter der Berücksichtigung des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Leistungsanforderung dieses Vergütungsvolumen überschreitet, wird die artzseitige Vergütung entsprechend quotiert. Soweit die Leistungsanforderung das Vergütungsvolumen unterschreitet, werden die Leistungen aus dem restlichen Vergütungsvolumen mit einem Zu-

schlag je angeforderten Punkt vergütet. Mit dem Restbetrag nach § 3 Nr. 7 HVM werden die Leistungen entsprechend der Leistungsanforderung mit einem Zuschlag je angeforderten Punkt gefördert.“

4. § 19b wird wie folgt neu gefasst:

„§ 19b Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundvergütung „PFG“

Die Pauschalen für die fachärztliche Grundvergütung „PFG“ aus der MGV werden maximal bis zur Höhe des Vergütungsvolumens gemäß § 3 Nr. 6 HVM zuzüglich dem FKZ unter Berücksichtigung der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung (ANLAGE 1 HVM) und des Abschnitts 1 Punkt 10 der ANLAGE 7 HVM zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet. Soweit die Leistungsanforderung dieses Vergütungsvolumen überschreitet, wird die artzseitige Vergütung entsprechend quotiert. Soweit die Leistungsanforderung das Vergütungsvolumen unterschreitet und der zur Verfügung stehende Restbetrag die für den fachärztlichen Versorgungsbe- reich anteilige Veränderungsrate nach § 87a Abs. 4 Satz 3 SGB V übersteigt, wird die „PFG“ aus diesem die anteilige Veränderungsrate übersteigenden Vergütungsvolumen mit einem Zu- schlag je angeforderten Punkt vergütet. Mit dem Restbetrag nach § 3 Nr. 8 HVM wird die „PFG“ entsprechend der Leistungsanforderung mit einem Zuschlag je angeforderten Punkt gefördert.“

5. In der Anlage 7 wird nach „3. Bereinigung der RLV-QZV-Volumina“ folgende Regelung auf- genommen:

„4. Beendigung eines bereinigten Selektivvertrages

In den vier Quartalen nach Beendigung eines bereinigten Selektivvertrages wird auf Antrag des an dem beendeten Selektivvertrag bisher teilnehmenden Arztes und nach Genehmigung durch die KV Berlin das Regelleistungsvolumen des Arztes um Fälle für bisher im Selektivvertrag ver- sorgte Versicherte erhöht, wenn für diese Versicherten in dem jeweiligen Abrechnungsquartal RLV-Leistungen abgerechnet wurden und aufgrund der Beendigung des Selektivvertrages eine Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten gegenüber der RLV-Fallzahl vorliegt. Hierfür ist der Antrag durch den Arzt mit einer Liste der Patienten mit Versichertennummer, Name und Geburtsdatum zu belegen, die im Vorjahresquartal von dem Arzt im Selektivvertrag versorgt wurden und für die in dem jeweiligen Abrechnungsquartal Leistungen erbracht und abgerechnet wurden. § 11 Satz 3 HVM gilt entsprechend.“

Berlin, 11.12.2014

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Dr. Margret Stennes

Vorsitzende der Vertreterversammlung