



Vertreterversammlung gegen Inhalte des „Faire-Kassenwahl-Gesetz“

Die Vertreterversammlung der KV Berlin hat am 13. Juni eine **Resolution** zum Referentenentwurf des BMG zum „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ (GKV-FKG) verabschiedet. Die Berliner Ärzte fordern unter anderem die Zurücknahme der Streichung der DMP-Programmkostenpauschale.

Bildung eines Strukturfonds

Die KV Berlin wird gemäß § 105 Abs. 1a SGB V zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung rückwirkend zum 1. Januar 2019 einen Strukturfonds bilden und hierfür 0,1 Prozent von der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zur Verfügung stellen. Die Krankenkassen entrichten zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds. Die Mittel des Strukturfonds werden ausschließlich zur Förderung des Betriebes der Terminservicestelle sowie der Leitstelle des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD) verwendet. Diese Bildung des Strukturfonds hat die Vertreterversammlung in ihrer Sitzung am 13. Juni beschlossen. Darüber hinaus stellen die Krankenkassen einen zusätzlichen Betrag gemäß § 105 Abs. 1b SGB V (nach dem TSVG) in Höhe von 1,5 Millionen Euro als Einmalbetrag im Jahr 2019 zweckgebunden für die Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes außerhalb der MGV bereit.

Erhöhung der Verwaltungskostenumlage für Dialysesachkosten

Der Verwaltungskostensatz für Dialysesachkosten nicht gemeinnütziger Träger wird ab dem 3. Quartal 2019 auf 1,2 Prozent erhöht. Ab dem 3. Quartal 2020 wird er dann an den allgemein festgelegten Verwaltungskostensatz angepasst. Für eine Privilegierung nicht gemeinnütziger Träger durch einen niedrigeren Verwaltungskostensatz sieht die VV der KV Berlin keinen hinreichenden Grund. So zahlen auch die Fachärzte für Strahlentherapie und Innere Medizin ohne Schwerpunkt die normale Verwaltungskostenumlage für die Sachkosten. Über den VV-Beschluss hinaus sind generell keine sachgerechten Gründe ersichtlich, warum bei der Höhe der Verwaltungskostenumlage für Dialysesachkosten auch Unterschiede für KV-Mitglieder und Einrichtungen gemeinnütziger Träger gemacht werden sollten. Darum ist der Vorstand beauftragt worden, mit den Partnern der Gesamtverträge eine Regelung über die Verwaltungskostensätze für die Einrichtungen gemeinnütziger Träger zu vereinbaren.

Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes

HVM-Änderung ab 1. Januar 2019

Bildung eines Strukturfonds

Im Rahmen des neuen Strukturfonds zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung war es notwendig, den HVM anzupassen. Im HVM wurde der Abzug aus der MGV, der in den Strukturfonds fließt, festgehalten.

HVM-Änderungen ab 1. April 2019

Anpassung Anlage 7 (Änderung TSVG)

Mit Inkrafttreten des TSVG musste die Anlage 7 des HVM angepasst und die Ziffer 5 hinzugefügt werden: Bereinigung des zu erwartenden Honorars bei MGV-Bereinigung aufgrund der in § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 bis 6 SGB V

(TSVG) genannten Leistungen. Die Leistungen werden extra-budgetär vergütet und das erste Jahr nach Inkrafttreten des TSVG aus der MGV bereinigt. Hierbei dient der Leistungsbedarf als Basis, der als arztgruppenspezifische Auszahlungsquote des Vorjahresquartals zu multiplizieren ist. Von der Bereinigung sind die Ärzte betroffen, die die extrabudgetären Leistungen durchführen und abrechnen. Die Bereinigung ist auf ein Jahr begrenzt.

Änderung Anlage 1 HVM (KBV-Vorgabe)

Aufgrund von EBM-Änderungen im Bereich Humangenetik wurde der HVM geändert. Die GOP 01835 und 01839, die aus dem fachärztlichen Grundbetrag vergütet wurden, wurden zum 2. Quartal 2019 gelöscht. Dagegen wurden die GOP 01841 und 01842 neu aufgenommen, die aus dem humangenetischen Grundbetrag vergütet werden. Auch der Teil F (Vorgaben zu den Grundsätzen der Bereinigung des zu erwartenden Honorars gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V) wurde aufgrund der Entbudgetierung der in Abs. 3 Satz 5 Nr. 3-6 genannten Leistungen geändert.

Anpassung der anästhesiologischen Leistungen

Im HVM wird eine Förderung für Anästhesien bei Kindern bis 12 Jahren und bei Behinderten im Zusammenhang mit zahnmedizinischen Behandlungen aufgenommen. Die Leistungen der GOP 05210, 05211 und 05212 im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen bei Behandlung von Menschen mit mangelnder Kooperationsfähigkeit, bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie sowie für Kinder bis 12 Jahre werden zu den Preisen der regionalen EURO-Gebührenordnung aus der MGV vergütet.

HVM-Änderung ab 1. Juli 2019

Honorierung des ÄBD zu den Sprechstundenzeiten

Die Honorierung der Besuche des ÄBD erfolgt zukünftig aus den Grundbeträgen der Haus- und Fachärzte und nicht mehr aus dem Grundbetrag Bereitschaftsdienst und Notfall. Besuche, die in den Sprechstundenzeiten zwischen 7 und 19 Uhr anfallen, zählen zum Hausbesuchsdienst und werden mit der 01412T (67,75 Euro) abgerechnet und vergütet. Alle anderen Leistungen, bis auf die 01413, werden gelöscht. Die 01418 und die Notfallpauschalen können nicht mehr abgerechnet werden. Für den ÄBD-Tagdienst wird ein Vorwegabzug gebildet. Wenn die Anforderung das bereitgestellte Budget überschreitet, werden die Leistungen quotiert.

HVM-Änderung ab 1. Oktober 2019

Anpassung der Jungpraxenwachstumsregelung

Der Paragraph 12 (Ermittlung der RLV/QZV bei Neuzulassung) wird neu gefasst. Ein Neuarzt erhält ein RLV und QZV auf der Basis der Fallzahl des Vorgängerarztes. Ein Neuarzt, der den Arztsitz nicht übernommen hat, erhält ein RLV auf Basis der Hälfte der durchschnittlichen RLV-Fallzahlen der jeweiligen Arztgruppe. Auf Antrag kann ein QZV zugewiesen werden, soweit die erforderliche Qualifikation oder Zusatzbezeichnung dazu vorliegen. Ein Neuarzt, der in Einzelpraxis tätig ist, kann aber mit Neuaufnahme der Tätigkeit innerhalb einer Aufbauphase von 12 Quartalen bzgl. der RLV- bzw. QZV-Fallzahl auf den Fachgruppendurchschnitt wachsen. Auf einen Neuarzt, der in der Kooperationsform einer BAG oder einem MVZ tätig ist, findet die vorherige Regelung nur dann Anwendung, wenn sowohl der konkrete, einzelne Neuarzt noch nicht länger als 12 Quartale an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnimmt, als auch die Kooperationsform als solche sich noch in der Aufbauphase von 12 Quartalen befindet.

Das vollständige Beschlussprotokoll der 21. Sitzung der VV der KV Berlin ist in Kürze [hier](#) einsehbar.

Hinweis: Die blau hinterlegte Schrift (bzw. die blauen Felder) ist verlinkt mit dem dort beschriebenen Dokument.

Datenschutzerklärung und Impressum: Der Newsletter „Praxisinformationsdienst“ (PID) ist eine monatliche Information der Hauptabteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin (KdÖR) für die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sowie deren Praxispersonal. Sie erhalten den kostenlosen Newsletter aufgrund Ihrer freiwilligen Eintragung. Möchten Sie diese Informationen zukünftig nicht mehr erhalten, senden Sie uns bitte eine formlose E-Mail an die Adresse kvbe@kvberlin.de. Über dieselbe E-Mail können Sie auch einfach Ihre Empfängeradresse ändern, ebenfalls formlos. Selbstverständlich werden alle Ihre Daten vertraulich behandelt, die Einzelheiten dazu finden Sie in unserer [Datenschutzerklärung](#). Hrsg.: Dr. med. Margret Stennes (V. i.S.d.P.), Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6 A, 14057 Berlin. Tel. 030 / 31003-0, www.kvberlin.de. Redaktion: Dörthe Arnold, Ronja Witt – Tel. Newsletter-Redaktion: 030 / 31003-610. Kontakt zum Service-Center der KV Berlin: Tel: 030 / 31003-999, Fax: 030 / 31003-900, E-Mail: service-center@kvberlin.de.