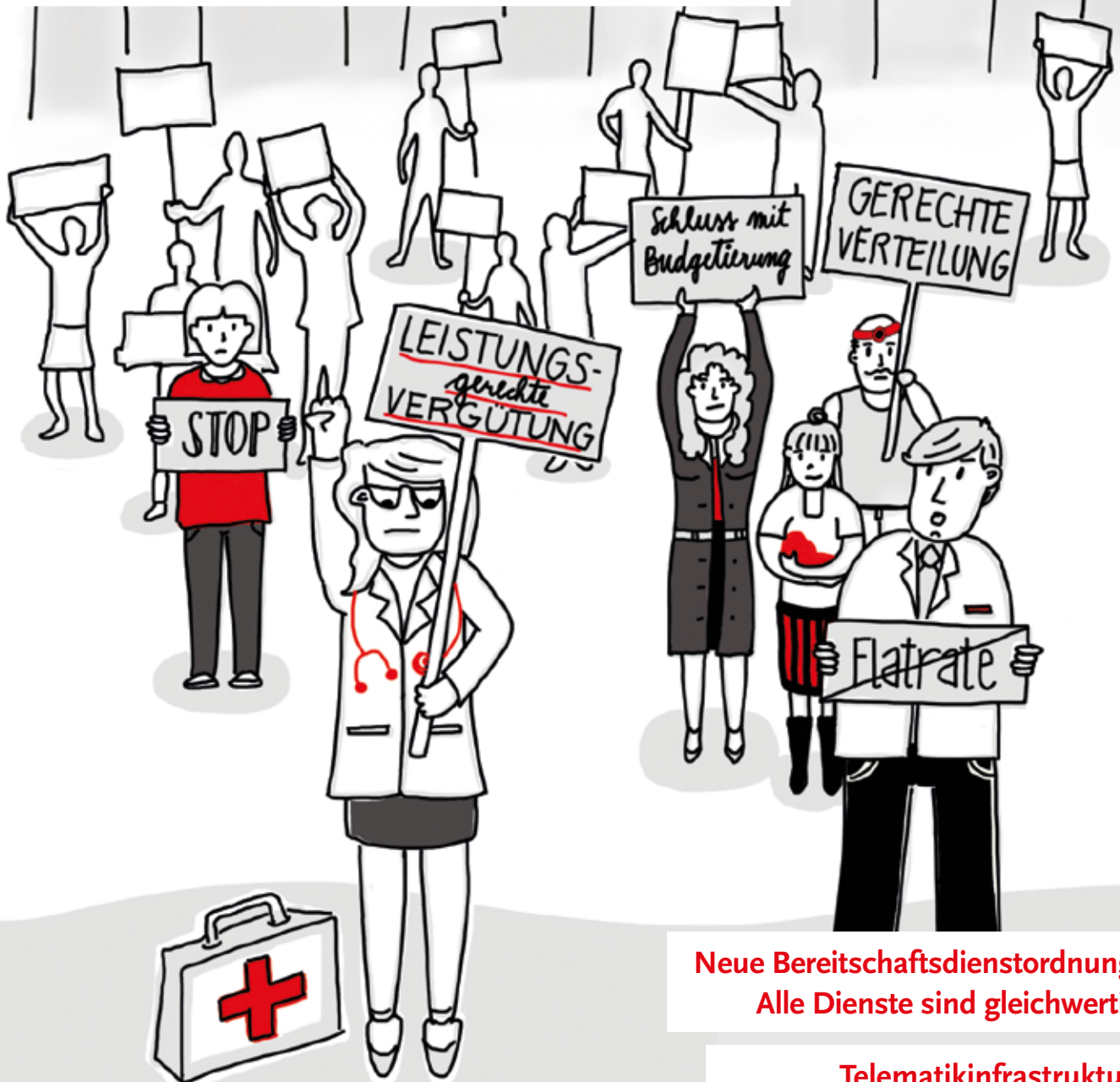


Honorarverteilungsmaßstab

Warum die KV Berlin den HVM ändert



**Neue Bereitschaftsdienstordnung:
Alle Dienste sind gleichwertig**

**Telematikinfrastruktur:
Zweiter Konnektor zugelassen**

Hilfe! Es ist Wochenende.

116117

DIE NUMMER, DIE HILFT!
BUNDESWEIT.

Der ärztliche
Bereitschaftsdienst
der Kassenärztlichen
Vereinigungen



Ich brauch 'nen Arzt, aber es ist Samstag.

Oh no, was is passiert?

Ohrenentzündung. Wird immer schlimmer ...

Oje, hol dir was in der Notaufnahme.

Aber ich will nicht ins Krankenhaus!

Außerdem soll man doch eh nur in absoluten Notfällen in die Notaufnahme. Und ich hab auch keine Lust, stundenlang zu warten.



Auch wieder wahr. Dann ruf die 116117 an.

Was das denn?

Ärztlicher Bereitschaftsdienst.

Ah, gute Idee. Oder meinst du, ich soll doch noch abwarten?

KP, musst du wissen. Wenn du nicht sicher bist, ruf einfach an.



Danke, bist ein Schatz!

Auch außerhalb der Sprechzeiten sind Sie bestens versorgt: Die bundeseinheitliche Hotline 116117 ist bei akuten, nicht lebensbedrohlichen Beschwerden der schnellste Draht zur nächsten Bereitschaftspraxis. Durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst werden Notaufnahmen entlastet – und Sie ersparen sich lange Wartezeiten.

Die Haus- und
Fachärzte

Wir arbeiten für Ihr Leben gern.

KV Berlin zukunftsfähiger aufgestellt



In einer mit intensiven Diskussionen verbundenen und bis tief in die Nacht gehenden Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin wurde am 21. Juni 2018 tatsächlich ein wenig KV-Geschichte geschrieben. Nach vielen Vorab-Gesprächen und Abstimmungsrunden in den entsprechenden Ausschüssen gelang eine Neuregelung des

Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) sowie der Bereitschaftsdienstordnung. Beide Anträge wurden mit zum Teil großer Mehrheit der anwesenden VV-Mitglieder beschlossen und werden die KV deutlich zukunftsfähiger aufstellen.

In der Titelgeschichte dieser Ausgabe gehen wir auf den neuen HVM ein. So viel sei schon vorweggenommen: Die Honorarberechnung wird ab dem vierten Quartal 2018 nicht mehr an zehn Jahre alten Zahlen, sondern am jeweiligen Vorjahresquartal ausgerichtet. Diese Reform war längst überfällig, da Honorarbescheide, die sich auf 2008 bezogen, vor Gericht zunehmend keinen Bestand mehr hatten. Der neue Vorstand hat sich nach seinem Amtsantritt dieser Aufgabe gestellt und sich auch mit möglichen Auswirkungen beschäftigt. Um eventuelle negative Veränderungen in einzelnen Arztgruppen abzufedern, haben wir der VV eine Übergangsphase von drei Jahren vorgeschlagen. Arztgruppen, die durch die neue Verteilung einen größeren Vergütungsanteil als bisher erhalten, werden ab dem 1. Oktober 2018 über zwei Jahre reduzierte Zuwächse bekommen. Arztgruppen, die durch die neue Verteilung weniger Vergütung erhalten, verlieren in den ersten zwei Jahren weniger stark. Erst ab dem vierten Quartal 2020 wirken die Veränderungen zu 100 Prozent. Da die Umstellung des Basisbemessungszeitraums dazu führen könnte, dass ein Anreiz für eine übermäßige Ausdehnung der Praxistätigkeit entsteht oder Härtefälle auftreten, wird es eine Leistungsmengenbegrenzung nach oben geben. Gleichzeitig wird sich ein Fallzahlrückgang für

ein Quartal bis zu fünf Prozent nicht RLV-mindernd auswirken. Ich möchte Ihnen versichern, der aktuelle Vorstand wird die Auswirkungen der künftigen Honorarverteilung sehr genau beobachten und im Fall von Verwerfungen für einzelne Arztgruppen Stützungsmaßnahmen festlegen. Und natürlich stehen wir allen Arztgruppen zur Verfügung, um im direkten Meinungsaustausch das Thema zu diskutieren und mögliche Problemfälle gemeinsam anzugehen.

Und nun möchte ich zum zweiten wichtigen Thema kommen, mit dem sich die KV Berlin in den vergangenen Monaten intensiv beschäftigt hat. Mit der Änderung der Bereitschaftsdienstordnung wurde die Tür geöffnet zu einer gleichwertigen Betrachtungsweise aller Notdienststarten: dem fahrenden Ärztlichen Bereitschaftsdienst, dem Dienst in den KV-eigenen Notdienstpraxen und der ärztlichen Beratung in der KV-Leitstelle – erreichbar unter der bundesweit einheitlichen Rufnummer 116117. Alle drei Dienststarten sollen (auch aus Honorarsicht) gleichermaßen attraktiv gestaltet werden, um die Teilnahmebereitschaft stabil zu halten und somit zu verhindern, dass Dienstverpflichtungen notwendig werden. Entscheidend wird in einem nächsten Schritt sein, wie (auch von der Politik) die notwendige Gesamtzahl von Notdienstpraxen bewertet wird. Für uns ist klar, dass die KV Berlin nicht in der Lage sein wird, an allen 41 in Berlin existierenden Erste-Hilfe-Stellen Notdienstpraxen einzurichten. Wir gehen aktuell von acht Notdienstpraxen aus. Ebenso muss diskutiert werden, wie künftig mit dem fahrenden Dienst/Hausbesuchsdienst während der Praxisöffnungszeiten umzugehen ist. Aus unserer Sicht sollte dieser aus der Notfallversorgung herausgelöst werden. Gleichzeitig muss dessen finanzielle Attraktivität insoweit gestützt werden, um dem seit Jahren zu verzeichnenden Rückgang von Hausbesuchen entgegenzuwirken. Es bleibt also noch eine Menge zu tun.

Dr. Burkhard Ruppert
Stellvertretender Vorsitzender der KV Berlin



Die Bereitschaftsdienstordnung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes wurde aufgrund der Neuordnung der ambulanten Notfallversorgung in Berlin zum 1. Juli angepasst. Eine zentrale Änderung ist die gleichgestellte Wertung, auch in Bezug auf die Vergütung, der verschiedenen Dienstarten. Damit soll eine Dienstverpflichtung, die in Berlin bisher nicht notwendig ist, verhindert werden.

Seite 6



Die Terminservicestellen müssen ab dem 1. Oktober 2018 auch Termine für probatorische Sitzungen bei Psychotherapeuten vermitteln, wenn eine zeitnahe Behandlung erforderlich ist. Bisher war dies nur zu einem Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde und zur Akutbehandlung möglich. Die KV Berlin benötigt daher dringend noch vor Oktober Terminmeldungen.

Seite 10



Mehr als zwei Drittel aller diagnostischen und therapeutischen Kassenleistungen unterliegen einer zusätzlichen Qualitätskontrolle und somit einer Genehmigungspflicht durch die KV Berlin. Im Genehmigungsverfahren prüft die Verwaltung, ob die beantragte Leistung zum Fachgebiet des Arztes gehört. Dieses Prüfverfahren hat der Vorstand der KV Berlin kürzlich in einem Beschluss konkretisiert.

Seite 36

Hinweis der Redaktion

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichten wir auf die durchgängige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

Anzeige

WIR DENKEN WO ANDERE RECHNEN.



STEUERBERATER
**TENNERT · SOMMER
& PARTNER**

BISMARCKSTRASSE 97
10625 BERLIN
TELEFON 030 - 450 85 - 0
TELEFAX 030 - 450 85 - 222

INFO@TENNERT-SOMMER-PARTNER.DE
WWW.TENNERT-SOMMER-PARTNER.DE

FRITZ TENNERT
Steuerberater

RICO SOMMER
Dipl.-Kaufmann • Steuerberater

MARTIN KIELHORN
Rechtsanwalt

MONIKA LIESKE
Dipl.-Finanzwirtin • Steuerberaterin
Angestellte nach § 58 StBerG

IHRE STEUERBERATER MIT DER SPEZIALISIERUNG AUF HEILBERUFE

Unsere Kompetenzen und Leistungen

- Praxisnahe steuerliche und wirtschaftliche Beratung
- Durchführung von buchhalterischen und lohnbuchhalterischen Arbeiten
- Abschlüsse und Steuererklärungen für alle Steuerarten
- Niederlassungs- und Existenzgründungsberatung
- Individuelle Gestaltung ärztlicher Kooperationen (z. B. BAG, MVZ)
- Betriebswirtschaftliche Beratung
- Rechtsberatung und Vertragsgestaltung rund um die Arztpraxis durch Rechtsanwalt Martin Kielhorn



Mehr Information über
unsere Kanzlei finden
Sie im Internet.

 U2 Deutsche Oper



Ab dem 1. Oktober 2018 gilt im Versorgungsbereich Berlin ein neuer Honorarverteilungsmaßstab (HVM). Wesentliche Veränderungen beziehen sich auf den Basisbemessungszeitraum, der künftig am Vorjahresquartal ausgerichtet wird, eine Fallzahlzuwachsbegrenzung und die Veränderung des Kooperationszuschlags. Nach zehn Jahren „Stillstand“ bildet der neue HVM nun wieder die aktuelle Versorgungsrealität in Berlin ab.

Seite 12

Nachrichten

„Jeder Dienst ist wichtig“ / Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht weiterentwickeln / Neue Software zur Patientensteuerung / Ab Oktober Vermittlung für probatorische Sitzungen / Valsartan-haltige Arzneimittel zurückgerufen / Studierende diskutieren mit KV-Experten 6-11

Titelthema

Nach zehn Jahren „Stillstand“ wird die aktuelle Versorgungsrealität abgebildet / Warum wurde eine HVM-Änderung notwendig? / Neuer Beitragsbemessungszeitraum: Wie es dazu kam / Der neue Maßstab in der Honorarverteilung / Wichtigstes Ziel war es, die Rechtssicherheit wiederherzustellen 12-28

Wirtschaft und Abrechnung

Ambulant und stationär: Große Unterschiede in der Vergütung / Zweiter Konnektor erhält Zulassung / Schrittmacherkontrolle: Übergangsregelung wird verlängert 30-33

Service

Sie fragen – wir antworten / Durch fachgruppenübergreifende Impfungen die Impfrate erhöhen / Genehmigung qualitätsgesicherter Leistungen: Verfahren wird angepasst / Mit der KV das Wissen auffrischen 34-38

Verschiedenes

Die „Pflege mit dem Plus“ hat sich bewährt / Wann wähle ich die 116117 und wann die 112? / Abmahnmissbrauch verhindern / Auch Jungen sollten sich gegen HPV impfen lassen / Berlin im Jahr 2017 bundesweiter Spitzenreiter 39-44

Weitere Rubriken

Amtliche Bekanntmachungen der KV Berlin A1607-1616
Termine/Veranstaltungen 55
Kleinanzeigen 56
Impressum 58

Dieser Ausgabe liegt eine bezahlte Beilage der Firma „FREY ADV GmbH“ bei.

Anzeige

MedConsult

Wirtschaftsberatung für medizinische Berufe

Praxisverkauf

- Praxiswertermittlung
- Kauf- und Mietvertragsabwicklung
- Vermittlung von Kaufinteressenten
- Unterstützung bei Vertrags-
Arztsitzauschreibungen

Praxiskauf

- Niederlassungsberatung
- Finanzierungsvermittlung
- Versicherungen

Praxis Kooperation

- Job-Sharing Partnerschaften
- MVZ-Konzepte

Burkhardt Otto
Olaf Steingraber
Volker Schorling

FAB
Investitionsberatung

MedConsult
Wirtschaftsberatung für
medizinische Berufe oHG
Giesebrechtstraße 6 • 10629 Berlin
Tel.: 213 90 95 • Fax: 213 94 94
E-mail: info@fab-invest.de

Neue Bereitschaftsdienstordnung „Jeder Dienst ist wichtig“

Nach zwölf Jahren wird die Bereitschaftsdienstordnung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, bedingt durch die Neuordnung der ambulanten Notfallversorgung in Berlin, zum 1. Juli 2018 angepasst. Auf der Vertreterversammlung (VV) der KV Berlin am 21. Juni wurden die wichtigsten Änderungen vorgestellt.

Beim Thema ambulante Notfallversorgung herrschte in den vergangenen Monaten viel Bewegung. Die zweite KV-Notdienstpraxis eröffnete im April am Jüdischen Krankenhaus in Berlin-Wedding, die bundesweit einheitliche Bereitschaftsdienstnummer 116117 hat die alte Nummer 310031 abgelöst und der Vorstand sowie die Vertreterversammlung der KV Berlin arbeiten kontinuierlich an der Weiterentwicklung einer intelligenten KV-Leitstelle und der Reorganisation des fahrenden Ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Die Frage dahinter: Wie können Patienten besser gesteuert werden, um eine schnelle, effiziente Versorgung zu gewährleisten und damit auch die Rettungsstellen zu entlasten?

Gleichwertige Dienstarten

Der Bereitschaftsdienst mit den verschiedenen Dienstarten – fahrender Dienst, beratende Ärzte in der Leitstelle, Hausbesuchsdienst – spielt dabei eine zentrale Rolle. Um den geplanten Reformen Rechnung zu tragen, hat der KV-Vorstand gemeinsam mit der Bereitschaftsdienstkommission den Beschluss zur Änderung der Bereitschaftsdienstordnung vorbereitet. Dem Beschluss zur Änderung haben die VV-Mitglieder am 21. Juni mehrheitlich zugestimmt.

Eine zentrale Änderung ist die gleichgestellte Wertung der Dienstarten. „Die Attraktivität aller Dienste ist für uns wichtig“, erklärte KV-Vize Dr. Burkhard Ruppert. „Wir brauchen die Kollegen auch für die weiteren noch kommenden KV-Notdienstpraxen.“ Die Vergütung der Dienste soll daher laut neuer Dienstordnung in möglichst gleicher Höhe erfolgen. Wie das in der Praxis konkret aussehen soll, wird noch diskutiert wer-

den. Im entsprechenden angepassten Paragraph 1 Absatz 7 heißt es dazu unter anderem: „Neben einer Abrechnung als EBM-Leistung kommt ein Stundenhonorar oder eine Aufwandspauschale in Betracht, deren Höhe vom Vorstand festzulegen ist. Zur Gewährleistung des Sicherstellungsauftrags können befristete Zuschläge vom Vorstand festgelegt werden.“

Ziel: keine verpflichtenden Dienste

Dr. Wolfgang Kreischer von der Liste des Deutschen Hausärzterverbands gab im Rahmen der VV gegenüber dem KV-Vorstand zur Gleichwertigkeit der Dienstarten zu bedenken: „Der fahrende und der sitzende beratende Dienst ist nicht das gleiche, eine Novellierung hierzu werden Sie nicht schaffen.“ Warum aber genau das wichtig ist? Durch die Gleichstellung sollen für jede Dienstart ausreichend teilnehmende Ärzte gewonnen und damit eine Dienstverpflichtung verhindert werden. „Formal besteht die Dienstverpflichtung zur Teilnahme

CGM ALBIS.YOU

MONATLICH NUR 44 €*

Überzeugen auch Sie sich von **CGM ALBIS.YOU** und wechseln Sie ganz ohne Risiko zur neuen Software-Generation:

- keine zusätzlichen Softwarepflegegebühren
- keine Mindestvertragslaufzeit
- keine Mehrkosten zur Nutzung an weiteren Arbeitsplätzen

Sichere mobile Datenerfassung per Smartphone-/Tablettastatur oder Spracheingabe:

- Erfassen von Befunden, Anamnesen, Leistungen & Diagnosen
- Ergänzen von Fotos aus Smartphone/Tablet
- sichere Datenspeicherung auf Praxisserver

Ihr persönlicher Ansprechpartner:

Herr Uwe Henning: 030 8099 7149

CGM ALBIS.MOBILE

JETZT KOSTENLOS IN DEN STORES LADEN UND TESTEN:



✓ SYMPATHISCH
✓ FAIR UND ZUVERLÄSSIG
✓ ERFOLGREICH

DOS GmbH



Seit 1979

Erbacher Str. 3a
14193 Berlin-Grunewald
T 030 8099 710
F 030 8099 7130
info@dos-gmbh.de
www.dos-gmbh.de

EIN PARTNER VON

CGM ALBIS

Arztinformationssystem



Foto: KV Berlin / Christof Rieken

Neben dem fahrenden Bereitschaftsdienst gibt es auch die beratenden Ärzte in der Leitstelle und den Hausbesuchsdienst. In der neuen Bereitschaftsdienstordnung nimmt die Gleichstellung aller Dienstarten eine zentrale Rolle ein.

am Bereitschaftsdienst auch in Berlin“, so Peter Pfeiffer, Hauptabteilungsleiter der Abteilung Sicherstellung bei der KV Berlin. „Dies ist im Bereich der KV Berlin aber aktuell nicht notwendig und so soll es auch bleiben.“

Die neue Bereitschaftsdienstordnung soll außerdem die Verlässlichkeit der Dienstplanung stärken. Kann der ursprünglich eingeteilte Arzt den Dienst aufgrund von Krankheit nicht wahrnehmen, sollte er sich bis 72 Stunden vor Dienstbeginn krankmelden. Andernfalls, wenn die Krankmeldung erst innerhalb der 72-Stundenfrist vor Dienstbeginn gemeldet wird und der Arzt keinen Vertreter benennen kann, muss er eine Strafe in Höhe von 450 Euro zahlen. Dieser Betrag wird dann auf das Honorar des von der KV Berlin gestellten

Vertreters aufgeschlagen. Erfolgt die Krankmeldung mindestens 72 Stunden vor Dienstbeginn, muss keine Strafe gezahlt werden.

Auch die KV-eigenen Notdienstpraxen wurden in die neue Ordnung aufgenommen. Nicht nur die dort arbeitenden Ärzte, sondern auch das nichtärztliche Fachpersonal wird durch die KV Berlin gestellt und finanziert.

Regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen

Ein weiterer angepasster Abschnitt der Ordnung befasst sich mit den Teilnahmevoraussetzungen (Paragraf 5 Absatz 1). Der am Bereitschaftsdienst teilnehmende Arzt muss regelmäßig an Fortbildungen mit notspezifischen Inhalten, insbesondere zur Reanimati-

on, teilnehmen. Alle zwei Jahre muss er dafür zehn Fortbildungspunkte nachweisen. Für den fahrenden Ärztlichen Bereitschaftsdienst bleibt die Teilnahme an einem Einführungskurs Voraussetzung zur Teilnahme. Zusätzlich wird die Möglichkeit, die Fortbildungen auch außerhalb der KV-organisierten Qualitätssicherungskurse durchzuführen, gestärkt. „Hier ist der Vorstand dem Wunsch der Bereitschaftsdienstkommission gefolgt, der hohen Bedeutung für Qualitätsmaßnahmen weiterhin Rechnung zu tragen“, so Ruppert.

Die vollständige Bereitschaftsdienstordnung zum Nachlesen: www.kvberlin.de > Für die Praxis > Verträge und Recht > Rechtsquellen > Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Sachverständigengutachten

Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht weiterentwickeln

Wie können die Mittel, die in Deutschland für das Gesundheitswesen aufgebracht werden, so eingesetzt werden, dass das Wohl der Patienten bedarfsgerecht und in hoher Qualität erreicht wird? Dies war die Frage, mit der sich der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem neuen Gutachten befasst hat.

Alle zwei Jahre veröffentlicht der Sachverständigenrat ein solches Gutachten, um Möglichkeiten zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen. Das aktuelle Gutachten zur bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung wurde Anfang Juli veröffentlicht und dem Bundesministerium für Gesundheit überreicht. Zentrale Punkte sind die sektorenübergreifende Versorgung, Steuerung der Patientenwege in der Notfallversorgung, Krankenhausfinanzierung sowie die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Maßnahmen gegen Fehlversorgung

„Unsere Analysen der vorhandenen Angebote und der konkreten Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Leistungen lassen erkennen:

Trotz vielfältiger Reformgesetze gibt es weiterhin – nebeneinander – Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem“, so der Vorsitzende des Sachverständigenrats, Prof. Ferdinand Gerlach. „Wir empfehlen, hier mit einem Bündel von Maßnahmen gegenzusteuern. Oberstes Ziel muss dabei das Wohl der Patienten sein: nicht nur der gegenwärtigen, sondern auch der zukünftigen.“ Die zur Verfügung stehenden Mittel müssten dafür gezielt und nachhaltig eingesetzt werden.

Gezielte Patientensteuerung

Um dies zu erreichen, macht der Rat zahlreiche Steuerungsvorschläge insbesondere für das zukünftige Angebot von Kliniken und Praxen und für die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Patienten. Es gehe dabei nicht notwendig um ein Mehr an Angeboten, sondern um eine gezieltere Steuerung der Patienten, sagte Gerlach. Die Selbstbestimmung des Patienten müsse geachtet und gefördert werden. „Die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Versicherten ist deshalb eine wichtige Forderung des Rates.“ Patienten müssten besser durch das komplexe Gesundheitssystem gelotst werden. Diese

Rolle sollten laut Sachverständigenrat entsprechend qualifizierte Hausärzte übernehmen.

Zur Neuorganisation der Notfallversorgung empfiehlt der Rat die Zusammenführung bisher getrennter Zuständigkeiten mit telefonisch einfach erreichbaren Integrierten Leitstellen (ILS) und Integrierten Notfallzentren (INZ), in denen niedergelassene Ärzte und Klinikärzte unter einem Dach zusammenarbeiten und Patienten im Notfall rund um die Uhr mit hoher Qualität versorgen.

Zusammenarbeit von Kliniken und Praxen

Zukünftig wird eine deutliche Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit von Kliniken und Praxen gefordert: Ambulante und stationäre Planung sollen aus einer Hand und inhaltlich besser aufeinander abgestimmt erfolgen sowie sich stärker an konkret erforderlichen Leistungen als – wie bisher – an der Fortschreibung von Kapazitäten orientieren. Bei der Honorierung sollte, unabhängig vom Ort der Leistungserbringung, ambulant wie stationär das Grundprinzip des gleichen Preises für gleiche Leistung gelten.

svr/vel

Am 26. September 2018 stellt der Sachverständigenrat das aktuelle Gutachten im Rahmen eines Symposiums in Berlin vor. Der Rat wird die Themen und Vorschläge des Gutachtens mit dem Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn sowie mit hochrangigen Vertretern aus der Selbstverwaltung und Fachöffentlichkeit diskutieren. Die Veranstaltung findet von 11 bis 16 Uhr statt, der Veranstaltungsort wird noch bekannt gegeben.

Das vollständige Gutachten, eine Kurzfassung und die Möglichkeit der Anmeldung zum Symposium gibt es unter www.svr-gesundheit.de.

Evaluationsprojekt

Neue Software zur Patientensteuerung

Wohin soll ich gehen, wenn ich akute Beschwerden habe? Vor dieser Frage stehen Patienten, wenn sie ärztliche Hilfe benötigen. Eine Software zur Triagierung soll dabei helfen, Patienten an die richtige Stelle zu vermitteln. Die Software wird ab nächstem Jahr erprobt.

Anhand der Software mit dem Namen SmED (Strukturiertes medizinisches Ersteinschätzungsverfahren für Deutschland) werden dem Patienten Fragen gestellt und seine Beschwerden eingeschätzt. Sie dient zur Unterstützung und kann überall dort eingesetzt werden, wo hilfesuchende Patienten vorstellig werden, auch in Bereitschaftspraxen. Vorbild ist ein Schweizer System, mit dem die Ersteinschätzung von Patienten bereits seit Jahren vorgenommen wird.

„SmED ist ein wichtiger Baustein im Programm der Kassenärztlichen Vereinigungen, um den Patienten mit der Nummer 116117 rund um die Uhr eine Anlaufstelle bei akuten Beschwerden zu bieten“, so Dr. Stephan Hofmeister,

stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). „Das standardisierte Verfahren ermöglicht eine sichere Empfehlung, wer tatsächlich die Notaufnahme eines Krankenhauses aufsuchen muss. Die übrigen ratsuchenden Patienten sollen möglichst direkt dorthin vermittelt werden, wo ihnen am besten geholfen werden kann.“ Dies könne auch eine telefonische ärztliche Beratung sein. Damit werden die Krankenhäuser und Bereitschaftspraxen von unechten Notfällen entlastet. „Neben der Einordnung der Beschwerden bietet SmED auch eine Dokumentation für die anschließende Behandlung“, ergänzt Dr. Dominik von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi).

Für die Anwendung in Deutschland haben das Zi, das aQua-Institut und die Schweizer in4medicine AG bereits eine erste SmED-Version erstellt. Für die laufende Weiterentwicklung, die Qualitätssicherung und die Evaluation sowie für die Bereitstellung der Software in

Deutschland wurde ein mehrjähriger Kooperationsvertrag zwischen Zi, aQua und in4medicine geschlossen. Zur Anpassung und Weiterentwicklung hat das Zi einen medizinischen Beirat eingerichtet. Dort sind nicht nur niedergelassene Haus- und Fachärzte, sondern durch den Marburger Bund und die Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) auch im Krankenhaus tätige Ärzte vertreten.

SmED wird ab dem ersten Quartal 2019 im Alltagseinsatz auf dem Gebiet von elf Kassenärztlichen Vereinigungen evaluiert und kontinuierlich verbessert. Der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) fördert ein Evaluationsprojekt unter Leitung des aQua-Instituts. SmED wird über das Zi darüber hinaus allen Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung stehen, die die Anwendung in ihren Telefonvermittlungszentralen und in den Bereitschaftspraxen einsetzen können. Auch Krankenhäuser können die Software lizenzieren.

kbv/zi

Anzeige

**KV-Service-Center und
betriebswirtschaftliche
Beratung**

(030) 310 03-999

Service-Center@kvberlin.de

Mo, Di, Do 8.30-17 Uhr

Mi, Fr 8.30-15 Uhr

Service-Center@kvberlin.de

MEYER-KÖRING

Anwaltstradition seit 1906

Starke Wurzeln.

Frische Köpfe.



**MEDIZINRECHT
IM BLUT**

MEYER-KÖRING
Rechtsanwälte | Steuerberater
Partnerschaftsgesellschaft mbB
Bonn | Berlin

Schumannstraße 18, 10117 Berlin
Tel.: 030 206298-6
Fax: 030 206298-89
berlin@meyer-koering.de
www.meyer-koering.de

In Kürze

Immer mehr Online-Abrechner bei der KV Berlin

Zum zweiten Quartal 2018 hat die Zahl der Online-Abrechner um sieben Prozent auf 5.324 zugenommen. Im Namen aller Mitglieder bedanken wir uns dafür, dass der KV Berlin damit inzwischen 85 Prozent aller Abrechnungen online zugehen. Sie ermöglichen dadurch eine ressourcenschonende Verarbeitung der Quartalsabrechnung und bleiben bei dem niedrigeren Verwaltungskostensatz. Seit dem zweiten Quartal 2018 müssen Praxen, die ihre Abrechnungsdaten noch auf Datenträger oder Papier abgeben, einen 25 Prozent höheren Verwaltungskostenanteil als Online-Abrechner zahlen, um den damit verbundenen höheren Verwaltungsaufwand zu kompensieren.

Im Rahmen zweier großer Faxaktionen an 3.280 Mitglieder und mehrerer Informationen unter anderem im KV-Blatt haben wir Sie außerdem informiert, dass eine Umstellung auf das Verfahren mit Yubikey aus Sicherheitsgründen unbedingt notwendig ist. Eine Abgabe der Online-Abrechnung ohne Yubikey ist für 2.200 Nutzer ab sofort nicht mehr möglich. Eine Anleitung zur Umstellung finden Sie in der Juniausgabe des KV-Blatts.

Öffentlicher Gesundheitsdienst soll attraktiver werden

Der Berliner Senat will dem Mangel an Fachkräften im Öffentlichen Gesundheitsdienst, aber auch bei der Feuerwehr und Polizei, entgegenwirken. Der Öffentliche Gesundheitsdienst soll um etwa 400 Stellen, darunter fast 100 Ärzte, aufgestockt werden. Die Bezirke sollen unter bestimmten Bedingungen mit Fachärzten Sonderarbeitsverträge mit einem außertariflichen Entgelt anbieten können. Die Einzelfallentscheidungen müssen die Bezirke schriftlich dokumentieren. Die Regelung ist bis Ende 2020 befristet.

vel/ort

Psychotherapeutische Versorgung

Ab Oktober Vermittlung für probatorische Sitzungen

Die Terminservicestellen müssen ab dem 1. Oktober 2018 auch Termine für probatorische Sitzungen bei Psychotherapeuten vermitteln, wenn eine zeitnahe Behandlung erforderlich ist.

Bisher vermitteln die Terminservicestellen zu einem Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde und gegebenenfalls zur Akutbehandlung. Die Vermittlung von probatorischen Sitzungen findet aktuell nicht statt, worauf der GKV-Spitzenverband allerdings gedrängt und sich damit gegen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gestellt hat.

Im November 2017 entschied das Bundesschiedsamt im Sinne des GKV-Spitzenverbands und nahm die Vermittlung von probatorischen Sitzungen in die Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Facharztterminen mit auf. Die KBV legte gegen diese Entscheidung Klage ein. Da die Klage keine aufschiebende Wirkung hat, wurde die Klage mit einem Antrag verbunden, die aufschiebende

Wirkung durch das Gericht anzuordnen. Im Juni 2018 entschied jetzt das Landesozialgericht, dem Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage nicht stattzugeben. Das bedeutet, dass die Terminservicestellen trotz der noch anhängenden Klage dazu verpflichtet sind, ab dem 1. Oktober auch probatorische Sitzungen zu vermitteln.

Was bedeutet das für die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten?

Die KV Berlin benötigt dringend noch vor Oktober Terminmeldungen. Aktuell wird an der Umsetzung eines an den neuen Vorgaben angepassten Meldebogens für Psychotherapeuten gearbeitet. Auch das Formblatt PTV 11 „Individuelle Patienteninformation zur ambulanten Psychotherapeutischen Sprechstunde“ wird überarbeitet. Den Meldebogen für die Terminvermittlung sowie weitere ausführliche Informationen zum Vermittlungsablauf werden wir in der September-Ausgabe des KV-Blatts aufgreifen.

vel

Verunreinigte Medikamente

Valsartan-haltige Arzneimittel zurückgerufen

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) informierte über einen chargenbezogenen Rückruf Valsartan-haltiger Arzneimittel, deren Wirkstoff von dem chinesischen Hersteller Zhejiang Huahai Pharmaceutical produziert wurde. Grund für den Rückruf ist eine Verunreinigung mit

N-Nitrosodimethylamin. N-Nitrosodimethylamin ist von der Internationalen Agentur für Krebsforschung der WHO und der EU als wahrscheinlich krebserregend beim Menschen eingestuft. Laut BfArM liegen noch keine Erkenntnisse darüber vor, ob und in welchen Konzentrationen die Verunreinigung in

den hieraus hergestellten Arzneimitteln enthalten ist. Es handelt sich um einen vorsorglichen Rückruf. Die Apotheken wurden über ihre Arzneimittelkommission informiert und mussten die betroffene Ware aus ihrem Warenlager nehmen. Derzeit nicht von einem Rück-

ruf betroffen sind die Valsartan-haltigen Arzneimittel der Anbieter Aurobindo, Mylan Dura, Novartis und TAD Pharma (Stand: 12. Juli 2018).

Es besteht keine Möglichkeit, dass Patienten ihr bisheriges Valsartan-Pro-

dukt in den Apotheken „umtauschen“, daher ist die Ausstellung eines neuen Kassenrezeptes zulässig. Ärzte können auf dem neuen Rezept einen Hinweis wie „Verordnung wegen aktuellem Arzneimittelrückruf“ vermerken, dafür besteht jedoch keine Pflicht.

Besuch aus Hessen

Studierende diskutieren mit KV-Experten



Besuch aus Hessen bei der KV Berlin: Von der Hochschule Fulda kamen die rund 30 Studierenden der Studiengänge Sozialrecht und Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik. Nach dem gemeinsamen Vortrag des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden Dr.

Burkhard Ruppert und des Hauptabteilungsleiters für Bedarfsplanung und Zulassung, Dr. Sebastian Schwintek, zur Situation der Versorgung mit Kinder- und Jugendärzten in Berlin, fand eine rege Diskussion statt. Anhand der geschilderten Herausforderungen und

Umsetzungsfragen der Bedarfsplanung für Berlin hätten die Studierenden ein besseres Verständnis der Bedarfsplanung bekommen, bedankte sich Prof. Anne Schäfer (erste Reihe, 3. von links) bei der KV Berlin.

vel

Honorarverteilungsmaßstab ändert sich zum 1. Oktober 2018

Nach zehn Jahren „Stillstand“ wird die

Ab dem 1. Oktober 2018 gilt im Versorgungsbereich Berlin ein neuer Honorarverteilungsmaßstab (HVM). Darauf haben sich die Mitglieder der Vertreterversammlung in ihrer Sitzung am 21. Juni mehrheitlich geeinigt. Wesentliche Veränderungen beziehen sich auf den Basisbemessungszeitraum, der künftig am Vorjahresquartal ausgerichtet wird, eine Fallzahlwachstumsbegrenzung und die Veränderung des Kooperationszuschlags.

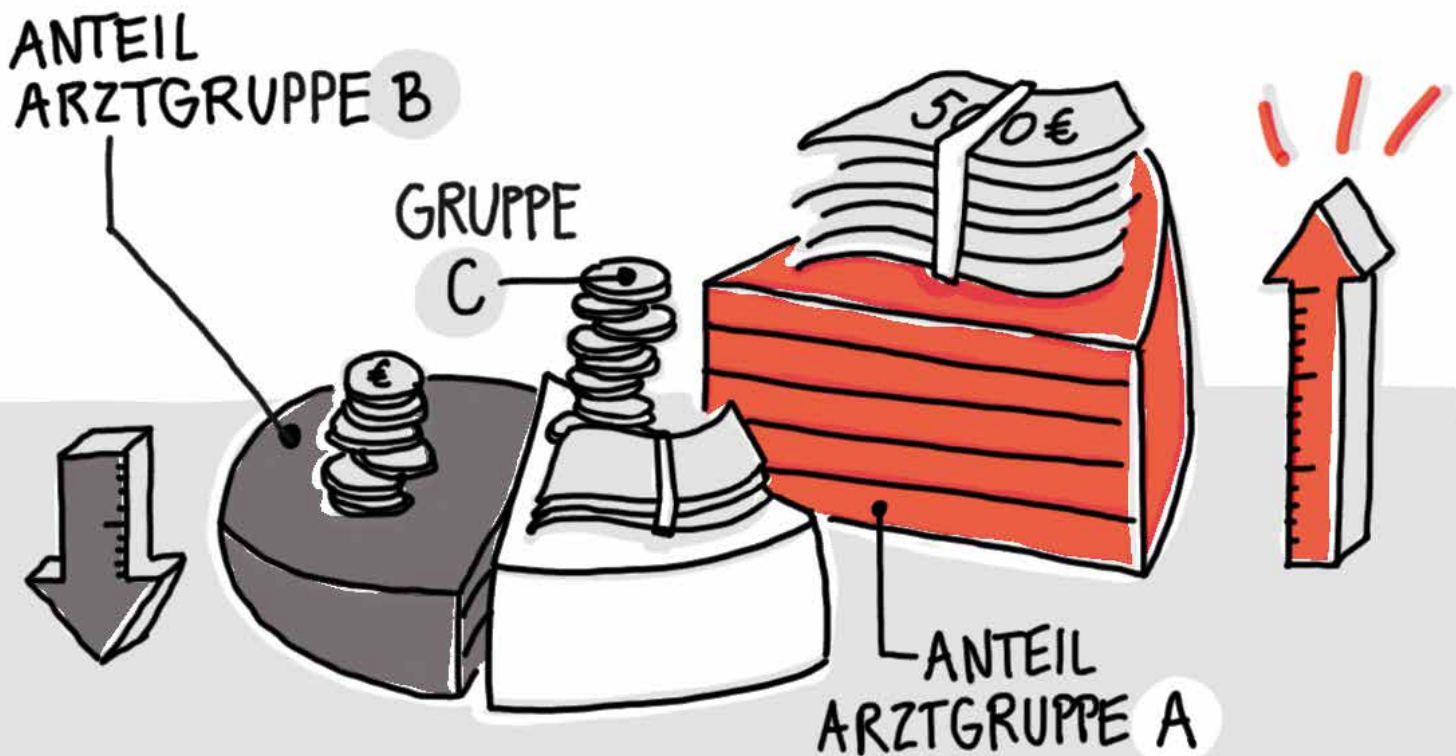
Der neue Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin hat es sich nach seinem Amtsantritt zur Aufgabe gemacht hat, transparent zu arbeiten

und zu kommunizieren. Dies spiegelt sich auch in der Titelgeschichte dieses KV-Blatts wider, die umfassende Informationen rund um die Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) beinhaltet. In diesem Einleitungstext geht es um eine erste Darstellung der Hintergründe sowie eine Übersicht der beschlossenen HVM-Veränderungen. In weiteren vertiefenden Texten werden die Anpassungen näher beleuchtet. Auf den folgenden Seiten finden Sie eine juristische Einschätzung durch die Rechtsabteilung der KV Berlin, warum der HVM nicht mehr am Jahr 2008 ausgerichtet werden kann. Des Weiteren lesen Sie ein Interview mit den drei Vorstandsmitglie-

dern Dr. Margret Stennes, Dr. Burkhard Ruppert und Günter Scherer sowie einen detaillierten Text aus der Abteilung Abrechnung und Honorar. Novum in der bisherigen Kommunikation der KV Berlin ist die Zusammenarbeit mit einer Sketchnoterin. Die entstandene Illustration auf den Seiten 16 bis 18 versucht sich an einer grafischen Darstellung dieses komplexen Themas.

Warum ist eine HVM-Änderung notwendig geworden?

Eine Änderung des HVM ist notwendig geworden, weil die derzeitige Honorarverteilung bisher an



aktuelle Versorgungsrealität abgebildet

mittlerweile zehn Jahre alten Zahlen – nämlich am Jahr 2008 – ausgerichtet wurde und damit nicht die aktuelle ambulante Versorgungslandschaft abbildet. Dass eine solche Vorgehensweise heute nicht mehr rechtssicher ist, musste der neugewählte Vorstand bereits zeitnah nach seinem Amtsantritt feststellen. Eine endgültige Bestätigung, dass ein „weiter so“ nicht mehr funktionieren kann, erhielt der KV-Vorstand durch das im Mai gefällte Urteil des Sozialgerichts Berlins. Die Richter hatten entschieden, dass die KV Berlin das bisherige Berechnungsverfahren für die Regelleistungsvolumina (RLV) ändern muss. Der bisherige Verteilungsmaßstab, so das Gericht, steht nicht im Einklang mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die Ermittlung der aktuellen Honorarverteilung ist rechtswidrig, Versäumnisse aus der Vergangenheit müssen richtiggestellt werden.

Zu diesem Zeitpunkt steckte die KV Berlin bereits seit einigen Monaten in einem umfangreichen Aufarbeitungsprozess des bestehenden HVM – mit dem Ziel, die Honorarverteilung rechtssicherer zu gestalten. In Zusammenarbeit bzw. Abstimmung mit dem Honorarverteilungsausschuss und den Beratenden Fachausschüssen der Vertreterversammlung (VV) sowie nach zahlreichen Gesprächen mit verschiedenen Berufsverbänden wurden notwendige Vorschläge erarbeitet und diese am 21. Juni in der VV vorgestellt. Am Ende der Debatte, die konstruktiv geführt wurde, haben die VV-Mitglieder die vorgeschlagenen HVM-Änderungen mehrheitlich beschlossen, sodass der neue HVM zum 1. Oktober 2018 in Kraft treten kann.

Basisbemessungszeitraum orientiert sich künftig am Vorjahresquartal

Eine entscheidende Veränderung des HVM ist der neue Basisbemessungszeitraum. Bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV) und des Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens (QZV) wird anhand des Leistungsbedarfs der jeweiligen Arztgruppe je RLV, QZV und Besonderem Verteilungsvolumen (BVV) der Anteil am RLV-Verteilungsvolumen ermittelt. Der hierfür maßgebliche Basisbemessungszeitraum war bisher das jeweilige Quartal aus dem Jahr 2008. Dieser alte Zeitraum bildet gemäß der Rechtsprechung nicht mehr den aktuellen tatsächlichen Leistungsbedarf ab. Deshalb wird ab dem 1. Oktober 2018 die Verteilung an den aktuellen Zahlen des Vorjahresquartals bemessen – also das 4. Quartal 2017 und so weiter. Somit bleibt die Verteilung der Vergütung auch zukünftig dynamisch. Ebenfalls wichtig: Der Vergütungsanteil wird an die aktuelle Erbringung medizinischer Leistungen der Berliner Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten angepasst.

Was hat den Leistungsbedarf in den vergangenen Jahren verändert?

In vielen Berliner Praxen ist die Versorgungsrealität heute eine andere als vor zehn Jahren. Viele Ärzte stehen vor dem Problem, dass sie immer mehr Patienten behandeln müssen. Das bedeutet eine Zunahme des Tätigkeitsumfangs und der RLV-/QZV-Behandlungsfälle. Aber es gibt auch Praxen, in denen zum Beispiel durch Teilzeit der Tätigkeitsumfang und die Behandlungsfälle abgenommen haben. Hinzu

kommen Änderungen in der Leistungsberechnung – auch bedingt durch den technischen Fortschritt – sowie die Tatsache, dass es heute Leistungen und auch Fachgruppen gibt, die 2008 noch nicht vorhanden waren.

An dieser Stelle sollte der „Honorar topf“ erwähnt werden, der von den Krankenkassen gefüllt wird. Da das Budget gedeckelt ist und für den Versorgungsbereich Berlin auch nach der Veränderung des HVM nicht mehr Geld als bisher zur Verfügung stehen wird, muss die Vergütung zwischen den Arztgruppen – entsprechend der aktuellen Versorgungsrealität – angepasst werden. Dabei kann es passieren, dass Arztgruppen aufgrund des neuen Verteilungsmaßstabs einen geringeren Vergütungsanteil als bisher erhalten.

Um mögliche negative Veränderungen in einzelnen Arztgruppen abzufedern, soll der neue HVM nicht „von einem Tag auf den anderen“ umgesetzt werden. Hierzu wird eine Übergangsphase (= Konvergenzphase) von drei Jahren eingeführt. Arztgruppen, die durch die neue Verteilung einen größeren Vergütungsanteil als bisher erhalten, werden ab dem 1. Oktober 2018 über zwei Jahre reduzierte Zuteilungen bekommen. Im Gegenzug verlieren Arztgruppen, die durch die neue Verteilung weniger Vergütung erhalten, in den ersten zwei Jahren weniger stark. Erst ab dem dritten Jahr (ab dem 4. Quartal 2020) wirken die Veränderungen zu 100 Prozent.

Fallzahlzuwachsbegrenzung und Härtefallregelung werden eingeführt

Die Umstellung des Basisbemessungszeitraums auf das Vorjahres-



Fortsetzung von Seite 13

quartal könnte dazu führen, dass ein Anreiz für eine übermäßige Ausdehnung der Praxistätigkeit entstehen kann. Um einer solchen vorzubeugen, aber gleichermaßen auch Fallzahl-schwankungen entgegenzuwirken, wird ab dem 4. Quartal 2019 (mit Bezug auf das 4. Quartal 2018) eine Fallzahlzuwachsbeschränkung eingeführt. Hierbei ebenfalls wichtig ist eine neue Härtefallregelung: Verringert sich ab dem 4. Quartal 2019 sowohl das Gesamthonorar als auch das Honorar je Fall einer Arztpraxis um mehr als 15 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal (durch Krank-

heit oder andere Gründe), kann der Vorstand der KV Berlin im Einzelfall auf Antrag eine Ausgleichszahlung an die Praxis gewähren.

Kooperationszuschlag und Job-Sharing

Der Kooperationszuschlag wird bei der RLV-Berechnung mit Wirkung zum 4. Quartal 2018 von maximal 40 Prozent auf maximal 35 Prozent abgesenkt. Ab dem 1. Oktober 2019 erfolgt eine weitere Absenkung auf maximal 30 Prozent. Bei der Ermittlung des Kooperationsgrades werden im

Rahmen des Job-Sharing tätige Ärzte nicht berücksichtigt. Warum? Beim Job-Sharing soll der Junior den Senior in der Praxis unterstützen oder entlasten. Mit dieser Arbeitsplatzteilung liegt keine gebildete Versorgungsform zur kooperativen Behandlung von Patienten vor.

Den von der Vertreterversammlung beschlossenen HVM finden Sie in seiner vollständigen Fassung auf der Homepage der KV Berlin. Der HVM wurde zur besseren Verständlichkeit auch redaktionell überarbeitet.

arn

Eine Einschätzung aus juristischer Sicht

Warum wurde eine Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs notwendig?

In der KV Berlin hatte sich bereits seit einiger Zeit abgezeichnet, dass der geltende Honorarverteilungsmaßstab nicht mehr rechtssicher ist – zum einen durch die Zunahme der Gerichtsverfahren in Bezug auf Honorarbescheide und zum anderen auch durch hohe Anforderungen des Bundessozialgerichts hinsichtlich der Bemessung von „Fachgruppentöpfen“.

Den Grund für die endgültige Entscheidung, den HVM zu ändern, gab ein kürzlich ergangenes Urteil des Sozialgerichts Berlin. In diesem wurde ausgeführt, dass die KV das Berechnungsverfahren für die Regelleistungsvolumina (RLV) ändern muss.

Worum ging es genau? Das Sozialgericht Berlin hatte in einem Rechtsstreit bezüglich der Höhe eines Regelleistungsvolumens (RLV) für das erste Quartal 2015 entschieden, dass die Berechnung des RLV/QZV rechtswidrig war. Die Klägerin, eine Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, hatte sich gegen die Höhe des RLV-Fallwertes gewandt. Insbesondere die Zugrundelegung des Jahres 2008 als Basisjahr für die Ermittlung des RLV-Verteilungsvolumens sei nicht mehr akzeptabel. Das Sozialgericht hatte der Klage stattgegeben und dies damit begründet, dass die zugrunde liegenden Bestimmungen des HVM für die Berechnung des RLV-Fallwertes teilweise rechtswidrig seien. Es sei nicht gerechtfertigt, bei der Bildung des

RLV-Verteilungsvolumens der Arztgruppe (immer noch) Werte aus 2008 heranzuziehen, heißt es in der Urteilsbegründung. Da die entsprechenden Vorgaben des Bewertungsausschusses im Jahr 2015 keine Gültigkeit mehr gehabt hätten, stelle sich das Vorgehen der KV Berlin als vollständiger Ermessensausfall dar.

Zur Erinnerung: Der arztgruppenspezifische RLV-Fallwert ergibt sich aus der Division des RLV-Verteilungsvolumens – also des für eine Arztgruppe zur Verfügung stehenden Euro-Betrages – durch die Fallzahl der Arztgruppe aus dem Vorjahresquartal. Dieses RLV-Verteilungsvolumen wiederum wird unter Berücksichtigung des Leistungsbedarfs der Arztgruppe aus dem Jahr 2008 gebildet. Die Heranzie-

hung von Werten aus dem Jahr 2008 für die Bildung des RLV-Verteilungsvolumens hat das Sozialgericht nun gerügt.

Das Gericht hat sich hierbei auf ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) aus dem Jahr 2007 bezogen. Das BSG hatte entschieden, dass bei der Bemessung von Fachgruppentöpfen ein Rückgriff auf die Abrechnungsvolumina länger zurückliegender Jahre nur dann zulässig sei, wenn „das Leistungs- und Abrechnungsverhalten der Vertragsärzte damals mehr als später den tatsächlichen medizinischen Bedarf“ widerspiegeln. Daran fehlte es aber nach Auffassung des Sozialgerichts Berlin in dem nun entschiedenen Fall,

da sich der medizinische Versorgungsbedarf bei der Fachgruppe der Klägerin seit dem Jahr 2008 deutlich verändert habe. Folglich müsse die KV „eine neue – rechtmäßige – Aufteilungsvorschrift für das hier streitgegenständliche Quartal“ schaffen.



Vor dem Hintergrund dieses Urteils muss die KV Berlin das im HVM geregelte Verfahren zur Berechnung

der RLV-Fallwerte ändern. Es ist zu vermuten, dass, wenn das Sozialgericht schon für das Jahr 2015 eine Heranziehung von Werten des Jahres 2008 als unzulässig verwirft, dies auch für spätere Zeiträume erst recht gelten muss, jedenfalls soweit sich der Leistungsbedarf verändert hat. Der KV bleibt daher keine andere Möglichkeit, als einen näheren Basiszeitraum zugrunde zu legen. Aus Gründen der Rechtssicherheit wird dies zukünftig kein statischer Zeitraum mehr sein, sondern das jeweilige Vorjahr. Also findet eine regelmäßige Aktualisierung der Berechnungsbasis für das RLV-Verteilungsvolumen statt.

kv berlin

Anzeige

BUSSE & MIESSEN

Uwe Scholz

Fachanwalt für Medizin- und Arbeitsrecht

Sebastian Menke, LL.M.

Fachanwalt für Arbeitsrecht

Dr. jur. Ronny Hildebrandt

Fachanwalt für Medizinrecht

Dr. jur. Stephan Südhoff

Rechtsanwalt und Notar

Kontakt Berlin

Rankestraße 8
10789 Berlin
Telefon (030) 226 336-0
Telefax (030) 226 336-50
berlin@busse-miessen.de



Uwe Scholz



Sebastian Menke, LL.M.



Dr. jur. Ronny Hildebrandt



Dr. jur. Stephan Südhoff

RECHTSANWÄLTE

Wir beraten und vertreten Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren unter anderem zu folgenden Themen:

- Niederlassung, Praxiskauf/-abgabe, BAG-/MVZ-Gründung
- Zulassungs- und Ausschreibungsverfahren
- Gestaltung von Gesellschafts- und Kooperationsverträgen sowie von Anstellungsverträgen
- Selektivverträge, ASV
- Honorar, RLV/QZV, Rückforderungen und Regresse
- Qualitäts-, Plausibilitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- Disziplinarverfahren, Berufsrecht
- Individuelles und kollektives Arbeitsrecht
- Gesellschaftsrecht, Grundstücksrecht und Erbrecht
- General- und Vorsorgevollmachten

Neuer Beitragsbemessungszeitraum: Wie es dazu kam



Frau Paulsen und Herr Hansen sind Vertragsärzte in Berlin. Ihr Praxisalltag hat sich innerhalb der letzten zehn Jahre stark verändert.



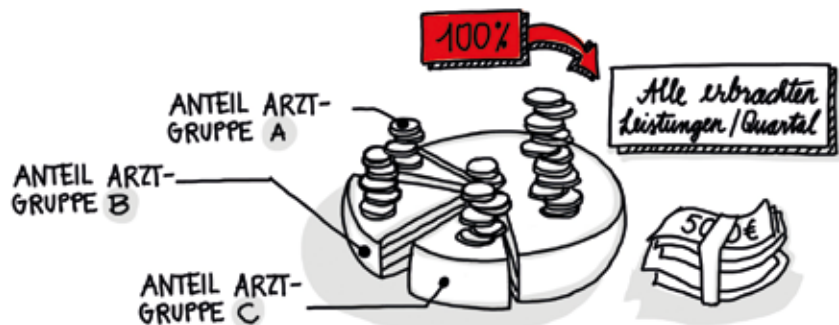
In den letzten zehn Jahren hat die Medizin große Sprünge gemacht.



Ihr Honorar bekommen die beiden von der Kassenärztlichen Vereinigung. Die KV bekommt von den Krankenkassen ein festes Budget, mit dem die Leistungen der Ärzte honoriert werden. Die Krux dabei: Aus diesem Budget müssen alle erbrachten Leistungen vergütet werden.

Aufgabe der KV ist es, das zur Verfügung stehende Budget zwischen den Arztgruppen zu verteilen. Wie macht sie das? Als Verteilungsschlüssel nimmt sie den sogenannten Leistungsbedarf. Der Leistungsbedarf einer Arztgruppe =

$$\frac{\sum \text{der Leistungen einer Arztgruppe}}{\sum \text{der Leistungen aller Arztgruppen}}$$





AKTUELLES VERSORGNUNGSNIVEAU VS. BASIS FÜR LEISTUNGSBEDARF

Während Frau Paulsen und Herr Hansen medizinische Leistungen auf dem aktuellen Versorgungsniveau erbringen, verteilt die KV das Honorar bis jetzt nach dem Leistungsbedarf, der aus 2008 stammt.



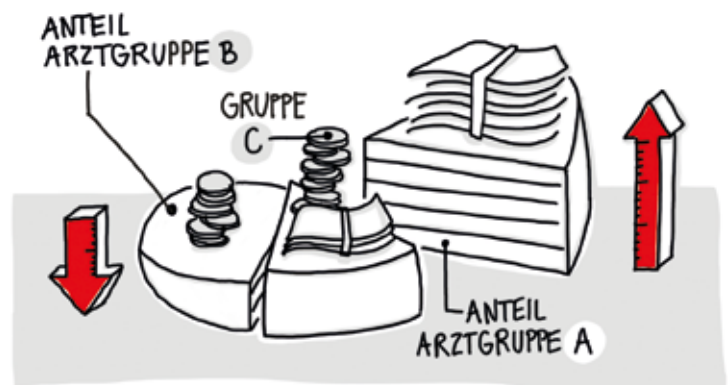
Bitte an aktuelle Situation anpassen!



Damit haben wiederum die Richter ein Problem: Der Verteilungsmaßstab der KV Berlin steht nicht im Einklang mit den Grundsätzen der Honorarverteilungsgerechtigkeit, die das Bundessozialgericht in Kassel aufgestellt hat.

Die KV Berlin hat daher für alle Berliner Ärzte eine neue Verteilungssystematik der Vergütung erarbeitet. Und so sieht der Plan aus: Ab Oktober 2018 wird die Verteilung am Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals bemessen: das heißt für das 4. Quartal 2018 am 4. Quartal 2017 und so weiter.

Selbst wenn der Leistungsbedarf einer Arztgruppe gleich geblieben ist (gleicher Zähler), der Gesamtleistungsbedarf aller Arztgruppen (Nenner) aber angestiegen ist, reduziert sich der Anteil am Budget für diese Arztgruppe. Das erscheint nicht fair, ist aber in der Systematik einer begrenzten Vergütung nicht anders möglich: Eine Erhöhung des Anteils einer Arztgruppe geht immer zulasten der übrigen Arztgruppen.





Würdesäule.

Bildung ermöglicht Menschen,
sich selbst zu helfen und aufrechter
durchs Leben zu gehen.

brot-fuer-die-welt.de/bildung

Mitglied der **actalliance**



Würde für den Menschen.

HVM-Änderungen ab dem Quartal 4/2018

Der neue Maßstab in der Honorarverteilung

Die Vertreterversammlung der KV Berlin hat in ihrer Sitzung am 21. Juni dieses Jahres eine Reihe von maßgeblichen Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) beschlossen, die wir in diesem Beitrag ausführlich darstellen. Der so geänderte HVM tritt mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 in Kraft.

Die wohl grundlegendste Änderung in dem zum 4. Quartal 2018 neu in Kraft tretenden HVM ist die Änderung des sogenannten Basisbemessungszeitraums zur Berechnung der arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumina (RLV) und Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina QZV. Worum geht es?

Grundlegende Änderung: Basisbemessungszeitraum

Mit der Einführung der Honorarverteilung auf Basis von praxisbezogenen Regelleistungsvolumen zum 1. Januar 2009 und der damit verbundenen Abschaffung der Individualbudgets berechnen sich die Vergütungsanteile der einzelnen Arztgruppen nicht mehr auf Basis von historisch festgeschriebenen Arztgruppentöpfen. Vielmehr wurde damals durch bundeseinheitliche Vorgabe des Bewertungsausschusses für alle KVen festgelegt, die Vergütungsanteile der einzelnen Arztgruppen an der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung des Versorgungsbereichs (HÄ/FÄ) nach ihren historisch erbrachten Leistungsbedarfen zu ermitteln. Vereinfacht: Die abgerechneten Leistungen in Punkten einer Arztgruppe wurden ins Verhältnis zu allen abgerechneten Leistungen in Punkten aller Arztgruppen des jeweiligen Versorgungsbereichs (Hausärzte bzw. Fachärzte) gestellt.

Mittels der so ermittelten Quotienten – letztlich ein Prozentanteil für jede Arztgruppe – wurde die zur Verfügung stehende Geldmenge (RLV-Verteilungsvolumen des Versorgungsbereichs) unter den Arztgruppen aufgeteilt. Die bundeseinheitlichen Vorgaben stellten dabei damals auf den zuletzt verfügbaren Leistungsbedarf in Punkten ab. Für 2009 waren dies die Punkte der vollständig abgerechneten Quartale des Jahres 2007. Ab 2010 waren es die Punkte des Jahres 2008. Diese Referenzjahre entsprachen jeweils den Ausgangsjahren zur Berechnung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Damit bestand eine gewisse logische Konsistenz zwischen der Ermittlung der MGV und ihrer Aufteilung zwischen den Arztgruppen im Bereich der praxisindividuellen Mengensteuerungsinstrumente: RLV und QZV.

Als mit dem Inkrafttreten des GKV-Finanzierungsstärkungsgesetzes zum 1. Januar 2011 der Gesetzgeber die Handbremse anzog, um den gestiegenen Honorarausgaben im ambulanten Sektor entgegenzuwirken, wurde die Berechnung der MGV auf neue Füße gestellt, indem unter anderem das Basisjahr zur Erhebung des Leistungsbedarfs – 2008 – festgeschrieben wurde (vgl. hierzu „Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung - Eine Betrachtung der budgetierten Gesamtvergütung im Verlauf der Jahre 2013 zu 2015“, in: KV-Blatt 5/2017; S. 13-21). In der Folge sah auch der Bewertungsausschuss keine Notwendigkeit mehr, in seinen Vorgaben für die Honorarverteilung der KVen, den Basiszeitraum (2008) für die Ermittlung der arztgruppenspezifischen Vergütungsanteile zur Berechnung der RLV, QZV und

Besonderen Verteilungsvolumen (BVV) zu aktualisieren. Erst mit der gesetzlichen Übertragung der Verantwortung für die Honorarverteilung an die KVen im Jahr 2012, hätte auch die KV Berlin im Benehmen mit den Krankenkassen den Bezugszeitraum oder sogar die Systematik für die Ermittlung der Arztgruppenanteile anpassen können.

Die Vertreterversammlung hat nun mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 beschlossen, den Basisbemessungszeitraum zur Berechnung der Arztgruppenanteile zu verändern und durch seine Aktualisierung auf das jeweilige Vorjahresquartal – über die in den Praxen abgerechneten EBM-Leistungen – an das Leistungsgeschehen in Punkten anzupassen. Ab dem 4. Quartal 2018 wird das dem jeweiligen Versorgungsbereich zur Verfügung stehende RLV-Vergütungsvolumen einer Arztgruppe nach dem Quotienten aus abgerechneten Leistungen in Punkten für alle RLV-relevanten Leistungen im Verhältnis zu von allen Arztgruppen des jeweiligen Versorgungsbereichs abgerechneten RLV-, QZV- und BVV-relevanten Leistungen in Punkten, verteilt; Basiszeitraum ist dann das Vorjahresquartal, für 4/2018 also 4/2017. Das so ermittelte Vergütungsvolumen dividiert durch die RLV-Fälle des jeweiligen Vorjahresquartals, ergibt für die Arztgruppe den RLV-Fallwert. Damit berechnen sich zukünftig beide Komponenten für die Bestimmung des RLV-Fallwerts – Fälle und Vergütungsanteil – aus Daten desselben Quartals. Als Besonderheit dieser Regelung ist herauszustellen, dass mit dieser Systematik der Basisbemessungszeitraum nicht wie bisher bis zu einer nächsten Anpassung festgeschrieben ist, sondern sich durch den Vorjahresbezug kontinuierlich aktualisiert.

Leistungsbedarf hat sich über die Jahre verändert

Welche Auswirkungen hat diese Änderung nun auf die einzelnen Arztgruppen? Zunächst ist einmal nüchtern festzustellen, dass die Umstellung von einer zehn Jahre alten Basis auf den aktuellen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals ganz erhebliche Veränderungen sichtbar macht. Der Leistungsbedarf in Punkten hat sich seit 2008 zum Beispiel dadurch verändert, dass die Anzahl der Ärzte einer Arztgruppe gestiegen oder gesunken ist. Einzelne Arztgruppen, zum Beispiel die Kinder- und Jugendpsychiater, unterlagen im Zeitraum 2008 bis heute nicht vollumfänglich der Bedarfsplanung: Mehr Ärzte haben mehr Leistungen erbracht, ohne dass die Vergütungsanteile ihrer Arztgruppe im RLV-, QZV- oder BVV-Bereich aufgrund des fixen Bemessungszeitraums aus 2008 entsprechend erhöht wurden. Medizinischer Fortschritt hat in den letzten zehn Jahren zu einer anderen Patientensteuerung geführt. Eine bessere Diagnostik kann dazu geführt haben, dass Patienten früher in die Behandlung von spezialisierten fachärztlichen Praxen gelangen, sodass in den hiervon betroffenen Arztgruppen auch die Behandlungsfälle absolut und je Arzt sowie damit auch die Leistungsbedarfe in Punkten zugenommen haben. Möglicherweise hat sich für einzelne Arztgruppen auch der abgerechnete Leistungsbedarf je Fall beziehungsweise Arzt geändert. Ursache hierfür mögen auch die zahlreichen Änderungen des EBM der letzten Jahre sein, die über die Einführung von neuen Leistungen, veränderte Leistungsbewertungen und/oder die Zusammenfassung von einzelnen Leistungen zu Pauschalen

und Komplexeleistungen nach 2008, in ihrer Summe zu einer Veränderung des abrechenbaren Leistungsbedarfs der Arztgruppen geführt haben.

Erste Simulationsberechnungen für die Anteilsberechnung der Arztgruppen am Beispiel des Quartals 1/2018 haben gezeigt, dass erst einmal alle Arztgruppen im Vergleich zu 2008, in 2017 – absolut betrachtet – einen höheren Leistungsbedarf in Punkten zu verzeichnen haben. Relativ betrachtet, sind die Unterschiede allerdings erheblich. Bei einem begrenzt zur Verfügung stehenden RLV-Verteilungsvolumen des jeweiligen Versorgungsbereichs streuen die Veränderungen des Vergütungsanteils der einzelnen Arztgruppen zwischen +270 Prozent und -21 Prozent. In diesem Zusammenhang bedeutet „relativ“, dass der über alle Arztgruppen absolut festgestellte Zuwachs des Leistungsbedarfs bei einer Arztgruppe überproportional stärker als bei einer anderen ausfällt. Weil der Leistungsbedarf über alle Arztgruppen insgesamt gestiegen ist (der Nenner im Berechnungsquotienten damit größer ist), einzelne Arztgruppen aber nur geringe Zuwächse ihres Leistungsbedarfs zu verzeichnen haben (Zähler des Arztgruppenquotienten nimmt weniger stark zu als der Nenner), bedeutet dies, dass bei einer prozentualen Neuaufteilung des RLV-Verteilungsvolumens des jeweiligen Versorgungsbereichs, diese Arztgruppen eine Verringerung ihres Vergütungsanteils hinnehmen müssen.

Wohlmerkt: Betrachtet wurden die Veränderungen der Vergütungsanteile einer Arztgruppe, berechnet auf der Basis 2008 zur Basis 2017. Aus diesen Ergebnissen rückzuschließen, dass hieraus auch entsprechende Verän-



Foto: KV Berlin

Dr. Markus Jäckel ist Hauptabteilungsleiter Abrechnung/Honorarverteilung bei der KV Berlin.

derungen des Honorars einhergehen werden, wäre nicht sachgerecht. RLV-Vergütungsanteil und RLV-Fallzahl stellen auf der Arztgruppenebene die Basis für die Berechnung des RLV-Fallwerts dar. Auf der Praxisebene bilden sie, unter Berücksichtigung der Praxis-RLV-Fälle, die Grundlage für die Berechnung der praxisindividuellen RLV- und QZV-Kontingente. Sofern eine Arztgruppe die unter dem Basisbemessungszeitraum 2008 auf der Praxisebene zur Verfügung stehenden RLV und QZV nicht ausgeschöpft hat, muss eine Verminderung des Vergütungsanteils dieser Arztgruppe nicht zwangsläufig zu einer Honorarminderung im selben Umfang führen.

Unterschiedlich hohe Vergütungsanteile für Arztgruppen

Gleichwohl kann die Veränderung der Vergütungsanteile für einzelne Arztgruppen erheblich sein. Und obwohl diese Veränderungen lediglich nur Aus-



Fortsetzung von Seite 21

wirkungen auf diejenigen Honoraranteile der (budgetierten) MGV im RLV-/QZV-Bereich haben – die Arztgruppen generieren höchst unterschiedlich zueinander, teilweise nicht unerhebliche Honoraranteile aus der Erbringung von (extrabudgetären) Einzelleistungen (EGV) –, wird die Anpassung des Basisbemessungszeitraums in einer Konvergenzphase über drei Jahre erfolgen.

Konkret bedeutet dies, dass die Veränderung des jeweiligen Arztgruppenanteils am RLV-Verteilungsvolumen, die sich durch die Änderung des Basisbemessungszeitraums auf das Vorjahresquartal ergibt, erst im dritten Jahr der veränderten Honorarverteilungssystematik zu 100 Prozent wirkt. Der Konvergenzmechanismus wirkt wie folgt: In den ersten beiden Jahren werden die Vergütungsvolumina der Arztgruppen im RLV-, QZV- und BVV-Bereich sowohl auf der Basis 2008 als auch auf der Basis des Vorjahresquartals berechnet. Die Veränderung für die jeweilige

Arztgruppe ergibt sich aus der Differenz „Vergütungsvolumen auf Basis 2008“ abzüglich „Vergütungsvolumen auf Basis VJQ“. Diese Differenz wird im ersten Jahr der HVM-Änderung nur zu einem Drittel und im zweiten Jahr zu zwei Dritteln bei der Bestimmung der Vergütungsvolumina berücksichtigt. Damit tritt der neue Basisbemessungszeitraum für alle Arztgruppen erst im dritten Jahr vollumfänglich zu 100 Prozent in Kraft.

Einführung einer Fallzahlzuwachsbeschränkung und einer Fallzahlauffangregelung

Die Aktualisierung des Basisbemessungszeitraums hängt unmittelbar mit der nächsten wesentlichen HVM-Änderung zusammen: die Etablierung einer Fallzahlzuwachsbeschränkung bei der Ermittlung der RLV-Fallzahl zur Berechnung des Praxis-RLV. Es ist nämlich zunächst festzustellen, dass in der neuen Systematik der Basisbemessungszeitraum zur Bestimmung der

Arztgruppenanteile nicht mehr festgeschrieben (im Sinne von „eingefroren“) ist, sondern sich durch den Vorjahresquartalsbezug kontinuierlich dem aktuellen Leistungsbedarf anpasst. Damit besteht die Befürchtung, dass zwischen den Arztgruppen Anreize gesetzt werden, das abgerechnete Leistungsvolumen in Punkten über das wirtschaftliche und medizinisch notwendige Maß hinaus zu steigern. Solche Punktzahlsteigerungen, die aus einer Ausweitung der abgerechneten Fallzahl resultieren, sollen durch die Einführung einer Fallzahlzuwachsbeschränkung verhindert werden.

In der bisherigen Systematik bestehen für die Praxen im Rahmen der RLV-Berechnung keinerlei Einschränkungen hinsichtlich der zu berücksichtigenden RLV-relevanten Fallzahl. Es gilt uneingeschränkt die erbrachte RLV-relevante Fallzahl aus dem Vorjahresquartal. Zukünftig darf diese Fallzahl nicht höher als zwei Prozent zur Fallzahl

4. Konzertierte Aktion

Neue Honorarverteilung stand im Fokus der Diskussion

Mehr als 30 Vertreter der Berliner Berufsverbände trafen sich am 4. Juli 2018 zur 4. Konzertierte Aktion mit dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin. Die dringend notwendigen Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) beherrschten dabei die Diskussion. Im Anschluss an die Vorstellung der von der Vertreterversammlung beschlossenen HVM-Änderungen durch Dr. Markus Jäckel, Hauptabteilungsleiter der Abteilung Abrechnung/Honorar der KV Berlin, wurden insbesondere der neue Basisbemessungszeitraum sowie die Fallzuwachsbeschränkung intensiv diskutiert und Detailfragen geklärt. Nach Abschluss dieses Tagesordnungspunktes informierte der Vorstand zu den aktuellen Entwicklungen beim Aufbau der Telematikinfrastruktur sowie zu den Änderungen in der Bereitschaftsdienstordnung.

reu

aus dem Vorjahresquartal angestiegen sein. Beispiel: Im 4. Quartal 2018 wurde für eine Praxis ein RLV auf Basis von 1.000 Fällen (tatsächlich erbrachte Fälle im Quartal 4/2017) festgesetzt. Ein Jahr später werden im Rahmen der RLV-Berechnung für diese Praxis 1.200 RLV-relevante Fälle ermittelt (tatsächlich erbrachte Fälle im Quartal 4/2018). Die Fallzahlzuwachsbeschränkung in Höhe von zwei Prozent führt nun dazu, dass der Praxis für das 4. Quartal 2019 ein RLV auf Basis von 1.020 Fällen (1.000 Fälle aus RLV-Festsetzung für das Quartal 4/2018 zzgl. zwei Prozent) beschieden wird. Wichtig: Soweit eine Praxis noch nicht die durchschnittliche Fallzahl ihrer Arztgruppe erreicht hat, wird sie durch die erstmals im Rahmen der RLV-Bescheidung des Quartals 4/2019 berücksichtigte Fallzahlzuwachsbeschränkung am Erreichen des Fachgruppendurchschnitts nicht gehindert.

Parallel zur Einführung einer Fallzahlzuwachsbeschränkung hat die Vertreterversammlung auch eine Fallzahlauffangregelung beschlossen. Ohne dass hierfür ein gesonderter Antrag durch die Praxis bei der KV gestellt werden muss, wird ein Fallzahlrückgang aufgefangen. Beispiel: Im 4. Quartal 2018 wurde für eine Praxis ein RLV auf Basis von 1.000 Fällen festgesetzt. Ein Jahr später werden im Rahmen der RLV-Berechnung für diese Praxis 985 RLV-relevante Fälle ermittelt (tatsächlich erbrachte Fälle im Quartal 4/2018). Da der Rückgang der Fallzahl nicht größer als fünf Prozent ist, wird durch die Fallzahlauffangregelung die Praxis aufgefangen und die im Vorjahresquartal beschiedene Fallzahl auch im Rahmen der RLV-Festsetzung für das Quartal 4/2019 (hier im Beispiel 1.000 statt 985 Fälle) fortgeschrieben. Anders verhält es sich, wenn sich der Fallzahlrückgang auf

mehr als fünf Prozent beläuft: So hat die Praxis nach Festsetzung des RLV für das Quartal 4/2018 auf Basis von 1.000 Fällen tatsächlich in diesem Quartal lediglich 900 RLV-relevante Fälle erbracht. Bisher wäre das RLV auf Basis dieser 900 Fälle festgesetzt worden. Die Fallzahlauffangregelung führt aber dazu, dass bei einem Fallzahlrückgang von mehr als fünf Prozent die Praxis nicht vollständig auf diese Fallzahl abstürzt. Bei Fallzahlrückgängen von mehr als fünf Prozent

wird die heranzuziehende Fallzahl für die RLV-Bescheidung des aktuellen Quartals – in unserem Beispiel 900 Fälle für 4/2019 – um fünf Prozent der Fallzahl aus der RLV-Bescheidung des Vorjahresquartals – in unserem Beispiel 1.000 Fälle für 4/2018 – gesteigert. Für unser Beispiel bedeutet das, dass für die Berechnung des RLVs in 4/2019 950 Fälle (900 Fälle zzgl. fünf Prozent von 1.000 Fällen) herangezogen werden. Wichtig: Die Fallzahlauffangregelung kommt nur

Anzeige

Cartoon: iStockphoto.com | © stockia





MIT HERZ UND VERSTAND

Der Anschluss Ihrer Praxis an die Telematikinfrastruktur (TI) steht bevor. Wir haben mit dem medatixx-TI-Bundle ein besonderes Angebot für Sie entwickelt – **mit Herz und Verstand!** Unser Angebot beinhaltet alles, was Sie zur Nutzung der TI in Ihrer Praxis benötigen. Und Sie können sicher sein, dass auch im dritten Quartal die Kosten für die Umstellung gedeckt sind.*

Darüber hinaus erhalten Sie die medatixx-Praxissoftware für 12 Monate kostenfrei** dazu, inklusive vieler Zusatzfunktionen nach Ihren Wünschen. Details zu Angebot und Bestellung unter:

shop.medatixx.de

*Gemäß Finanzierungsvereinbarung Stand 31.05.2018
 **Die Aktion ist nur gültig für entsprechende ausgewiesene Artikel auf shop.medatixx.de in Kombination mit der Bestellung eines kostenpflichtigen medatixx-TI-Bundles. Das Angebot gilt nicht für Bestandskunden der medatixx GmbH & Co. KG und endet am 30.09.2018. | Übrigens: Wir haben auch TI-Aktionspakete für unsere Praxissoftware x.concept und x.isynet. Fragen Sie nach: T 0800 0980 0980



Fortsetzung von Seite 23

dann zur Anwendung, wenn die Praxis im Vorjahresquartal durch diese Regelung noch nicht begünstigt wurde. Praxen, die an Selektivverträgen nach Paragraf 73b oder 140a SGB V mit Bereinigung der Gesamtvergütung teilnehmen, können durch die Fallzahlauffangregelung nicht begünstigt werden, weil die KV nicht feststellen kann, ob der Fallzahlrückgang der Einschreibung von Patienten in den Selektivvertrag geschuldet ist. Darüber hinaus wird die KV prüfen, ob Fallzahlrückgänge, die zu einer Anwendung der Fallzahlauffangregelung führen würden, einer Veränderung des EBM beziehungsweise einer Ausgliederung von Leistungen aus dem RLV geschuldet sind. In solchen Fällen findet die Fallzahlauffangregelung keine Anwendung.

Einführung einer Härtefallregelung bei Gesamthonorarrückgang

Um auf der Praxisebene Honorarverluste, die insbesondere der Umstellung der Verteilungssystematik geschuldet sind, abzufedern, wurde der HVM um eine Härtefallregelung ergänzt. Was bedeutet das? Verzeichnet eine Praxis ab dem Quartal 4/2018 sowohl einen Rückgang beim Gesamthonorar als auch beim Honorar je Fall um mehr als 15 Prozent im Vergleich zum Vorjahresquartal, kann der Vorstand auf Antrag der Praxis eine

Ausgleichszahlung gewähren. Dabei werden höchstens 85 Prozent des Honorars aus dem Vorjahresquartal ausgeglichen und zwar nur dann, soweit der Honorarrückgang nicht auf einer Veränderung des Leistungsangebots der Praxis, einer Veränderung des EBM oder der Nichtfortgeltung von Sonderverträgen beruht.

Änderungen zum Kooperationszuschlag

Zwei weitere Änderungen des HVM zum 1. Oktober 2018 betreffen den sogenannten Kooperationszuschlag. Der Gesetzgeber verlangt von den KVen, im HVM Regelungen zu schaffen, die der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung tragen.

Die KV Berlin kommt dieser gesetzlichen Verpflichtung durch den sogenannten Kooperationszuschlag nach: Standort und fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften sowie Einzelpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe erhalten für die kooperative Behandlung ihrer Patienten eine Zuschlag auf ihr RLV in Höhe von zehn Prozent. Fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren oder

Praxen, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, können nach der derzeit bis zum 30. September 2018 gültigen Regelung im HVM einen Kooperationszuschlag von bis zu maximal 40 Prozent erhalten. Im Unterschied zu den standort- und fachgleichen Praxen, die im Rahmen der RLV-Berechnung automatisch diesen zehnzehnten Zuschlag auf ihr RLV erhalten, müssen die fachübergreifenden Versorgungsformen, die kooperative Versorgung ihrer Patienten nachweisen. Der Kooperationszuschlag, der sich in Fünferschritten in einer Höhe von null bis 40 Prozent belaufen kann, muss durch den sogenannten Kooperationsgrad einer Praxis nachgewiesen werden. Dieser Kooperationsgrad berechnet sich nach der Formel:

$$\left(\frac{\text{Arztfälle}_{\text{vjq}} \text{ einer Praxis}}{\text{Behandlungsfälle}_{\text{vjq}} \text{ einer Praxis} - 1} \right) * 100$$

Bei einem Kooperationsgrad von null bis unter zehn erhält die Praxis keinen Kooperationszuschlag, bei einem Kooperationsgrad von zehn bis unter 15 erhält die Praxis einen Kooperationszuschlag in Höhe von zehn Prozent usw. Den derzeit maximalen Kooperationszuschlag von 40 Prozent erhält eine Praxis, soweit sie einen Kooperationsgrad von 40 und größer

Ihre Meinung zu den HVM-Änderungen

Die Berliner Berufsverbände wurden von der KV Berlin bereits per E-Mail informiert – hier eine freundliche Erinnerung: Im Namen Ihres Berufsverbandes können Sie noch bis zum 9. August Beiträge an die KV-Blatt-Redaktion unter redaktion@kvberlin.de schicken. Diese werden dann im nächsten KV-Blatt, das am 1. September erscheint, veröffentlicht. Bitte beachten Sie, dass die Beiträge die Länge von 1.500 Zeichen inklusive Leerzeichen möglichst nicht überschreiten sollten.

im Vorjahresquartal erzielt hat. Diese Regelung basiert noch auf einer – heute nicht mehr verbindlichen – Vorgabe des Bewertungsausschusses für das 3. Quartal 2009. Damals wurde die Berechnung der Praxis-RLV von RLV-Arztfällen auf RLV-Behandlungsfälle umgestellt.

Die Diskussion innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung (Honorarverteilungsausschuss, Beratende Fachausschüsse und Vertreterversammlung) drehte sich letztlich um die Frage, wie der kooperativen Behandlung von Patienten angemessene Rechnung getragen werden kann. Hierzu muss man wissen, dass zur Finanzierung der Kooperationszuschläge innerhalb des haus- und fachärztlichen Honorarvolumens ein Vorwegabzug auf Basis der hierfür notwendigen Ausgaben des Vorjahresquartals gebildet wird. Diese bereitgestellten Vergütungsanteile mindern die RLV-Verteilungsvolumen des jeweiligen Versorgungsbereichs. Anders ausgedrückt: Je mehr Geld hierfür zur Verfügung gestellt wird, desto niedriger fallen die RLV- und QZV-Fallwerte der Arztgruppen und damit die RLV in den Praxen aus. Derzeit ist festzustellen, dass über das gesamte Jahr 2017 rund 20 Millionen Euro im hausärztlichen Versorgungsbereich und rund 27 Millionen Euro im fachärztlichen Versorgungsbereich zur Zahlung der Kooperationszuschläge bereitgestellt wurden. Bezogen auf die zur Verfügung stehenden RLV-Verteilungsvolumen im Jahr 2017 sind dies für den hausärztlichen Versorgungsbereich circa 4,9 Prozent und für den fachärztlichen Versorgungsbereich circa 5,6 Prozent.

Auf der anderen Seite ist der Kooperationszuschlag der Versuch, die versorgungsbereichsübergreifende Behandlung durch mehrere Ärzte

unterschiedlicher Arztgruppen innerhalb derselben Praxis adäquat auf der Vergütungsebene abzubilden. Innerhalb einer Praxis teilen sich diese Ärzte bei der Behandlung eines Patienten einen RLV-(Behandlungs-)Fall. Gemäß EBM wird je persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt eine Versicherten-beziehungsweise Grundpauschale je EBM-Arztgruppe abgerechnet. Dieser Leistungsbedarf soll über das durch den Kooperationszuschlag erhöhte Praxis-RLV abgebildet werden.

Kooperationszuschlag wird gesenkt

Die Vertreterversammlung hat nun beschlossen, den maximal zu erzielenden Kooperationszuschlag über einen Zeitraum von zwei Jahre von 40 auf 30 Prozent zu senken. Konkret bedeutet dies, dass mit Wirkung zum 4. Quartal 2018 der maximale Kooperationszuschlag auf 35 Prozent und ein Jahr später, mit Wirkung zum 4. Quartal 2019, auf 30 Prozent gesenkt wird. Die KV Berlin befindet sich mit dieser Maßnahme in guter Gesellschaft mit den anderen KVen, die in den letzten Jahren sich auch von der ehemaligen Vorgabe des Bewertungsausschusses zur Höhe des Kooperationszuschlags gelöst haben.

In Zusammenhang mit der Änderung des Kooperationszuschlags ist die Vertreterversammlung eine andere Problematik angegangen, die das Job-Sharing betrifft: Die bisher gültigen Regelungen zum Kooperationszuschlag schlossen nicht aus, dass Einzelpraxen mit einem angestellten Job-Sharer oder Berufsausübungsgemeinschaften, die aus einem zugelassenen Arzt und einem angestellten Job-Sharer bestehen, auch einen Kooperationszuschlag erhalten haben.

Es bestanden sogar Konstellationen, dass Berufsausübungsgemeinschaften durch die Anstellung eines Job-Sharers zulassungsrechtlich konform, unter den Regelungen des HVM (weil der angestellte Job-Sharer einer anderen „Honorar-Arztgruppe“ zuzuordnen war) das Kriterium „fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft“ erreichten und damit durch einen entsprechenden Kooperationsgrad, auch einen 40-prozentigen Kooperationszuschlag auf das Praxis-RLV realisieren konnten. Da im Sinne des originären Begriffs „Sharing“ der neu hinzugekommene Job-Sharer (Juniorpartner oder angestellter Job-Sharer) auf demselben Arztsitz den Zulassungsinhaber entlasten soll, was eben gerade nicht zu einer Leistungsausweitung führen darf, stellt das reine Job-Sharing-Verhältnis eben gerade keine gebildete Versorgungsform zur kooperativen Behandlung von Patienten dar.

Die Vertreterversammlung hat mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 beschlossen, dass bei der Ermittlung des Kooperationsgrads im Rahmen des Jobsharings tätige Ärzte nicht berücksichtigt werden. Damit erhalten bereits im Rahmen der RLV-Berechnung für das 4. Quartal 2018 auch Einzelpraxen mit angestellten Jobsharingassistenten keinen zehnpromtigen Kooperationszuschlag.

Den kompletten HVM finden Sie unter: www.kvberlin.de > Für die Praxis > Verträge und Recht > Rechtsquellen, die Präsentation unter: www.kvberlin.de > Für die Praxis > Abrechnung/Honorar > Honorarverteilung.

*Dr. Markus Jäckel, Hauptabteilungsleiter
Abrechnung/Honorarverteilung
bei der KV Berlin*

Der Vorstand der KV Berlin zum neuen HVM

Wichtigstes Ziel war es, die Rechtssicherheit wiederherzustellen

Im Interview erläutern die KV-Vorstandsvorsitzende Dr. Margret Stennes, der stellvertretende Vorsitzende Dr. Burkhard Ruppert und Vorstandsmitglied Günter Scherer, warum die Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs notwendig geworden ist.

Die Vertreterversammlung hat am 21. Juni 2018 eine Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) beschlossen. Im Mittelpunkt steht dabei die Veränderung des Basisbemessungszeitraums. Demnach wird die Verteilung künftig am Vorjahresquartal ausgerichtet und nicht mehr am Jahr 2008. Warum diese Veränderung?

Günter Scherer: Es hat sich bereits seit Längerem abgezeichnet, dass der aktuelle HVM der KV Berlin nicht mehr rechtssicher ist. Zunehmend wurden Gerichtsverfahren mit der Begründung verloren, dass eine Honorarverteilung nach dem Leistungsgeschehen des Jahres 2008, wie es die KV Berlin bisher praktiziert, rechtswidrig ist.

Dr. Margret Stennes: Deshalb haben wir bereits zeitnah nach unserem Amtsantritt damit begonnen, uns vor allem die Arztgruppen genauer anzusehen, die von dem aktuellen Verfahren im Besonderen betroffen waren, wie zum Beispiel die Rheumatologen, die Kinder- und Jugendpsychiater, die Humangenetiker oder die Pathologen. Bei diesen musste in der Honorarverteilung immer wieder nachjustiert und Honorarbescheide aufgehoben und neu beschieden werden. Letztendlich war es aber die Entscheidung des Berliner Sozialgerichts im Mai dieses Jahres, die uns dazu veranlasst hat, den HVM so schnell wie möglich neu aufzusetzen und den Verteilungsschlüssel



Foto: KV Berlin / Laura Vele

Die Vorstände der KV Berlin im Gespräch (von links): Dr. Burkhard Ruppert, Dr. Margret Stennes und Günter Scherer.

zu aktualisieren. Das Sozialgericht Berlin spricht in seiner Entscheidung von einem Ermessensausfall bei der Honorarfestsetzung. Das hat zu der Entscheidung geführt, der Honorarverteilung so schnell wie möglich ein aktuelles Bezugsjahr zugrunde zu legen.

Dr. Burkhard Ruppert: Aus unserer Sicht ist es sinnvoll, diesen Weg so zu gehen, denn der bisherige Bemessungszeitraum spiegelt in keiner Weise mehr die heutige Versorgungsrealität wider. Die aktuelle ärztliche Tätigkeit in der ambulanten Versorgung hat sich immer weiter vom Jahr 2008 entfernt, denken wir zum Beispiel an die Zunahme der Patientenzahlen oder den technischen Fortschritt, der auch in den Praxen voranschreitet. Durch die Entscheidung, den HVM neu aufzusetzen

und die Verteilung der Vergütung am Vorjahresquartal auszurichten, kann die KV Berlin die Honorarverteilung wieder rechtssicher gestalten. Das ist ein sehr wichtiger Schritt – für die Mitglieder und auch die Verwaltung.

„Der bisherige Bemessungszeitraum spiegelt in keiner Weise mehr die heutige Versorgungsrealität wider.“

Dr. Burkhard Ruppert
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
der KV Berlin

Warum wurde die HVM-Änderung erst jetzt vorgenommen? Wäre es nicht schon viel früher notwendig gewesen, die Honorarverteilung zu verändern?

Stennes: In den vergangenen Legislaturperioden wurde das Thema immer wieder diskutiert, auch in der Vertreterversammlung, aber die Dringlichkeit erschien einer Mehrheit nicht groß genug. Im Zuge unseres Amtsantritts war aber mittlerweile eine größere Dringlichkeit geboten, die uns dazu veranlasst hat, umgehend zu handeln und eine Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs anzustreben. Allerdings haben wir auch sehr schnell gemerkt, wie komplex dieses Thema ist.

Ruppert: Wir haben viele Monate dafür gebraucht, weil wir die Novellierung gründlich vorbereiten wollten. Das ging nicht von heute auf morgen. Und wir wollten transparent arbeiten, die Vorschläge zu geplanten Änderungen mit allen Beteiligten – der Vertreterversammlung als Normgeber, dem Honorarverteilungsausschuss, den Beratenden Fachausschüssen und auch einzelnen Fachgruppen – besprechen.

Stennes: In den Gesprächen mit dem Honorarverteilungsausschuss wurden Vorschläge diskutiert und wesentliche Punkte mit in die Beschlussfassung aufgenommen. Den finalen HVM haben wir als Beschlussfassung des Honorarverteilungsausschusses dann an die Vertreterversammlung herangetragen, die dem Beschlussvorschlag mehrheitlich gefolgt ist. Bereits vorher haben wir den HVM redaktionell überarbeitet, das heißt ihn lesbarer

und damit verständlicher gemacht. Das war für uns eine Voraussetzung für die inhaltliche Diskussion.

Das Sozialgericht hat die KV Berlin aufgefordert, die Honorarverteilungsgerechtigkeit wiederherzustellen. Ist dies mit den Änderungen gelungen?

Scherer: Der HVM ist rechtssicherer geworden. Das war auch unser Anspruch. Eine hundertprozentige Honorarverteilungsgerechtigkeit kann es in der Systematik der Budgetierung von ärztlichen Leistungen nicht geben. Solange ein Teil der ärztlichen Leistungen nicht bezahlt wird, kann es keine Gerechtigkeit geben. Aus unserer Sicht wäre es bei den neuen Herausforderungen in der medizinischen Versorgung längst an der Zeit, die Budgetierung zu beenden. Ganz zu schweigen vom EBM, der viele weitere Probleme aufwirft. Aber das gehört auf die gesundheitspolitische Agenda.

Stennes: Richtig. Wenn man von uns Ärzten fordert, die Sprechstundenzeiten auszuweiten, Kooperationsverträge mit Pflegeheimen abzuschließen und das Leistungsspektrum immer mehr zu erweitern, dann ist der Zeitpunkt gekommen, ein Ende der Budgetierung zu fordern. Im Übrigen möchte ich darauf verweisen, dass nicht die Ärzte die Fälle generieren, sondern die Versicherten die Leistungen und auch ein Mehr an Leistungen einfordern.

Ruppert: Und solange wir ein System haben, in dem auf der einen Seite unbegrenzt Leistungen erbracht werden können, aber auf der anderen Seite

die Leistungen budgetiert sind, wird es keine Gerechtigkeit geben. Wir haben den neuen HVM für die Vertreterversammlung vorbereitet, wohl wissend, dass es mit dem neuen Verteilungsschlüssel Gewinner und Verlierer geben kann. Deshalb haben wir uns gleichermaßen Gedanken gemacht, wie wir Konvergenzregeln und Möglichkeiten der Gegensteuerung einführen können. Aber noch einmal: Es war dringend notwendig geworden, nach zehn Jahren die Honorarverteilung an das heutige deutlich veränderte Leistungsspektrum anzupassen.

„Als Vorstand müssen wir alle KV-Mitglieder und demzufolge alle Arztgruppen im Blick haben.“

*Dr. Margret Stennes
Vorstandsvorsitzende der KV Berlin*

Eine Konvergenzphase läutet die HVM-Änderung ein. Warum nicht gleich ein „harter Schnitt“?

Scherer: Es ist aus unserer Sicht notwendig, den Praxen die Zeit zur Anpassung zu geben. Ärzte, die aufgrund des neuen Basisbemesungszeitraums möglicherweise Vergütungsanteile verlieren, müssen Zeit haben, um ihren Praxisbetrieb entsprechend anpassen zu können.



Fortsetzung von Seite 27

Stennes: Aber auch denjenigen Arztgruppen, die durch den neuen Verteilungsschlüssel möglicherweise gewinnen, wenn wir an dieser Stelle überhaupt von Gewinnern und Verlierern sprechen sollten, muten wir diese Konvergenzphase zu. Als Vorstand müssen wir alle KV-Mitglieder und demzufolge auch alle Arztgruppen im Blick haben. Wir sind deshalb froh, dass die Vertreterversammlung unserem Vorschlag zur HVM-Änderung gefolgt ist und sehen dies auch als ein Zeichen innerärztlicher Solidarität.

Zusätzlich wird eine Fallzahlzuwachsbeschränkung eingeführt. Ab welchem Zeitpunkt und warum?

Ruppert: Die Fallzahlzuwachsbeschränkung reguliert die Möglichkeit, immer weiter immer mehr Leistungen zu erbringen. Wenn einzelne Arztgruppen mehr Leistungen erbringen, mindert dies den Anteil für andere Arztgruppen automatisch. Wir finden es ehrlich, in der Leistungshonorierung für eine Begrenzung von Mehrleistungen einzustehen, um zukünftige Honorarverwerfungen zu verhindern. Die

„Eine hundertprozentige Honorarverteilungsgerechtigkeit kann es in der Systematik der Budgetierung von ärztlichen Leistungen nicht geben.“

Günter Scherer
Vorstandsmitglied der KV Berlin



Foto: KV Berlin / Laura Vele

Dr. Margret Stennes und Günter Scherer erläuterten im Gespräch mit der KV-Blatt-Redaktion, warum eine Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs notwendig war.

Umstellung des Basisbemessungszeitraums auf das Vorjahresquartal könnte dazu führen, dass ein Anreiz für eine übermäßige Ausdehnung der Praxistätigkeit entstehen kann. Um dem vorzubeugen, aber zeitgleich auch Fallzahlschwankungen entgegenzuwirken, wird ab dem 4. Quartal 2019 eine Fallzahlzuwachsbeschränkung wirksam – bezugnehmend auf das 4. Quartal 2018.

Scherer: Solange die Budgets nur sehr begrenzt wachsen, kann auch die Leistungsmenge beziehungsweise die Fallzahl nur sehr begrenzt wachsen. Demgegenüber stehen Versicherte, die behandelt werden müssen, zum Beispiel während einer Grippewelle, wie wir sie im letzten Winter hatten. Auch dieses Thema werden wir an die Politik herantragen.

Ist die Fallzahlzuwachsbeschränkung nicht zu rigoros?

Stennes: Für Sondersituationen werden wir Ausnahmen definieren und in einer Verwaltungsrichtlinie präzisieren. Da die Begrenzung erst im 4. Quartal 2019 greift, haben wir noch etwas Zeit, um diese Sonderfälle zu definieren. Aber klar ist schon jetzt, dass wir die aus den HVM-Änderungen resultierenden Folgen sehr genau beobachten werden und unsere Beobachtungspflicht sehr ernst nehmen. Sollte es dabei zu Härtefällen kommen, werden wir entsprechend gegensteuern und im Fall von erheblichen Verwerfungen auch Stützungsmaßnahmen für einzelne Arztgruppen festlegen.

arn/vel

KOCO SAGT:

**WER TI SAGT, KANN
AUCH INSTALLATION
SAGEN.**

SELBERMACHER AUFGEPASST:

Alle Ärzte und Zahnärzte können auf koco-shop.de ab sofort die notwendigen Komponenten zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) ganz einfach online bestellen und selbst in ihrer Praxis installieren. Eine ausführliche Software mit Schritt-für-Schritt-Anleitung unterstützt bei der Einrichtung von eHealth-Konnektor, eHealth-Kartenterminal und VPN-Zugangsdienst. So wird der TI-Anschluss zum Kinderspiel – und spart obendrein auch noch bares Geld. **Warten Sie nicht länger. Denn wer TI sagt, kann auch Installation sagen. Weitere Infos und Bestellung auf:**

koco-shop.de

Gutachten des IGES-Instituts

Ambulant und stationär: Große Unterschiede in der Vergütung

Behandlungen im Krankenhaus werden mitunter deutlich höher vergütet als vergleichbare ambulante Behandlungen. Das zeigt ein Gutachten des IGES-Instituts im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi).

In dem Gutachten hat das IGES-Institut die ambulante und stationäre Vergütung anhand von vier Beispielen verglichen: die Versorgung von Diabetes mellitus, nicht schweren kardialen Arrhythmien, Schlafapnoe/Polysomnographie und gastroenterologischen Erkrankungen. Die Patienten werden im Krankenhaus kurzzeitig behandelt. Die Leistungen gehören

zu den Hundert am häufigsten abgerechneten Fallpauschalen (DRG).

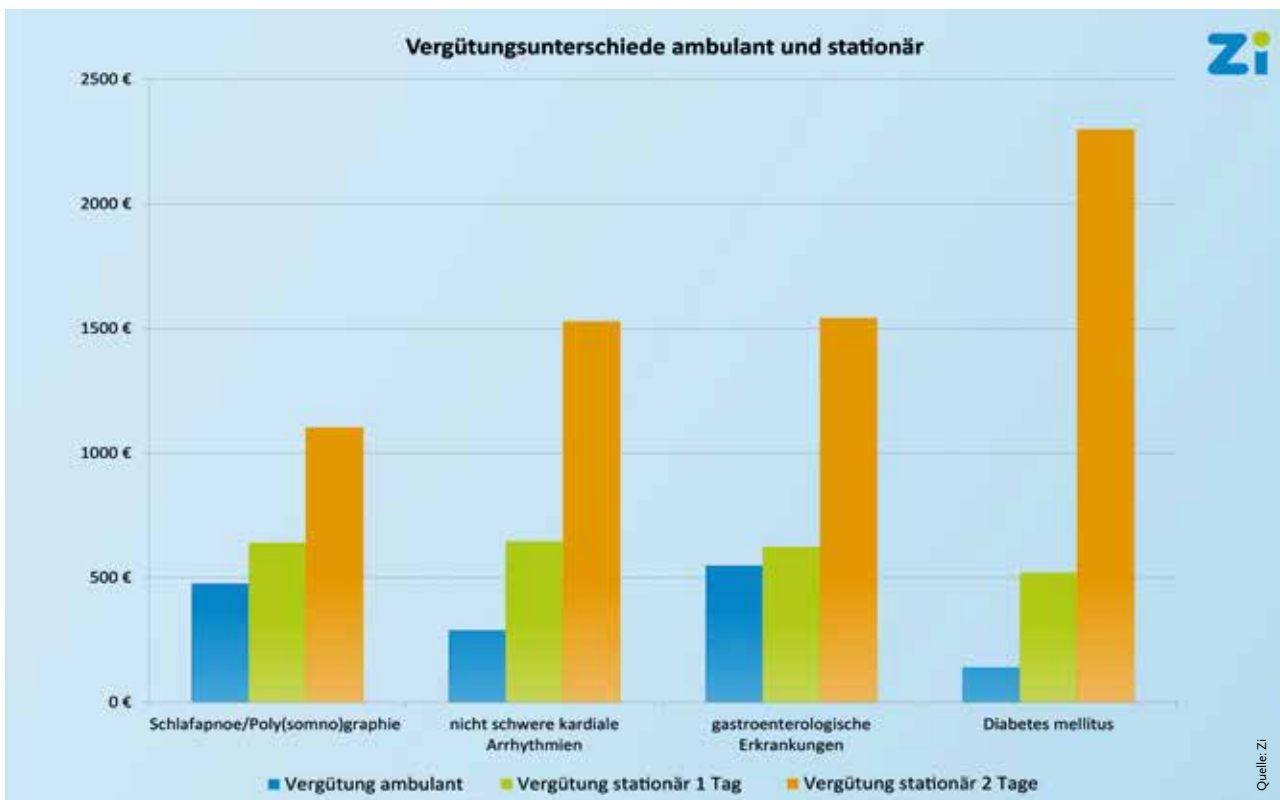
Bei Diabetes sind die Unterschiede am größten

Die wichtigsten Ergebnisse: Laut IGES-Berechnungen wird beispielsweise eine ambulante Diabetes-Behandlung mit 139 Euro vergütet. Einmalige Kosten für Patientenschulungen von etwa 100 Euro, die für die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm abgerechnet werden können, sind hierbei nicht enthalten. Eine Diabetes-Behandlung im Krankenhaus kostet hingegen am ersten Tag 520 Euro, und damit etwa

das 3,8-fache mehr. Dauert die stationäre Behandlung einen Tag länger, fallen Kosten von 2.299 Euro an – das sind 16,6 Mal mehr als bei einer ambulanten Diabetes-Behandlung.

Zweiter Tag im Krankenhaus ist besonders teuer

Bedeutende Unterschiede zeigten sich auch bei der Behandlung von nicht schweren kardialen Arrhythmien. Die ambulante Behandlung wird dem Gutachten zufolge mit 289 Euro vergütet. Der erste Behandlungstag im Krankenhaus kostet hingegen 646 Euro und somit das 2,2-fache mehr. Der zweite



Das IGES-Institut hat die ambulante und stationäre Vergütung am Beispiel von vier häufigen Erkrankungen verglichen.

Behandlungstag schlägt mit 1.529 Euro zu Buche, und damit dem 5,3-fachen der ambulanten Vergütung.

Für die Behandlung von Schlafapnoe/ Polysomnographie und gastroenterologischen Erkrankungen erhalten Krankenhäuser ebenfalls mehr Geld als niedergelassene Ärzte. Bleiben die Patienten

einen zweiten Tag in der Klinik, erhalten die Einrichtungen dafür bei der Schlafapnoe eine um das 2,3-fache höhere Vergütung als niedergelassene Ärzte, bei gastroenterologischen Erkrankungen ist die Vergütung um das 2,8-fache höher.


Hintergrund für das Zi-Gutachten ist das Vorhaben der Großen Koalition,

eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung einzurichten. Dabei soll auch die Vergütung Thema sein.

Weitere Informationen gibt es im Internet unter www.zi.de > Grafik des Monats Juni.

zi/ort

Anzeige



CGM TURBOMED
Arztinformationssystem

CGM TURBOMED
NATÜRLICH ECHT.

Synchronizing Healthcare

CGM CompuGroup Medical


Arztsein ist nicht nur Erfüllung. Arztsein ist herausfordernd, bedeutet große Verantwortung und manchmal auch, an seine Grenzen zu stoßen. Wie wichtig es doch ist, dabei ein verlässliches Arztinformationssystem an seiner Seite zu wissen. Und zwar eins, das die Anforderungen kennt, denen Sie sich tagtäglich stellen müssen. Das im wahrsten Sinne des Wortes keine Umstände macht, sondern Ihnen den direkten Weg zeigt. Das genau das hat, was Sie brauchen. Und dabei einfach und echt ist – natürlich echt: CGM TURBOMED.

cgm.com/turbomed

IHRE PARTNER IN BERLIN

TURBOMED® Berlin
IT in der Medizin

TURBOMED Berlin GmbH
Juliusstr. 19, 12051 Berlin
T +49 (0) 30 85128-48
F +49 (0) 30 627267-32
info@turbomed-berlin.de
turbomed-berlin.de


WinterKlee EDV
EDV - Service für Ärzte
T +49 (0) 30 56498704
F +49 (0) 30 627267-32
wk@winterklee.de
winterklee.de

CGMCOM-5177_UR_0917_LEM

Meldungen

ASV-Abrechnungsvereinbarung wurde angepasst

In der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) gab es zuletzt einige Änderungen, weshalb eine Anpassung der Abrechnungsvereinbarung notwendig war. Unter anderem wurde die Stammtabelle „Anlage 3a Zusatz-Weiterbildungen“, in der die Kodes der ASV-Krankheiten gemäß der jeweiligen Konkretisierung zugeordnet werden, angepasst. Da neue Erkrankungen in die ASV aufgenommen wurden, wurde die Anlage 3a für die Konkretisierungen für „urologische Tumore“ und „Morbus Wilson“ fortgeschrieben. Weitere Änderungen sind die Streichung einer Regelung und die Aktualisierung des Verzeichnisses der Pseudoziffern. Die Änderungsvereinbarung gibt es hier zum Nachlesen: www.kbv.de > Service > Rechtsquellen > zu besonderen Leistungen

Neues Fortbildungsangebot zu Antidiabetikum

Im Fortbildungsportal der KBV können sich Vertragsärzte zu dem Antidiabetikum Sitagliptin fortbilden. Die Teilnahme an der mit zwei CME-Punkten zertifizierten Online-Fortbildung ist kostenfrei. Sitagliptin ist für Erwachsene mit Typ-2-Diabetes-mellitus zugelassen, bei denen Ernährungsumstellung und Bewegung einen erhöhten Blutzuckerspiegel nicht ausreichend senken. Der Wirkstoff kann mit anderen blutzuckersenkenden Medikamenten wie Metformin, einem Sulfonylharnstoff oder Insulin kombiniert werden. Außerdem kommt der Wirkstoff als Monotherapie infrage. Die Fortbildung bietet Informationen zur Wirkungsweise und Wirksamkeit von Sitagliptin sowie zu Nebenwirkungen und Risiken. Darüber hinaus erhalten Ärzte Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise.

Das Fortbildungsportal der KBV befindet sich im Sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen.

kbv/vel

Telematikinfrastruktur

Zweiter Konnektor erhält Zulassung

Das Unternehmen T-Systems International GmbH zieht mit einem Konnektor für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) nach. Arztpraxen stehen nun zwei Konnektoren zur Auswahl. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erhofft sich dadurch einen stärkeren Wettbewerb, der sich auf die Preise auswirken wird.

Nach über einem halben Jahr, in dem Arztpraxen lediglich der Koco-Box-Konnektor der CGM zur Anbindung an die TI zur Verfügung stand, wurde Ende Juni der Konnektor von T-Systems durch die gematik zugelassen. Damit könnten mehr Ärzte und Psychotherapeuten ihre Praxis möglichst bald an die TI anschließen lassen, sagte KBV-Vorstand Dr. Thomas Kriedel.

Zulassung zweier mobiler Kartenleser

Ebenfalls zugelassen wurden zwei mobile Kartenterminals (Ingenico und Cherry). Zwei Bestandsgeräte von Ingenico und Zemo können zudem per Update TI-fähig gemacht werden. Nähere Information gibt es dazu unter www.gematik.de > Aktuelles.

Wichtig: die mobilen TI-Kartenterminals sind zwar in der Lage, das auf der eGK gespeicherte Ablaufdatum der Karte auszuwerten, bedienen aber nicht das Versicherten-Stammdatenmanagement (VSDM). VSDM kann aus technischen Gründen nur über das stationäre Kartenterminal durchgeführt werden.

TI-Finanzierung: Weitere Änderungen beschlossen

Erst Ende Mai konnte sich die KBV mit dem GKV-Spitzenverband unter Vermittlung des Bundesschiedsamtes darauf einigen, dass die Erstausstattungs-pauschale ab Juli deutlich angehoben wird (wir berichteten im KV-Blatt 7/18). Danach müssen die Krankenkassen für einen Konnektor und ein stationäres Kartenterminal im dritten Quartal 2.154 Euro zahlen. Das sind knapp 1.000 Euro mehr für den Konnektor als zuvor vereinbart.

Darüber hinaus konnte die KBV erreichen, dass Praxen, die Anspruch auf mehrere stationäre Kartenterminals haben, einen Komplexitätszuschlag erhalten. Insgesamt ergeben sich folgende Pauschalen:

Höhe der Pauschale			
Quartal der erstmaligen Nutzung	Anzahl Ärzte in der Vertragsarztpraxis (kumuliertes Vollzeitäquivalent)		
	<= 3	> 3 bis <= 6	> 6
im 3. Quartal 2018	2.154 Euro	2.154 Euro	2.154 Euro
ab 4. Quartal 2018	1.982 Euro	2.417 Euro	2.852 Euro

Der Anspruch gilt rückwirkend, sodass auch bereits ausgestattete Praxen den Zuschlag erhalten. Es sind keine weiteren Anträge notwendig. Der Zuschlag wird nach Größe (kumuliertes Vollzeitäquivalent) gestaffelt: Praxen mit mehr als drei Vertragsärzten erhalten 230 Euro, Praxen

mit mehr als sechs Vertragsärzten dann 460 Euro. Sofern auf Bundesebene die Einzelheiten hierzu geklärt sind, wird die KV Berlin die zusätzliche Erstattung vornehmen.

Nach jetzigem Stand sollen alle Arztpraxen bis Ende des Jahres an die Telema-

tikinfrastruktur angeschlossen sein. Praxen sollten daher jetzt die notwendige TI-Ausstattung bestellen. Die KBV setzt sich bei der Politik für eine Fristverlängerung zur TI-Anbindung ein.

kbv/vel

Neue Qualitätsvereinbarung ab Oktober

Schrittmacherkontrolle: Übergangsregelung wird verlängert

Zum 1. Oktober 2018 tritt die neue „Qualitätssicherungsvereinbarung (gemäß Paragraf 135 Absatz 2 SGB V) zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten“ in Kraft. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben sich geeinigt, die bis zum

30. Juni 2018 gültige Übergangsregelung bis Ende September dieses Jahres zu verlängern. Bis dahin können somit nachfolgend aufgeführte Leistungen – die grundsätzlich eine Abrechnungsgenehmigung der KV Berlin nach der „QS-Vereinbarung zur Funktionsanalyse von Kardioverttern beziehungsweise

Defibrillatoren und Systemen zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-System)“ voraussetzt – weiterhin auch mit einer „alten“ Genehmigung nach der „QS-Vereinbarung zur Herzschrittmacherkontrolle“ durchgeführt und abgerechnet werden.

wit/kv berlin

Kapitel 13 (Innere Medizin/Kardiologie)			
konventionell	GOP 13573	Funktionsanalyse implantierter Kardioverter/ Defibrillator	350 Punkte (37,29 Euro)
	GOP 13575	Funktionsanalyse implantierter Kardioverter/ Defibrillator	431 Punkte (45,92 Euro)
telemedizinisch	GOP 13574	Funktionsanalyse implantierter Kardioverter/ Defibrillator	350 Punkte (37,29 Euro)
	GOP 13576	CRT	431 Punkte (45,92 Euro)
Kapitel 4 (Pädiatrie)			
konventionell	GOP 04413	Funktionsanalyse implantierter Kardioverter/ Defibrillator	641 Punkte (68,29 Euro)
	GOP 04415	CRT	789 Punkte (84,06 Euro)
telemedizinisch	GOP 04414	Funktionsanalyse implantierter Kardioverter/ Defibrillator	641 Punkte (68,29 Euro)
	GOP 04416	CRT	789 Punkte (84,06 Euro)

Service der KV Berlin

Sie fragen – wir antworten



In unserer neuen Rubrik greifen wir häufige Fragen auf, die den Mitarbeitern des Service-Centers oder den Fachabteilungen der KV Berlin gestellt wurden. Die Antworten sollen dazu beitragen, Sie in Ihrem Praxisalltag zu unterstützen.

In der Empfangsbestätigung zur Abgabe der Abrechnung des 2. Quartals waren meine ÄBD-Fälle nicht in der Höhe ausgewiesen, wie sie von mir abgerechnet wurden. Was ist passiert?

Leider haben viele Ärzte nicht beachtet, dass sich zum 1. Januar 2018 die Scheinuntergruppe im ÄBD von 43 auf 41 geändert hat. Deshalb wurden diese Fälle in der Empfangsbestätigung nicht ausgewiesen. Im 1. und 2. Quartal 2018 hat die Abrechnungsabteilung diese Fälle automatisch umgesetzt. Alle ÄBD-Ärzte werden dringend gebeten, ihre PVS-Systeme entsprechend zu aktualisieren, damit die ÄBD-Fälle im 3. Quartal korrekt auf den Empfangsbestätigungen ausgewiesen werden und die ÄBD-Abrechnung zügig bearbeitet werden kann.

Bleibt die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung auch bei einem Vertragsarztwechsel gültig?

Die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung ist nicht auf den behandelnden Vertragsarzt beschränkt, sondern bezieht sich auf den Versicherten. Die Genehmigung muss daher bei einem Vertragsarztwechsel nicht neu beantragt werden.

Und was passiert bei einem Kassenwechsel des Versicherten?

Die Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung der alten Krankenkasse hat jedoch keine Verbindlichkeit gegenüber der neuen Krankenkasse. In derartigen Fällen müssen Versicherte einen neuen Genehmigungsantrag stellen.

Kann die biografische Anamnese nach der GOP 35140 im Verlauf der Durchführung von psychotherapeutischer Sprechstunde und anschließender Akutbehandlung abgerechnet werden?

Ja. Die biografische Anamnese ist nicht in derselben Sitzung wie die psychotherapeutische Sprechstunde oder die Akutbehandlung abrechnungsfähig. Bitte beachten Sie, dass die GOP 35140 nur einmal im Krankheitsfall abrechnungsfähig ist.

Hinweis: Ein Krankheitsfall umfasst nach Paragraph 21 Absatz 1 des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) das aktuelle sowie die nachfolgenden drei Kalendervierteljahre, die der Berechnung der krankheitsfallbezogenen Leistungspositionen folgen.

Dürfen Hausärzte die GOP 32125 (Bestimmung von Laborparametern) im Zusammenhang mit präoperativen Leistungen über die KV abrechnen? Und was ist dann mit dem Wirtschaftlichkeitsbonus?

Die GOP 32125 ist eine Komplexuntersuchung von mindestens sechs Laborparametern, die vor Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie (spinal oder peridural) zu erfolgen hat. Soweit der Hausarzt im Rahmen einer Präoperativen Untersuchung die Operationsvorbereitung nach den GOPen 31010 bis 31012 abrechnet, ist die GOP 32125 Bestandteil des fakultativen Leistungsinhalts der Operationsvorbereitung. Das bedeutet, dass die GOP 32125 bereits in der Bewertung der GOPen 31010 bis 31012 abgebildet ist und vom Hausarzt am Behandlungstag nicht mehr separat abgerechnet oder als Auftragslabor über Muster 10 veranlasst beziehungsweise aus der Laborgemeinschaft auf Muster 10A bezogen werden darf. Damit erscheint die 32125 KV-seitig nicht in der Abrechnung und belastet so auch nicht den Wirtschaftlichkeitsbonus.

Anzeige

good bye mission completed

„Kannst du nicht allen gefallen
durch deine Tat und dein Kunstwerk,
mach es wenigen recht;
vielen gefallen ist schlimm.“

Friedrich von Schiller (1759-1805)

Ich danke auf diesem Weg allen Kooperationspartnern, die mich in meinem interdisziplinären Konzept einer Dysplasiesprechstunde unterstützt haben. Nach 25 Jahren beende ich nun meine Tätigkeit als KV Arzt in Berlin, mich anderen Herausforderungen zuwendend. Schade, dass die BÄK mir keine Weiterbildungsmöglichkeit in Frauenheilkunde genehmigt hat, um mein Wissen und Können einem Adepten weiterzugeben. So stirbt mein Konzept hier mit meinem Fortgang. Andere wissen es besser zu schätzen.

Dr.med. Konrad Kurp, Frauenarzt und Pathologe • Interdisziplinäre Dysplasiesprechstunde
Hagelbergerstrasse 55 • 10965 Berlin-Kreuzberg

Impfleistungen

Durch fachgruppenübergreifende Impfungen die Impfrate erhöhen

Eine höhere Durchimpfungsrate hat einen hohen Stellenwert für den Schutz der Berliner Bevölkerung. Betrachtet man zurückliegende Krankheitsausbrüche – den Masernausbruch vor einigen Jahren oder die Grippeepidemie im vergangenen Winter – wird deutlich, dass hier noch viel mehr getan werden kann. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin setzt sich daher für die Förderung fachgruppenübergreifender Impfleistungen ein.

Das klassische Beispiel einer fachübergreifenden Impfleistung: der Elternteil, der mit seinem Kind zum Kinderarzt geht und gleich den eigenen Impfausweis überprüfen und sich gegebenenfalls auch impfen lässt. Solche fachgruppenübergreifenden Impfleistungen sind im Rahmen der von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen in geringfügigem Umfang nach dem Weiterbildungsrecht erlaubt. Das hatte die KV Berlin gemeinsam mit der Ärztekammer Berlin und dem damaligen Gesundheitssenator Mario Czaja bereits vor Jahren geklärt.

Im geringfügigen Umfang erlaubt

Doch wie ist der „geringfügige Umfang“ definiert? Diese Fragestellung verunsichert Vertragsärzte bei der Abrechnung, was einer hohen Durchimpfungsrate entgegenwirken kann. Der Vorstand der KV Berlin ist daher an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen und Krankenkassenverbände herangetreten, um den unbestimmten Rechtsbegriff des geringfügigen Umfangs zu definieren und den Vertragsärzten Rechtssicherheit bei der Abrechnung zu geben.

Rechtssicherheit bei unter fünf Prozent

Das Ergebnis: Ein Anteil von fachfremden Leistungen bis fünf Prozent bewegt sich noch im geringfügigen Bereich. Bei fachfremden Leistungen muss es sich um besondere und sporadisch auftretende Fälle handeln. Wenn Vertragsärzte den geringen Umfang von bis zu fünf Prozent fachgruppenübergreifender Impfleistungen einhalten, besteht keine Regressgefahr. Regelmäßige und systematische Behandlungen sind dagegen unzulässig.

Der von den Berliner Krankenkassen akzeptierte Rahmen sollte genutzt werden. „Bitte lassen Sie in Ihrem großen Engagement nicht nach und nutzen Sie diesen Spielraum zum Wohle Ihrer Patienten und nachfolgend für die ganze Bevölkerung“, appelliert Dr. Burkhard Ruppert, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Berlin, an die KV-Mitglieder. Das vertrauensvolle Gespräch mit ihrem Arzt sei für den Patienten oft das entscheidende Kriterium für eine Impfung.

Kleiner Piki, große Wirkung

Die Impfbereitschaft ist in Deutschland laut der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zwar gut, die Durchimpfungsraten sind in der Bevölkerung aber immer noch zu niedrig. Einige Eltern sind unentschlossen und haben Vorbehalte. Echte Impfgegner, die sachlichen Argumenten gegenüber schwer zugänglich sind, machen aber einen verschwindend geringen Teil aus. Impfskeptiker hingegen können gut durch Gespräche erreicht werden, da es ihnen in der Regel wichtig ist, die sie betreffenden Entscheidungen individuell zu fällen. Eine gezielte Ansprache mit einem Gesprächsangebot kann hier Ängste nehmen und aufzeigen, dass jede eigene Impfung auch zum Schutz der gesamten Bevölkerung beiträgt. Ein kleiner Piki, der lebensrettend sein kann.

In der Septemberausgabe des KV-Blatts wird sich die Redaktion intensiv mit dem Thema Impfen auseinandersetzen und Vertragsärzten Tipps mit an die Hand geben, wie sie beim Thema Impfen Überzeugungsarbeit leisten und Patienten informieren können.



Foto: Shutterstock

Impfungen können vor gefährlichen Infektionskrankheiten schützen.

vel

Vorstandsbeschluss

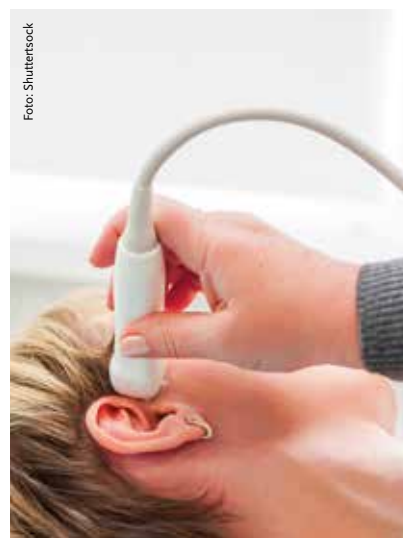
Genehmigung qualitätsgesicherter Leistungen: Verfahren wird angepasst

Mehr als zwei Drittel aller diagnostischen und therapeutischen Kassenleistungen unterliegen einer zusätzlichen Qualitätskontrolle und somit einer Genehmigungspflicht durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Im Genehmigungsverfahren prüft die Verwaltung, ob die beantragte Leistung zum Fachgebiet des Arztes gehört. Der Vorstand der KV Berlin hat am 29. Mai 2018 mit seinem Beschluss dieses Prüfverfahren zur Bestimmung der Fachgebietsgrenze konkretisiert.

Wenn Vertragsärzte eine qualitätsgesicherte Leistung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen wollen, sind sie dabei auf das Fachgebiet beschränkt, für das sie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind. Das Fachgebiet und somit auch die Fachgebietsgrenze werden im Wesentlichen durch die Weiterbildungsordnung (WBO) der Ärztekammer definiert.

Die Prüfung der Fachgebietsgrenze erfolgt zunächst auf der Grundlage der maßgeblichen WBO, die für den Arzt zum Zeitpunkt der Erlangung seines Facharztstitels galt. Weiterbildungsordnungen unterliegen jedoch einer stetigen

Weiterentwicklung, sodass in Abhängigkeit des Studienjahrgangs unterschiedliche Weiterbildungsordnungsinhalte



Ultraschalluntersuchungen gehören zu den qualitätsgesicherten Leistungen, die genehmigt werden müssen.

gelehrt worden sind. Dies kann dazu führen, dass bei Ärzten derselben Facharztgruppe abweichende Fachgebietsgrenzen entstehen können. Damit ein Arzt beispielsweise nicht von der Erbringung

und Abrechnung von Leistungen ausgeschlossen wird, die nach der aktuellen WBO zum Fachgebiet gehören, aber in „ihrer“ älteren WBO noch nicht enthalten waren, erfolgen weitere Prüfschritte im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Einer davon besteht in der Beantwortung der Frage, ob die beantragte Leistung vom – fachlich medizinischen Standpunkt aus – dem Fachgebiet sachgerecht zugeordnet werden kann.

Um dem dargelegten Sachverhalt gerecht zu werden, hat der Vorstand der KV Berlin nunmehr das Prüfverfahren zur Bestimmung der Fachgebietsgrenze konkretisiert. Im Sinne der aktuellen Sozialgerichtsrechtsprechung Berlin bestimmt die KV Berlin die Fachgebietsgrenze bei Anträgen auf Genehmigung qualitätsgesicherter Leistungen künftig immer dann anhand der aktuellen Fassung der WBO, wenn

- die genehmigungspflichtige Leistung zur Weiterbildungszeit relativ neu war und noch zu keiner Facharztgruppe gehörte oder
- wenn sich das Fachgebiet des Antragstellers beziehungsweise des

Anwendung der aktuellen Weiterbildungsordnung: Ein Fallbeispiel

Ein Facharzt für Nervenheilkunde hat nach der Weiterbildungsordnung (WBO) der Ärztekammer Berlin von 1994 seinen Facharzttitel erworben. Er stellt nunmehr bei der KV Berlin einen Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für die Ultraschall-diagnostik der hirnversorgenden Gefäße. Aus der WBO von 1994 geht hervor, dass die Sonographie als Untersuchungs- und Behandlungsverfahren nicht definiert wurde. Die zur WBO gehörende Richtlinie führt lediglich die „Indikationsstellung zu und Einordnung des Befundes in das Krankheitsbild von 100 doppler-sonographischen Untersuchungen der hirnversorgenden Gefäße“ an. Die Durchführung dieser ultraschalldiagnostischen Leistungen ist hingegen noch nicht abgebildet. Die Sonographien der hirnversorgenden Gefäße gehören jedoch zu den neurologischen Routineuntersuchungen. Die Bestimmung der Fachgebietsgrenze erfolgt gemäß Vorstandsbeschluss nach der aktuellen WBO von 2004 (10. Nachtrag) der Ärztekammer Berlin. In dieser ist abgebildet, dass die „sonographischen Untersuchungen von Nervensystem und Muskeln sowie Doppler-/ Duplex-Untersuchungen extra- und intrakranieller hirnversorgender Gefäße“ dem Fachgebiet der Neurologie zugeordnet sind.

angestellten Arztes weiterentwickelt hat und die beantragten Leistungen in der damaligen Fassung der WBO nicht abgebildet waren.

In allen anderen Fällen ist die WBO heranzuziehen, die zum Zeitpunkt der Erlangung des Facharztstitels galt. Ist eine Auslegung der Inhalte der aktuellen Weiterbildungsordnung notwendig, entscheidet die Ärztekammer über die Zugehörigkeit von Leistungen zu einem bestimmten Fachgebiet.

Gehört die beantragte Leistung zum Fachgebiet, dann erfolgt die Prüfung der fachlichen Befähigung des leistungserbringenden Arztes und ggf. die Prüfung der apparativen Voraussetzung gemäß der jeweiligen QS-Vereinbarung.

Diana Diersche, kommissarische Sachgebietsleiterin Ultraschall in der Abteilung Qualitätssicherung bei der KV Berlin

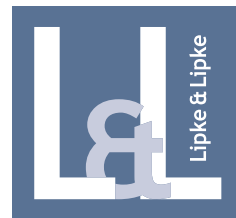
Was ist die Fachgebietsgrenze und wie prüft die KV?

Vertragsärzte können nur solche genehmigungspflichtigen Leistungen erbringen und abrechnen, die zu ihrem Fachgebiet gehören. Welche medizinischen Leistungen ein Fachgebiet umfasst, ist in der Weiterbildungsordnung der zuständigen Ärztekammer festgelegt. Leistungen, die innerhalb dieser sogenannten Fachgebietsgrenze liegen, genehmigt die KV, wenn Ärzte zudem nachweisen können, dass sie dafür fachlich qualifiziert sind und über die erforderlichen medizinischen Geräte verfügen. Beantragt ein Arzt hingegen die Erbringung einer Leistung, die für sein Fachgebiet fachfremd ist, darf die KV dies nicht genehmigen. Will ein Gynäkologe beispielsweise die Schilddrüse seiner Patientinnen mittels Ultraschall untersuchen, erhält er dafür keine Genehmigung, da diese Leistung nicht zu seinem Fachgebiet gehört. Es genügt nicht, wenn er nachweisen kann, dass er Fortbildungen zur Schilddrüsenultraschallsonographie belegt hat. Hingegen erhält er die Genehmigung für die Sonographie der weiblichen Genitalien, sofern er zusätzlich die nötigen fachlichen und apparativen Nachweise gemäß der Ultraschall-Vereinbarung erbringen kann. Mehr Informationen zur Genehmigung qualitätsgesicherter Leistungen gibt es im Internet unter www.kvberlin.de > Für die Praxis > Qualität > QS-Leistungen > Antrag auf Abrechnungsgenehmigung.

Anzeige

„Wenn aus Partnern Freunde werden!“

Dr. med. Rosemarie S., Kinderärztin, Berlin



Arztabrechnung.com

Danke, das macht uns glücklich!

Warum? Weil wir als **Abrechnungsstelle** immer erreichbar sind und jeden Mandanten persönlich kennen. Weil wir anfassbar sind und echte Hand- und Kopfarbeit machen. Und das seit 20 Jahren mit unserer stetig wachsenden Mandantenfamilie.

Rufen Sie uns an: 0160-8835573

Seminare im Herbst

Mit der KV das Wissen auffrischen

Die KV Berlin bietet ihren Mitgliedern 2018 über 50 Seminare zu verschiedenen Themen an. Beliebt sind unter anderem die Workshops zu Daten- und Arbeitsschutz oder die teilweise ausführlichen Seminare zu Fragen des Qualitätsmanagements, der Hygiene oder der Medizinprodukte-Aufbereitung.

Detaillierte inhaltliche Beschreibungen der Seminare gibt es unter www.kvberlin.de > Für die Praxis > Service > Seminarprogramm zum Nachlesen. Anmeldungen zur Teilnahme sind entweder per E-Mail an seminare@kvberlin.de oder per Fax an 030 31003900 möglich.

Auszug aus dem Herbstprogramm:

September

Grundlagenseminar: Praxisbegehung

Dienstag, 18. September 2018, 10 – 16 Uhr
acht Fortbildungspunkte; 125 Euro
Themenschwerpunkte:

- Ablauf einer Begehung/ Vorbereitung
- Welche Behörde ist zuständig?
- Begehungen nach den Vorgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung
- Relevante Rechtsvorschriften, unter anderem:

- Infektionsschutz- und Arbeitsschutzgesetz
- Mess- und Eichgesetz sowie Medizinproduktegesetz
- Gefahrstoff-, Röntgen- und Strahlenschutzverordnung

Aufbaukurs: Praxismanager (dreitägig)

Mittwoch – Freitag,
19. – 21. September 2018
Mittwoch, 11 – 17 Uhr, Donnerstag, 9 – 17 Uhr, Freitag, 9 – 16.30 Uhr
keine Fortbildungspunkte; 360 Euro
Themenschwerpunkte:

- Kommunikationstraining
- Personalmanagement und -planung
- Zeitmanagement
- Betriebswirtschaftliche Instrumente
- Qualitätsmanagement

Oktober

Aufbereitung von Medizinprodukten in der Praxis (24 Stunden, inklusive Prüfung)

Dienstag – Donnerstag,
16. – 18. Oktober 2018
Dienstag – Mittwoch, 8 – 16.45 Uhr,
Donnerstag, 8 – 15.30 Uhr
keine Fortbildungspunkte; 340 Euro
Themenschwerpunkte:

- Rechtsquellen, Verordnungen, betriebliche Anweisungen, Prozessvalidierung
- Voraussetzung: Risikobewertung, Einstufung von MP; betriebliche Anforderungen
- Mikrobiologie und Aufbereitungschemie
- Sichtkontrolle, Pflege, Funktionskontrolle bei der Aufbereitung
- Packen und Verpacken von Medizinprodukten
- Dekontamination, Sterilisation und Freigabe zur Anwendung

Hinweis: Auf der Themenseite „Hygiene / Aufbereitung von Medizinprodukten“ gibt es für die Arztpraxis hygienerelevante Informationen. Dort können unter anderem die Leitfäden „Hygiene in der Arztpraxis“ oder „Hygiene in der Psychotherapiepraxis“ heruntergeladen oder diverse Musterhygienepläne zur weiteren Verwendung angefordert werden: www.kvberlin.de > Für die Praxis > Themen von A-Z > Hygiene / Aufbereitung von Medizinprodukten.

red

Anzeige



**Wirtschaft
Medizin
Recht**

Wir beraten und vertreten • niedergelassene Ärzte • MVZ • Krankenhausträger
• Leistungserbringer im Gesundheitsmarkt • angestellte Ärzte • Chefarzte
• Arbeitgeber

Zulassung • Gründung / Auseinandersetzung von Ärztlichen Kooperationen
• MVZ • Vertragsarztrecht • Arbeitsrecht • KV-Abrechnung • Berufsrecht
• Nachfolgeregelung / Erbrecht • Steuern

WMR Fiedler + Venetis
Rechtsanwalts-gesellschaft mbH

Dorotheenstraße 3 | 10117 Berlin
fon 030/88716360 | fax 030/887163612
info@wmr-kanzlei.de | www.wmr-kanzlei.de

Ihre Ansprechpartner:
| **RA André Fiedler**
| Fachanwalt für SteuerR
| Fachanwalt für MedizinR
| **RA Frank Venetis**
| Fachanwalt für Arbeitsrecht

**KV-Service-Center und
betriebswirtschaftliche
Beratung**

(030) 310 03-999

Service-Center@kvberlin.de

Mo, Di, Do 8.30-17 Uhr
Mi, Fr 8.30-15 Uhr
Service-Center@kvberlin.de

20 Jahre „Berliner Projekt“

Die „Pflege mit dem Plus“ hat sich bewährt

Betreuungs- und Pflegeprozesse aufeinander abstimmen und die medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sichern – mit diesem Ziel wurde das „Berliner Projekt“ 1998 von der KV Berlin und den teilnehmenden Krankenkassen ins Leben gerufen – eine Erfolgsgeschichte mit bundesweiter Signalwirkung.

„Gerade auch vor dem Hintergrund der aktuellen Bestrebungen des Gesetzgebers, ein umfangreiches Maßnahmenpaket zur Unterstützung der Pflege auf den Weg zu bringen, kann das Berliner Projekt in vielerlei Hinsicht als Vorzeigemodell für ganz Deutschland dienen“, sagt der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Berlin, Dr. Burkhard Ruppert. Die mittlerweile 20 Jahre alte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen und angestellten Ärzten, Pflegenden und Pflegeeinrichtungen habe gezeigt, dass eine berufs- und strukturübergreifende Kooperation sinnvoll sein kann.

Auf der Festveranstaltung zum 20-jährigen Jubiläum am 28. Juni 2018 dankte Gesundheitssenatorin Dilek Kolat den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen, Ärzten und Pflegenden für ihr Engagement und stellte die Bedeutung des Projekts heraus: „Die Senatsverwaltung unterstützt das mehrfach ausgezeichnete Berliner Projekt, weil es die gemeinsame Arbeit der unterschiedlichen Professionen fördert und die Qualität der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen optimiert.“

Optimale Versorgung

Die am Projekt beteiligten Ärzte bieten eine wöchentliche Visite an und sind bei Bedarf rund um die Uhr erreichbar. Durch diese Präsenz kann die Therapie unmittelbar vor Ort beginnen. Krankenhauseinweisungen und Krankenfahrten

sollen verringert werden, um die rund 1.500 eingeschriebenen Versicherten körperlich, psychisch und finanziell zu entlasten. Außerdem werden Gesundheitsausgaben reduziert: Die Zahl der Krankenhausaufenthalte für Bewohner in den mittlerweile 27 Projekteinrichtungen ist rund 20 Prozent geringer als bei nicht in das Projekt eingebundenen Bewohnern in anderen Einrichtungen.

Projekt mit Vorbildcharakter

Das Mehr an Strukturqualität zur verbesserten ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Betreuung sorgte dafür, dass im Berliner Projekt modellhaft angewandte Versorgungsansätze mittlerweile in die Regelversorgung übernommen

werden konnten. „Es freut uns, dass die erreichten Fortschritte im Berliner Projekt ein Vorbild für die bundesweite Gestaltung der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sind. Dies gilt es auch zukünftig auszubauen, zum Beispiel indem sich neben der AOK Nordost, der IKK BB, der SBK und der Bahn BKK weitere Krankenkassen dem Berliner Projekt anschließen“, sagt Detlef Albrecht, Vorsitzender des Lenkungsausschusses des Berliner Projekts. Die KV Berlin hält weiter an dem wichtigen Projekt fest: „Hand in Hand mit allen Beteiligten wird die KV Berlin ihren Teil dazu beitragen, dass die medizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen weiter verbessert wird“, so Dr. Burkhard Ruppert.

reu



Das Berliner Projekt soll die medizinische Versorgung in Pflegeeinrichtungen verbessern.

KV Berlin on tour

Wann wähle ich die 116117 und wann die 112?

Diese Frage dürften jetzt noch mehr Berliner beantworten können. Die KV Berlin war am Tag der offenen Tür der Feuerwehr am 1. Juli mit Informationsmaterial, einem der magentafarbenen Einsatzfahrzeuge und einem Bereitschaftsarzt vor Ort, um die 116117, die bundesweite Nummer des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, zu bewerben.

Die kostenfreien Pflasterboxen, wahlweise mit KV Berlin- oder mit 116117-Logo, lockte die Besucher des Feuerwehr-Erlebnistages in Charlotten-

burg-Nord an den KV-Stand. Eine gute Gelegenheit, um mal nachzuhaken: „Kennen Sie die 116117?“

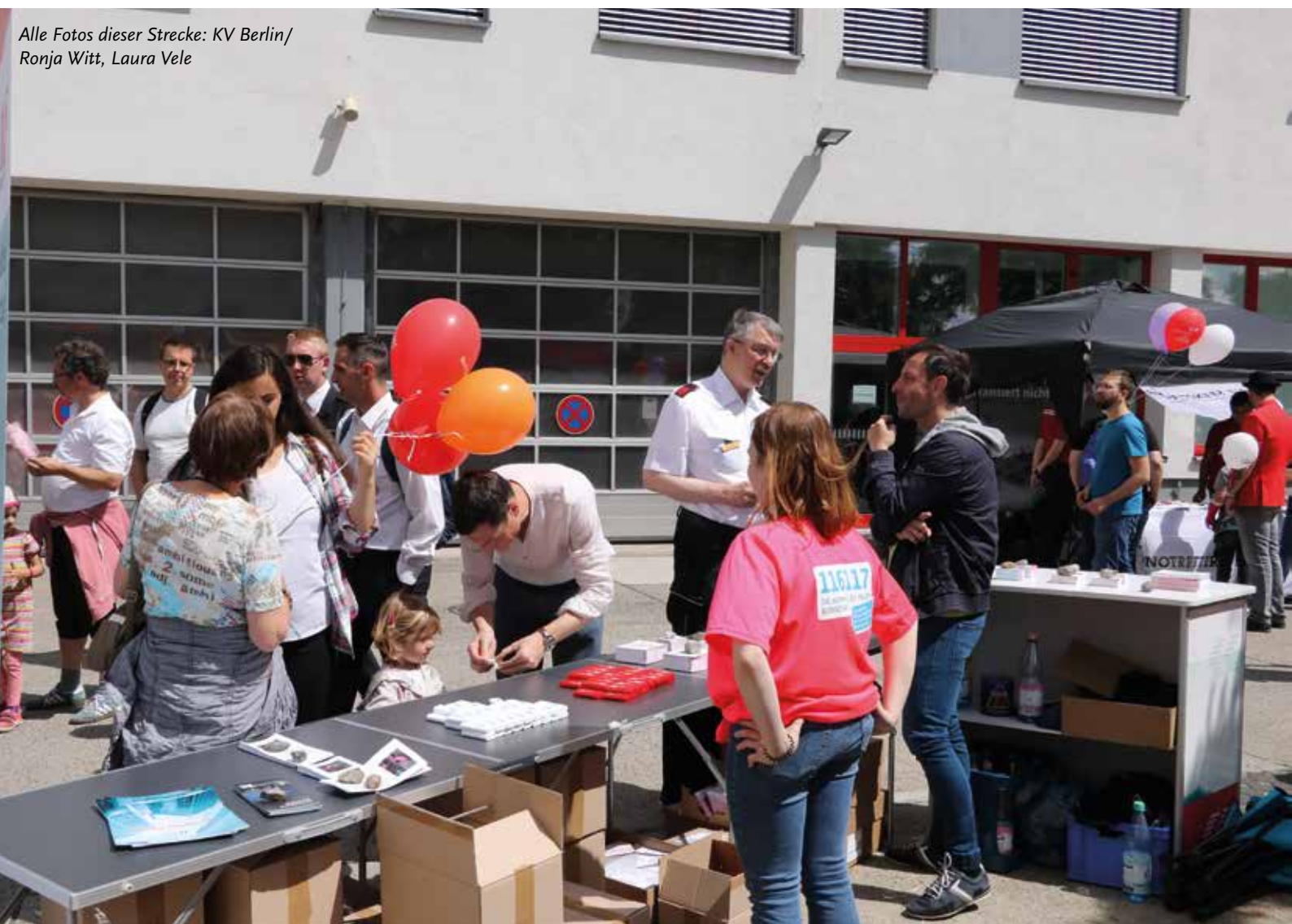
Bekannt ist die bundesweite Nummer des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes vor allem unter Eltern, die den Dienst aufgrund ihrer Kinder schon einmal genutzt haben. Einigen anderen war die Nummer aber – noch – kein Begriff. Die Erklärung, in welchen Fällen die 116117 angerufen werden kann und wie die Abgrenzung zur 112 ist, überzeugte die

Besucher, denn viele mussten schon einmal lange Wartezeiten in einer Notaufnahme in Kauf nehmen.

Die Notaufnahme ist für lebensbedrohliche Notfälle, Verletzungen wie Platzwunden, Knochenbrüche oder Verbrennungen vorgesehen. Der Ärztliche Bereitschaftsdienst ist für Patienten da, die mit leichteren Erkrankungen nicht bis zum nächsten Werktag warten oder einen ärztlichen Rat einholen möchten.

vel

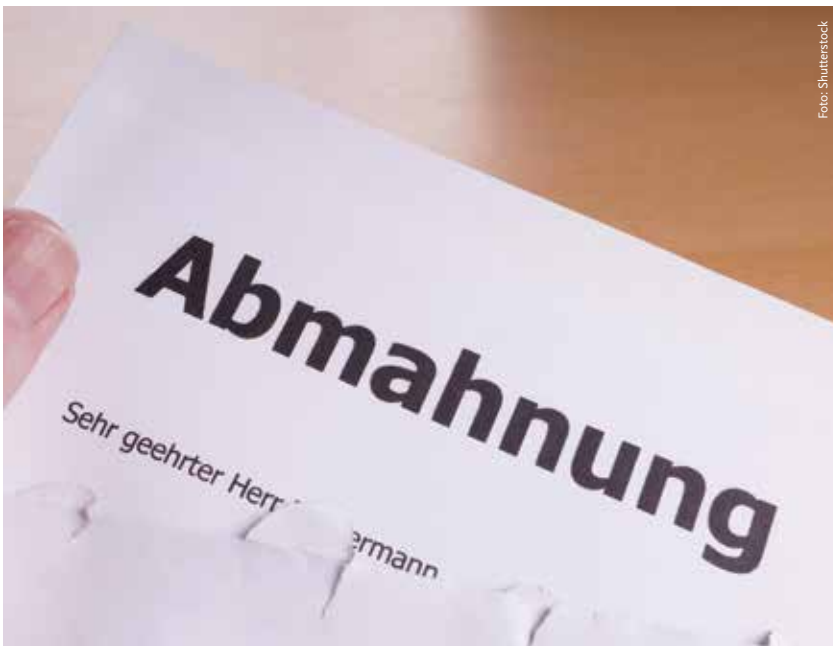
Alle Fotos dieser Strecke: KV Berlin/
Ronja Witt, Laura Vele





Datenschutz-Grundverordnung

Abmahnmissbrauch verhindern



Berufsverbände von Ärzten und Psychotherapeuten und die KBV warnen vor unverhältnismäßigen Abmahnungen bei Verstößen gegen die DSGVO.

Die Verunsicherung bei der korrekten Umsetzung der neuen EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) ist groß und mitunter wird befürchtet, dass eine Abmahnwelle auf Arztpraxen zukommt, zum Beispiel wegen fehlender Informationen auf der Praxiswebsite. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mahnt vor einer Überinterpretation der Verordnung.

Dazu haben bei der Konzentrierten Aktion am 22. Juni die Berufsverbände und die KBV eine Resolution verabschiedet. Der Appell ruft zu einer Auslegung der DSGVO mit Augenmaß auf. Wenn niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten aufgrund einer überzogenen Interpretation der Verordnung zu Opfern von Abmahnwellen würden und folglich hohe Strafen zahlen müssten, gefährde das auch medizinische Versorgung der

Bevölkerung. Weiterhin heißt es in der Resolution:

„Die DSGVO führt offenbar bereits jetzt zu falschen juristischen Einschätzungen wie zuletzt der der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen (LDI NRW). Von dort heißt es, dass Ärzte bei der Inanspruchnahme von externen Laboren bilaterale Verträge zur Auftragsverarbeitung abschließen müssen. Die Berufsverbände sind hingegen der Auffassung: „Ärztliche Leistung ist keine Auftragsverarbeitung!“

Daneben würden auf Überweisung in Anspruch genommene Fachärzte rechtlich im Auftrag des Primärarztes tätig, und nicht auf Grundlage eines eigenständigen Vertragsverhältnisses zum Patienten. Sie seien laut LDI NRW

daher – sowohl in Bezug auf die fachgruppenbezogene Leistungserbringung, als auch hinsichtlich der damit im Zusammenhang stehenden Datenverarbeitung – nicht originär selbst Verantwortlicher im Sinne der DSGVO, sondern Auftragsverarbeiter für den Primärarzt. Gleichzeitig wird seitens der LDI NRW erklärt, dass auf die Einwilligungserklärung des Patienten verzichtet werden kann, wenn ein Vertrag zur Auftragsverarbeitung existiert. Gegen eine solche Auftragskette hat sich der BGH bereits im Jahr 2010 positioniert. Im Übrigen hat die LDI NRW ein unzutreffendes Verständnis von den Vorschriften des EBM und des BMV-Ä.

Fehleinschätzungen wie die der LDI NRW führen laut den Berufsverbänden einerseits zu unnötigen Papierbergen in den Praxen der Ärzte und Psychotherapeuten und können andererseits zu einem Hemmschuh gesetzlich erwünschter Kooperationen werden. Die interprofessionelle und fachübergreifende Zusammenarbeit ist zwingende Voraussetzung für die hohen medizinischen Standards, nach denen in Deutschland Patientinnen und Patienten behandelt werden. Einer überbordenden Bürokratie wegen der Datenschutzgrundverordnung sollte deswegen entschieden entgegengewirkt werden.“ Zuvor hatten auch die Fraktionen von Union und SPD vor einem Abmahnmissbrauch gewarnt. Noch vor der Sommerpause solle die Bundesregierung einen entsprechenden Gesetzesvorschlag vorbereiten. Damit sollen insbesondere kleine und mittelständische Unternehmen, Vereine und gemeinnützige Organisationen geschützt werden, für die eine Abmahnung ein großes finanzielles Risiko darstellt.

kbv/vet

Ständige Impfkommission

Auch Jungen sollten sich gegen HPV impfen lassen

Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) nicht mehr nur Mädchen, sondern nun auch allen Jungen im Alter von neun bis 14 Jahren. Dadurch soll der Entstehung von Krebs infolge von HPV-Infektionen vorgebeugt werden. Die Impfempfehlung für Mädchen und junge Frauen gilt bereits seit 2007.

HPV-Infektionen gehören zu den häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen. Etwa 80 Prozent aller Menschen, die sich mit HPV angesteckt haben, bemerken dies nicht, weil keine Krankheitszeichen auftreten. Die Infektion heilt bei einem Großteil nach einiger Zeit von selbst und ohne bleibende Folgen wieder aus.

Jedoch kann infolge von HPV-Infektionen auch Krebs entstehen. Laut RKI erkranken in Deutschland jedes Jahr etwa 4.600 Frauen an Gebärmutterhalskrebs. Für fast alle dieser Tumore sind HPV-Infektionen verantwortlich. Bei Männern können HPV-Infektionen Penis- und Analkrebs sowie Krebserkrankungen der Mundhöhle und des Rachens auslösen. Das Zentrum für Krebsregisterdaten im RKI schätzt, dass jährlich bei Männern etwa 600 Analkarzinome, mindestens 250 Peniskarzinome und etwa 750 Karzinome in der Mundhöhle oder im Rachen auftreten, die auf eine HPV-Infektion zurückgehen.

Wirksamer Schutz vor Krebsvorstufen

„Die Impfung gegen Humane Papillomaviren schützt wirksam vor einer HPV-Infektion und daraus resultierenden Krebsvorstufen“, betont Lothar H Wieler, Präsident des Robert Koch-Instituts



Die Ständige Impfkommission empfiehlt die HPV-Impfung für Jungen zwischen neun und 14 Jahren.

(RKI). Laut RKI ist die Impfung sehr sicher. Weltweit wurden bereits mehr als 270 Millionen HPV-Impfungen verabreicht, ohne dass wesentliche Impfkomplicationen aufgetreten sind.

Immunsierung vor dem ersten Sexualkontakt

Laut STIKO sollte die Immunsierung vor dem ersten Sexualkontakt erfolgen. Wie bei der HPV-Impfung für Mädchen sollten sich Jungen zwischen neun und 14 Jahren zwei Mal im Abstand von mindestens fünf Monaten impfen lassen. Wenn die erste HPV-Impfung im Alter von 15 Jahren oder älter verabreicht wird, sind insgesamt drei Impfungen notwendig. Bis zum Alter von 17 Jahren können junge Männer die Impfung nachholen.

Bei Mädchen ist die Bereitschaft, sich impfen zu lassen, nicht sehr groß. Laut

RKI waren im Jahr 2015 lediglich 44,6 Prozent der 17-jährigen Mädchen vollständig gegen HPV geimpft.

Impfung ist noch keine Kassenleistung

Die STIKO hat die HPV-Impfeempfehlung für Jungen im „Epidemiologischen Bulletin“ 26/2018 veröffentlicht. Auf dieser Basis entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss innerhalb von drei Monaten, ob die HPV-Impfung von Jungen in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen und damit Leistung der gesetzlichen Krankenkassen wird.

Weitere Informationen gibt es unter www.rki.de/hpv-impfung sowie im Impf-Portal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter www.impfen-info.de > Für Jugendliche > HPV.

ort

Meldepflichtige Infektionskrankheiten

Berlin im Jahr 2017 bundesweiter Spitzenreiter

Ein unrühmlicher Spitzenplatz: Das Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo) registrierte im Jahr 2017 im bundesweiten Vergleich in Berlin die höchste Anzahl an Neuerkrankungen für meldepflichtige Infektionskrankheiten.

Dies gilt insbesondere für den Bereich der seltenen reiseassoziierten Erkrankungen – das sind Erkrankungen, die auf eine Infektion im Ausland zurückzuführen sind – sowie bei Hepatitis A und Hepatitis C. Bei den reiseassoziierten Erkrankungen fielen das Chikungunya-Fieber, das Denguefieber und Giardiasis (zu 50 Prozent reiseassoziiert), die über Wasser übertragbare Legionellose sowie die sexuell übertragbare Syphilis ins Gewicht. Sowohl bei der Tuberkulose als auch bei der HIV-Infektion hatte Berlin in der Vergangenheit deutlich höhere Zahlen an Neuerkrankungen als die meisten anderen Bundesländer.

Im Jahr 2017 wurden in Berlin nach dem IfSG (Infektionsschutzgesetz) 19.028 meldepflichtige Erkrankungen in 48 Kategorien sowie 895 Ausbrüche erfasst. Erwartungsgemäß wurden die meisten Fälle bei gastroenteritischen Erkrankungen durch Noroviren, Campylobacter spp. und Rotavirus sowie der saisonalen Influenza verzeichnet. Insgesamt stellen diese Erkrankungen 60 Prozent aller Meldungen dar.

Als ein sich fortsetzender Trend seit dem Jahr 2001 und dem Inkrafttreten des IfSG zeigt sich der Anstieg bei Hepatitis E und Legionellose sowie bei EHEC (seit 2012). Auch im Jahr 2017 sind hier steigende Werte zu verbuchen. Seit dem Jahr 2001 wurden in diesen Meldekategorien die höchsten Fallzahlen registriert. Dies gilt auch für Haemophilus influenzae und Hepatitis B (hier v.a. bedingt durch Änderungen der Zählweise, „RKI-Referenzdefinition“, im Jahr

2015) sowie der insgesamt seltenen, jedoch lebensbedrohlichen Listeriose. Ein sich fortsetzender Abwärtstrend zeigte sich hingegen bei Hepatitis C (seit 2014) und der Salmonellose (seit 2001). Bei der Salmonellose und bei Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (meldepflichtig seit 2009) wurden die niedrigsten jährlichen Fallzahlen im Meldesystem verzeichnet.

Durch das Meldesystem konnten im Jahr 2017 zwei bezirksübergreifende Krankheitsausbrüche erkannt und aufgeklärt werden (Salmonella Virchow) beziehungsweise eine Maßnahmenkampagne zur Verhinderung von Neuerkrankungen im Fall von Hepatitis A durchgeführt werden. Das IfSG wurde im Jahr 2017 umfänglich angepasst. Unter anderem ist die Verpflichtung zur Auskunft gegenüber Gesundheitsämtern nun gesetzlich verankert und hebt die ärztliche Schweigepflicht – für diesen Zweck – auf.

hol

Anzeige



www.bbm-datenschutz.de

bbm DATENSCHUTZ GmbH

Kurfürstendamm 21
Kranzler Eck / Etage 7
10719 Berlin

+49 (0)30 24 63 03 84

info@bbm-datenschutz.de

**Zertifizierte
Datenschutzbeauftragte**

Inhalt

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen August 2018

KV Berlin A1607

2. Änderungsvereinbarung zum Vertrag zwischen der KV Berlin und der BIG direkt gesund (Hautkrebsvorsorge-Verfahren)

KV Berlin A1610

3. Änderungsvereinbarung zum Vertrag zwischen der KV Berlin, DAK-Gesundheit und KKH (frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus)

KV Berlin A1610

8. Nachtrag zum Vertrag zwischen der KV Berlin und BARMER (Hautkrebsvorsorge-Verfahren)

KV Berlin A1611

Änderung der Bereitschaftsdienstordnung

KV Berlin A1611

Änderungen des HVM zum 1. April 2018

KV Berlin A1611

Änderungen des HVM zum 1. Oktober 2018

KV Berlin A1612

Hinweis für Bewerbungen auf ausgeschriebene Arztsitze

Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin schreibt auf Beschluss des Zulassungsausschusses die folgenden Vertragsarztsitze im Planungsbereich Berlin-Bundeshauptstadt zur Nachbesetzung aus.

Die **Bewerbungsfrist** für die hier aufgeführten Ausschreibungen **endet am 13.08.2018**. Bewerbungen sind unter Angabe der jeweiligen Kennziffer an die KV Berlin, Abt. Arztregister, Masurenallee 6 A, 14057 Berlin oder per Fax unter 030/31003-311 zu richten, Bewerbungen per E-Mail werden nicht akzeptiert.

Nach Eingang der Bewerbung werden die Kontaktdaten der jeweiligen Praxis durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin mitgeteilt. Die Kassenärztliche Vereinigung leitet nur solche Bewerbungen an den Zulassungsausschuss weiter, bei denen bis zum **27.08.2018** unter Angabe des nachzubesetzenden Vertragsarztsitzes mitgeteilt wird (z.B. durch einen Antrag auf Zulassung), dass die Übernahme des Vertragsarztsitzes weiter beabsichtigt wird (Vervollständigung).

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen August 2018

Zulassungsverzicht angestrebt zum Ende des Quartals	Praxissitz als	Planungsbereich Berlin, Bundeshauptstadt	Kennziffer
Vertragsarztsitz mit einem vollen Versorgungsauftrag			
I/2019	Hausarzt/Int. (plus angest. Arztsitz 1,0 BU)	Steglitz-Zehlendorf (Steglitz)	375/08/18 HA
IV/2018	Hausarzt/Int. (öBAG)	Tempelhof-Schöneberg (Tempelhof)	376/08/18 HA
I/2019	Hausarzt/Allg.	Pankow (Prenzlauer Berg)	377/08/18 HA
baldmöglichst	Hausarzt/Allg. (öBAG)	Friedrichshain-Kreuzberg (Kreuzberg)	378/08/18 HA
baldmöglichst	Hausarzt/Allg. (öBAG)	Marzahn-Hellersdorf (Hellersdorf)	379/08/18 HA
baldmöglichst	Hausarzt/Allg.	Lichtenberg (Lichtenberg)	380/08/18 HA
IV/2018	Hausarzt/Allg.	Spandau	381/08/18 HA
baldmöglichst	Hausarzt/Allg.	Treptow-Köpenick *	382/08/18 HA
baldmöglichst	Hausarzt/Arzt (plus angest. Arztsitz 1,0 BU)	Lichtenberg (Hohenschönhausen)	383/08/18 HA
I/2019	FA f. Augenheilkunde	Mitte (Tiergarten)	387/08/18 Augen.
II/2019	FA f. Chirurgie (Unfallchirurgie)	Pankow (Prenzlauer Berg)	388/08/18 Chir.
I/2019	FA f. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Steglitz-Zehlendorf (Steglitz)	391/08/18 HNO
baldmöglichst	FA f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten (öBAG)	Tempelhof-Schöneberg (Tempelhof)	393/08/18 Haut.
baldmöglichst	FA f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten (MVZ)	Tempelhof-Schöneberg (Schöneberg)	394/08/18 Haut.
I/2019	FA f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten, („privil. Bew.“)	Charlottenburg-Wilmersdorf (Charlottenburg)	395/08/18 Haut.
IV/2018	FA f. Kinderheilkunde	Mitte (Mitte)	396/08/18 Kinder.
IV/2018	FA f. Orthopädie und Unfallchirurgie (öBAG), („privil. Bew.“)	Spandau	398/08/18 Orth. u. Unfallchir.
IV/2018	FA f. Urologie	Tempelhof-Schöneberg (Tempelhof)	399/08/18 Uro.



Fortsetzung von Seite A1607

Vertragsarztsitz mit einem halben Versorgungsauftrag			
baldmöglichst	Hausarzt/Allg.	Charlottenburg-Wilmersdorf (Wilmersdorf)	384/08/18 HA
baldmöglichst	Hausarzt/Int. (MVZ)	Lichtenberg (Lichtenberg)	385/08/18 HA
baldmöglichst	Hausarzt/Allg. (öBAG), („privil. Bew.“)	Friedrichshain-Kreuzberg (Kreuzberg)	386/08/18 HA
IV/2018	FA f. Chirurgie (öBAG), („privil. Bew.“)	Pankow (Prenzlauer Berg)	389/08/18 Chir.
baldmöglichst	FA f. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Charlottenburg-Wilmersdorf (Charlottenburg)	392/08/18 HNO
baldmöglichst	FA f. Neurologie (üBAG)	Steglitz-Zehlendorf (Steglitz)	397/08/18 Nerv.
baldmöglichst	Ärztlicher Psychotherapeut	Charlottenburg-Wilmersdorf (Wilmersdorf)	400/08/18 Ärztl. Psychoth.
Vertragspsychotherapeutensitz mit einem vollen Versorgungsauftrag			
I/2019	Psychologischer Psychotherapeut	Lichtenberg (Lichtenberg)	403/08/18 PPTH
Vertragspsychotherapeutensitz mit einem halben Versorgungsauftrag			
baldmöglichst	Psychologischer Psychotherapeut	Marzahn-Hellersdorf (Hellersdorf)	404/08/18 PPTH.
III/2019	Psychologischer Psychotherapeut („privil. Bew.“)	Steglitz-Zehlendorf (Zehlendorf)	405/08/18 PPTH.
III/2019	Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut	Spandau	409/08/18 KJTh.
I/2019	Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut (üBAG)	Pankow (Prenzlauer Berg)	410/08/18 KJTh.
Achtung – Vertragsarztsitz mit einem halben Versorgungsauftrag zur Fortführung in einem anderen Verwaltungsbezirk			
I/2019	Ärztlicher Psychotherapeut (üBAG)	Pankow, Treptow-Köpenick, Reinickendorf, Neukölln, Spandau, Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf	401/08/18 Ärztl. Psychoth.
baldmöglichst	FA f. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Treptow-Köpenick, Neukölln, Spandau, Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf	402/08/18 Psycho. Med. u. PT
Achtung – Vertragspsychotherapeutensitz mit einem vollen Versorgungsauftrag zur Fortführung in einem anderen Verwaltungsbezirk			
z. Zt. keine Ausschreibungen			

Achtung – Vertragspsychotherapeuten mit einem halben Versorgungsauftrag zur Fortführung in einem anderen Verwaltungsbezirk			
baldmöglichst	Psychologischer Psychotherapeut	Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte, Pankow, Reinickendorf, Treptow-Köpenick, Neukölln, Spandau, Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf	406/08/18 PPTTh
I/2019	Psychologischer Psychotherapeut	Treptow-Köpenick, Neukölln, Spandau, Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf	407/08/18 PPTTh
IV/2019	Psychologischer Psychotherapeut	Spandau, Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf	408/08/18 PPTTh
III/2019	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Spandau, Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf	411/08/18 KJTh

- öBAG = örtliche Berufsausübungsgemeinschaft
 üBAG = überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
 MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum
 BU = Beschäftigungsumfang
 * = Praxisräume stehen am Praxisstandort nicht zur Verfügung

„privil. Bew.“ = § 103 Absatz 4 Satz 5 Nr. 4 bis 6 benennt ausdrücklich Ehegatten, Lebenspartner, Kinder oder angestellte Ärzte des bisherigen Vertragsarztes, sowie einen Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinsam betrieben wurde, als „Kriterien“, die der Zulassungsausschuss bei seiner Auswahlentscheidung des Praxisnachfolgers zu berücksichtigen hat. Den Vorbezeichneten wird somit vom Gesetzgeber ein Vorteil im Rahmen der Entscheidung der Praxisnachfolge eingeräumt. Eine Sicherheit der tatsächlichen Auswahl besteht jedoch nicht, weil es sich auch in diesen Fällen um eine Ermessensentscheidung des Zulassungsausschusses nach den Umständen des jeweiligen Einzelfalles handelt.

Hinweistext:

Nach § 103 Absatz 3a SGB V entscheidet der Zulassungsausschuss über Anträge zur Nachbesetzung einer Praxis, wenn bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die Zulassung eines Vertragsarztes durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und von

einem Nachfolger weitergeführt werden soll. Der Zulassungsausschuss kann den Antrag ablehnen, wenn der Versorgungsgrad in der Planungsgruppe zwischen 110 und 140 Prozent beträgt und eine Nachbesetzung des Vertragsarztesitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Er soll die Nachbesetzung ablehnen, wenn der Versorgungsgrad höher als 140 Prozent ist und die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; dies gilt bei der Überschreitung der 140 %-Grenze nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der sich bereit erklärt hat, die Praxis in einer Region fortzuführen, für die die KV mitgeteilt hat, dass wegen einer zu geringen Arztdichte ein erhöhter Versorgungsbedarf besteht.

Die KV Berlin hat gegenüber den Zulassungsgremien mitgeteilt, dass eine geringe Arztdichte und damit ein Versorgungsbedarf überall dort besteht, wo der gemäß „letter of intent“ festgestellte Versorgungsgrad im Verwaltungsbezirk geringer ist als der Versorgungsgrad im Planungsbereich Berlin – Bundeshauptstadt. Informationen zum Versorgungsgrad im Planungsbereich Berlin und im jeweiligen Verwaltungsbezirk können dem „letter of intent“ auf den Internetseiten der KV Berlin und des Gemeinsamen Landesgremiums gemäß § 90a SGB V (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung) entnommen werden.



2. Änderungsvereinbarung zum Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens vom 19./21.01.2010 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der BIG direkt gesund

vom 06.06./13.06.2018

Die KV Berlin und die BIG direkt gesund haben sich auf eine 2. Änderungsvereinbarung mit Wirkung zum 25.05.2018 verständigt.

Aufgrund der EU Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) gelten ab 25.05.2018 neue Bestimmungen zum Datenschutz. In diesem Zusammenhang wurde der o. g. Hautkrebsvorsorge-Vertrag an die neuen datenschutzrechtlichen Regelungen angepasst. Mit Inkrafttreten der EU-DSGVO ist die Teilnahme- und Ein-

willigungserklärung der Patienten und dazugehörigen Datenschutzinformationen ausgetauscht worden.

Die neue Teilnahmeerklärung der BIG direkt gesund wurde auf der Homepage der KV Berlin veröffentlicht und ist bitte ab sofort zu verwenden. Die Teilnahmeerklärung und weitere Informationen zum Vertrag finden Sie auf der Homepage der KV Berlin unter www.kvberlin.de: Für die Praxis > Verträge und Recht > Verträge > Hautscreening im Rahmen von Sonderverträgen.

3. Änderungsvereinbarung zum Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf Grundlage des § 73c SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, der DAK-Gesundheit und der beigetretenen KKH

vom 31.05. / 08.06. / 11.06.2018

Die KV Berlin, die DAK-Gesundheit und die dem Vertrag beigetretenen KKH haben sich auf eine 3. Änderungsvereinbarung zum 25.05.2018 verständigt.

Aufgrund der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) gelten ab 25.05.2018 neue Bestimmungen zum Datenschutz. In diesem Zusammenhang wurde der o. g. Vertrag an die neuen datenschutzrechtlichen Regelungen angepasst. Mit Inkrafttreten der EU-DSGVO sind die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen der Patienten

und die dazugehörigen Datenschutzinformationen ausgetauscht worden.

Die neuen Teilnahmeerklärungen der DAK-Gesundheit und KKH wurden auf der Homepage der KV Berlin veröffentlicht und sind bitte ab sofort zu verwenden. Die Teilnahmeerklärungen sowie den vollständigen Vertragstext finden Sie auf der Homepage der KV Berlin unter www.kvberlin.de: Für die Praxis > Verträge und Recht > Verträge > Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus.

8. Nachtrag zum Vertrag nach §73c SGB V über die Durchführung eines Hautkrebsvorsorge-Verfahrens vom 30.11.2011 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin und der BARMER

vom 28.05. / 31.05. / 07.06.2018

Die KV Berlin und die BARMER haben sich auf einen 8. Nachtrag zum 25.05.2018 verständigt.

der Patienten und dazugehörigen Datenschutzinformationen ausgetauscht worden.

Aufgrund der EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DS-GVO) gelten ab 25.05.2018 neue Bestimmungen zum Datenschutz. In diesem Zusammenhang wurde der o. g. Hautkrebsvorsorge-Vertrag an die neuen datenschutzrechtlichen Regelungen angepasst. Mit Inkrafttreten der EU-DSGVO ist die Teilnahme- und Einwilligungserklärung

Die neue Teilnahmeerklärung der BARMER wurde auf der Homepage der KV Berlin veröffentlicht. Die Teilnahmeerklärung und den vollständigen Vertragstext finden Sie auf der Homepage der KV Berlin unter www.kvberlin.de: Für die Praxis > Verträge und Recht > Verträge > Hautscreening im Rahmen von Sonderverträgen.

Änderung der Bereitschaftsdienstordnung

Mit Wirkung zum 1. Juli 2018 wurde die Bereitschaftsdienstordnung der KV Berlin vom 16.03.2006 durch den VV-Beschluss vom 21.06.2018 geändert. Die neue Bereitschafts-

dienstordnung ist auf der Internetseite der KV Berlin zu finden unter www.kvberlin.de > Für die Praxis > Verträge und Recht > Rechtsquellen > Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) zum 1. April 2018

Der geltende Honorarverteilungsmaßstab der KV Berlin (Fassung gültig ab 01.04.2018) wird mit Wirkung zum 1. April 2018 durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 21. Juni 2018 wie folgt geändert:

1. In § 5 Abs. 2 Nr. 7 werden die Worte „32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946“ durch die Worte „32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946“ ersetzt.

2. In § 6 Abs. 2 Nr. 9 werden die Worte „32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946“ durch die Worte „32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946“ ersetzt.

3. In § 18 Abs. 1 werden die Worte „32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946“ durch die Worte „32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946“ ersetzt.

4. In § 19 Abs. 8 werden die Worte „32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946“ durch die Worte „32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906,

32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946“ ersetzt.

5. In § 19 Abs. 9 werden die Worte „32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932, 32937 bis 32946“ durch die Worte „32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932, 32937, 32945 und 32946“ ersetzt.

6. In der Anlage 1 werden Teil A und B der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung nach dem KBV-Beschluss vom 15. März 2018 ausgetauscht.

Die vollständigen Texte zu den Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes sind auf der Internetseite www.kvberlin.de unter Für die Praxis > Abrechnung/Honorar > Honorarverteilung > Rechtsgrundlagen veröffentlicht und können bei Bedarf angefordert werden.

Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) zum 1. Oktober 2018

Der Honorarverteilungsmaßstab der KV Berlin wird mit Wirkung zum 1. Oktober 2018 durch Beschluss der Vertreterversammlung vom 21. Juni 2018 mit folgenden wesentlichen Änderungen neu gefasst:

I. Redaktionelle Änderung:

Die aktuelle HVM-Fassung wurde redaktionell für mehr Verständlichkeit und Transparenz redaktionell

überarbeitet. Auf dieser Basis erfolgen die nachfolgenden inhaltlichen Änderungen.

II. Änderung Basisbemessungszeitraum:

1. In § 5 Nr. 3 werden die Wörter „basierend auf dem durchschnittlichen Vergütungsvolumen des Vorjahres (Jahresbetrag / 4) zuzüglich der aktuell gültigen Veränderungsrate“ durch die Wörter „basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals“ ersetzt.
2. § 6 wird zu § 6 Abs. 1.
3. In § 6 Abs. 1 Nr. 3 werden die Wörter „Parallelquartals des Jahres 2008“ durch die Wörter „Vorjahresquartals“ ersetzt.
4. In § 6 Abs. 1 Nr. 4 werden die Wörter „Parallelquartals des Jahres 2008“ durch die Wörter „Vorjahresquartals“ ersetzt.
5. In § 6 Abs. 1 Nr. 6 werden die Wörter „basierend auf dem durchschnittlichen Vergütungsvolumen des Vorjahres (Jahresbetrag / 4) zuzüglich der aktuell gültigen Veränderungsrate“ durch die Wörter „basierend auf dem Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals“ ersetzt.
6. In § 6 wird folgender Absatz 2 eingefügt:
„(2) Für die Bildung der in Absatz 1 Nr. 3 und Nr. 4 genannten Vorwegabzüge gilt die Regelung in § 7 Absatz 4 entsprechend.“
7. In § 7 wird folgender Absatz 4 neu eingefügt:
„(4) Für die Bildung der in Absatz 1 genannten RLV_{AG}, QZV_{AG} und BVV wird ab dem Quartal 2018-4 als Aufsatzzeitraum gemäß ANLAGE 3 HVM nicht mehr der jeweils anerkannte Leistungsbedarf der MGV in Punkten in dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008 herangezogen, sondern der jeweils anerkannte Leistungsbedarf der MGV in Punkten des entsprechenden Vorjahresquartals. Für diese Umstellung erfolgt für den Zeitraum von drei Jahren eine Konvergenz. Danach werden bei der Bildung der in Absatz 1 genannten RLV_{AG}, QZV_{AG} und BVV für die Quartale 2018-4 bis 2019-3 die Veränderungen des jeweiligen Vorjahresquartals gegenüber dem entsprechenden Parallelquartal des Jahres 2008 jeweils zu einem Drittel berücksichtigt. Bei der Bildung der in Absatz 1 genannten RLV_{AG}, QZV_{AG} und BVV für die Quartale 2019-4 bis 2020-3 werden die Veränderungen des jeweiligen Vorjahresquartals (2018-4 bis 2019-3) gegenüber dem entsprechenden Parallelquartal des Jahres 2008 jeweils zu zwei Dritteln berücksichtigt. Ab dem Quartal 2020-4 erfolgt die Bildung der in Absatz 1 genannten RLV_{AG}, QZV_{AG} und BVV vollständig unter Heranziehung des jeweils anerkannten Leistungsbedarfs der MGV in Punkten des entsprechenden Vorjahresquartals.“
8. In § 19 Abs. 1 wird „§ 6“ durch „§ 6 Abs. 1“ ersetzt.
9. In § 19 Abs. 2 wird „§ 6“ durch „§ 6 Abs. 1“ ersetzt.
10. In § 19 Abs. 3 wird „§ 6“ durch „§ 6 Abs. 1“ ersetzt.
11. In § 19 Abs. 4 wird „§ 6“ durch „§ 6 Abs. 1“ ersetzt.
12. In § 19 Abs. 6 wird „§ 6“ durch „§ 6 Abs. 1“ ersetzt.
13. In § 19 Abs. 9 wird „§ 6“ durch „§ 6 Abs. 1“ ersetzt.
14. In § 19 Abs. 10 wird „§ 6“ durch „§ 6 Abs. 1“ ersetzt.
15. In § 19 Abs. 11 wird „§ 6“ durch „§ 6 Abs. 1“ ersetzt.
16. In § 21 Abs. 2 wird „§ 6“ durch „§ 6 Abs. 1“ ersetzt.
17. In § 23 Abs. 1 wird „§ 6“ durch „§ 6 Abs. 1“ ersetzt.
18. Anlage 3 wird wie folgt neu gefasst:

„ANLAGE 3: Berechnung der Vergütungsanteile RLV, QZV, BVV

1. Berechnung des Vergütungsbereichs je arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumen (RLV_{AG})

$$RLV_{AG} = \frac{LB_{AG}^{RLV}}{LB_{VB}} * VV_{VB}^{RLV}$$

LB_{AG}^{RLV}	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal derjenigen Leistungen, die innerhalb der Regelleistungsvolumen vergütet werden	AG	Leistungen der Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM Arztgruppe gemäß ANLAGE 2, Nr. 1 HVM
LB_{VB}	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM sowie ohne	VB	Versorgungsbereich Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß §§ 5 bzw. 6 HVM.

2. Berechnung des Vergütungsbereichs je qualifikationsgebundenem Zusatzvolumen für jede Arztgruppe gemäß ANLAGE 6 HVM (QZV_{AG}ⁱ)

$$QZV_{AG}^i = \frac{LB_{AG}^i}{LB_{VB}} * VV_{VB}^{RLV}$$

LB_{AG}ⁱ	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal einer Arztgruppe derjenigen Leistungen, die innerhalb eines qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen i vergütet werden	AG	Leistungen der Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM Arztgruppe gemäß ANLAGE 2, Nr. 1 HVM
LB_{VB}	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß § 3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM sowie ohne	i	Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen einer Arztgruppe gemäß ANLAGE 6 HVM Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß §§ 5 bzw. 6 HVM.

3. Berechnung des Vergütungsbereichs je besonderen Verteilungsvolumen (BVV)

$$BVV^o = \frac{LB_{BVV}^o}{LB_{VB}} * VV_{VB}^{RLV}$$

LB_{BVV}^o	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf in Punkten im Vorjahresquartal derjenigen Leistungen, die innerhalb eines besonderen Verteilungsvolumen vergütet werden	3 Abs. 1 Nrn. 1, 2, 5 und 6 HVM sowie ohne Leistungen der Vorwegabzüge gemäß §§ 5 und 6 HVM
LB_{VB}	Zum Zeitpunkt der Auszahlung anerkannter Leistungsbedarf der MGV in Punkten im Vorjahresquartal ohne Leistungen gemäß §	o Besonderes Verteilungsvolumen gemäß § 7 Abs. 3 HVM
		VV_{VB}^{RLV} Versorgungsbereichsspezifisches RLV-Verteilungsvolumen gemäß §§ 5 bzw. 6 HVM.“

19. Anlage 4 wird gestrichen.

20. In der Anlage 7 Nr. 1 Abs. 10 wird „§ 6“ durch „§ 6 Abs. 1“ ersetzt.

21. In der Anlage 7 Nr. 2 Abs. 1 wird „§ 6“ durch „§ 6 Abs. 1“ ersetzt.

III. Fallzahlzuwachsbeschränkung, § 9 Abs. 1, 3 und 4 HVM:

1. In § 5 Nr. 3 wird der Verweis „§ 9 Abs. 5“ durch „§ 9 Abs. 7“ ersetzt.
2. In § 6 Abs. 1 Nr. 6 wird der Verweis „§ 9 Abs. 5“ durch „§ 9 Abs. 7“ ersetzt.
3. § 9 Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:
 „Die Höhe des RLV eines Arztes ergibt sich für die in der ANLAGE 2 Nr. 1 HVM benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß ANLAGE 5 Nr. 1 HVM und der gemäß Absatz 2 definierten Fallzahl unter Berücksichtigung der Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß Absatz 3 und der Fallzahlunterschreitung gemäß Absatz 4. Bei der Ermittlung des RLV eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.“
4. In § 9 wird folgender Absatz als neuer Absatz 3 eingefügt, die nachfolgenden Absätze verschieben sich entsprechend:
 „(3) Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Praxistätigkeit wird eine Fallzahlzuwachsbeschränkung je Praxis von 2 % gegenüber der für das jeweilige Vorjahresquartal zugewiesenen RLV-Fallzahl der Praxis festgelegt. Überschreitet die nach Absatz 2 für das RLV im Abrechnungsquartal ermittelte RLV-Fallzahl der Praxis die für das jeweilige Vorjahresquartal zugewiesene RLV-Fallzahl der Praxis um mehr als 2 %, wird für die Ermittlung des RLV maximal die Fallzahlzuwachsbeschränkung verwendet. Ein Fallzahlzuwachs bis zur durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe bleibt davon unberührt. Auf Antrag kann der Vorstand aus Sicherheitsgründen Ausnahmen von der Fallzahlzuwachsbeschränkung festlegen.“
5. In § 9 wird folgender Absatz als neuer Absatz 4 eingefügt, die nachfolgenden Absätze verschieben sich entsprechend:
 „(4) Unterschreitet die nach Absatz 2 für das RLV im Abrechnungsquartal ermittelte RLV-Fallzahl der Praxis die für das jeweilige Vorjahresquartal zugewiesene RLV-Fallzahl der Praxis um bis zu 5 %, wird für die Ermittlung des RLV im Abrechnungsquartal weiterhin die zugewiesene Fallzahl des Vorjahresquartals verwendet. Bei Unterschreitungen um mehr als 5 % wird für die Ermittlung des RLV im Abrechnungsquartal die nach Absatz 2 für das RLV im Abrechnungsquartal ermittelte RLV-Fallzahl der Praxis um 5 % der zugewiesenen Fallzahl des Vorjahresquartals erhöht. Satz 1 und 2 findet keine Anwendung
 - für Praxen, deren RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal bereits nach Satz 1 oder Satz 2 angehoben wurde,
 - für Praxen, die an Selektivverträgen nach § 73b oder § 140a SGB V mit Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung teilnehmen oder
 - soweit die Unterschreitung der ermittelten RLV-Fallzahl auf der Veränderung der Gebührenordnung bzw. der Ausgliederung von bisher RLV-relevanten Leistungen beruht.“

IV. Härtefallregelung, § 22b HVM:

Folgender § 22b wird neu eingefügt:

„§ 22b Härtefallregelung

- (1) Verringert sich sowohl das Gesamthonorar als auch das Honorar je Fall einer Arztpraxis um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, kann der Vorstand der KV Berlin im Einzelfall auf Antrag eine Ausgleichszahlung an die Praxis gewähren. Die Ausgleichszahlung erfolgt insbesondere nicht, wenn die Verringerung auf einer Veränderung des Leistungsangebotes der Praxis, der Veränderung der Gebührenordnung oder der Nichtfortgeltung von Sonderverträgen beruht. Durch die Zahlung nach Satz 1 wird der Honorarverlust bis 85 % des Fallwertes des Vorjahresquartals, höchstens jedoch bis 85 % des Gesamthonorars des Vorjahresquartals ausgeglichen.
- (2) Der Vorstand beobachtet die Auswirkungen der Honorarverteilung auf die einzelnen Arztgruppen. Im Falle von erheblichen Verwerfungen kann der Vorstand Stützungsmaßnahmen für einzelne Arztgruppen festlegen.“



Fortsetzung von Seite A 1615

V. Ausschluss Job-Sharing beim Kooperationszuschlag

§ 9 Abs. 7 letzter Satz HVM:

In § 9 Abs. 7 wird folgender Satz als letzter Satz neu angefügt:

„Bei der Ermittlung des Kooperationsgrades werden im Rahmen des Job-Sharing tätige Ärzte nicht berücksichtigt.“

VI. Änderung Kooperationszuschlag, § 9 Abs. 7 HVM

Die Tabelle in § 9 Abs. 7 Nr. 3 wird durch folgende Tabellen ersetzt:

Bis 30.09.2019	
Tabelle: Anpassungsfaktoren in Prozent	
Kooperationsgrad in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
30 bis unter 35	30
größer gleich 35	35

Ab 01.10.2019	
Tabelle: Anpassungsfaktoren in Prozent	
Kooperationsgrad in Prozent	Anpassungsfaktor in Prozent
0 bis unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
größer gleich 30	30

Der vollständige Honorarverteilungsmaßstab bzw. die vollständigen Texte der Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabes sind auf der Internetseite der KV Berlin www.kvberlin.de

unter Für die Praxis > Abrechnung/Honorar > Honorarverteilung > Rechtsgrundlagen veröffentlicht und können bei Bedarf angefordert werden.

Anzeigen



ICMART-iSAMS 2018

ICMART XXXIII. WORLD CONGRESS ON MEDICAL ACUPUNCTURE
INTERNATIONAL SCIENTIFIC ACUPUNCTURE AND MERIDIAN SYMPOSIUM
7.-9. SEPTEMBER 2018 · MÜNCHEN


Jetzt anmelden

WORKSHOPS 6. SEPTEMBER
www.icmart-isams2018.org

Facebook: Icmart-iSams World Congress

Die Welt der ärztlichen Akupunktur trifft sich in München!
30 Symposien · 12 Plenarvorträge · 5 Master-Workshops · Studententag
Top-Wissenschaftler aus aller Welt · Fallkonferenzen
Panels & Diskussionsveranstaltungen · Neueste Erkenntnisse & Praxisbezug

Ein gemeinsamer Kongress von

 Klinik für Anaesthesiologie an der LMU München
 International Scientific Acupuncture and Meridian Symposium
 Deutsche Ärztesgesellschaft für Akupunktur e.V.
 International Council of Medical Acupuncture and Related Techniques

Samstag, 15. September 2018

Charité – Universitätsmedizin Berlin: Berliner Forum für Essstörungen zum Thema „Wegweisende Modelle in der Behandlung von Essstörungen bei Kindern, Jugendlichen & Erwachsenen“. 9 bis 13 Uhr: Experten referieren über die Behandlung und Erforschung von Essstörungen, Veranstaltung für Fachpublikum, 15 bis 18 Uhr: ehemalige Patientinnen berichten über ihre Therapieerfahrungen, Workshop für Betroffene, Angehörige und interessiertes Fachpublikum. **Ort:** Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen im Kaiserin Friedrich-Haus, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin. **Anmeldung bis zum 1. September 2018** per E-Mail an: forum-essstoerungen@charite.de.

Fortlaufende Veranstaltungen

Anzeigen

Autogenes Training II: Oberstufe

27. und 28. Oktober 2018 (20 Punkte)

Balint-Intensiv-Sonntage (je 14 Punkte)

03. Februar, 26. Mai, 14. Juli 2019

Klinische Hypnose (je 22 Punkte)

Modul I: 23. und 24. März 2019

Modul II: 22. und 23. Juni 2019

Anmeldung: www.die-fortbilder.de

Infos bei Kerstin Sawade, 030 308836-15

Leitung: Dr. Dr. Sebastian Schilbach

Seminarangebot Dr. med. Birgit Hanke

„Immer nur reden?“ (je Modul 22 CME)

Körper- und erlebnisorientierte

Interventionen in der Psychotherapie.

Modul 3: 14. bis 16. September 2018

Balint am Mittwoch (5 CME / 2 DST)

2. und 4. Mittwoch, 18:30-21:30 Uhr:

08. Aug., 22. Aug., 12. Sept., 26. Sept.,

Anmeldung: www.birgithanke.de

Auskünfte: 030 850767-44

Freitag, 28.09. ab 17.00 Uhr und Samstag, 29.09.2018 ab 09.15 Uhr

HAUSÄRZTLICHE SOMMERAKADEMIE AM URBAN

Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e. V.
Bleibtreustraße 24, 10707 Berlin



KOMBINIEREN SIE DIE ANGEBOTE ZU IHRER WUNSCHFORTBILDUNG

GEPLANTE THEMEN**PODIUMSDISKUSSION ZU BERUFSPOLITISCHEN THEMEN**

Mit Teilnehmern der Kassenärztlichen Vereinigung, der Ärztekammer und den Berufsverbänden

- Geplante Einführung eines neuen allgemeinversorgenden Heilberufes (Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz)
- Datenschutz in der Hausarztpraxis
- Reform der Notfallversorgung

WORKSHOPS

- Notfallseminar für Ärzte und MFAs
- Abrechnungseminar
- Geriatrie aus hausärztlicher Sicht
- HzV-Infoveranstaltung
- Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung
- Impfen – Daten für Taten in Berlin
- Seminar Praxisgründung
- Sexualmedizin und Inkontinenz in der Hausarztpraxis
- EKG-Auffrischkurs
- Wundseminar

KOOPERATIONSPARTNER / VERANSTALTUNGSORT:

Vivantes Klinikum Am Urban
Dieffenbachstraße 1, 10967 Berlin

WEITERE INFOS: Tel. (030) 312 92 43
www.bda-hausaerzteverband.de

Vivantes
Klinikum Am Urban

Wir suchen ständig Nachfolger (m/w) für Arztpraxen in Berlin, wie z.B. aktuell für:

- **Praxis für Orthopädie und Unfallchirurgie in Reinickendorf**
- **½ KV Sitz Berlin-Schöneberg**
- **Dermatologische Praxis Berlin-Schöneberg**



Wir suchen ständig Praxen für junge Ärzte/innen, wie z.B. aktuell eine:

- **allgemeinmedizinische Praxis in Reinickendorf, Charlottenburg und im Südwesten von Berlin**
- **neurologische Praxis im Südwesten von Berlin, gynäkologische Praxis im Norden von Berlin**
- **HNO Praxis und kardiologische Praxis in Berlin**

Service Center Berlin
Alexander Sörgel

Tel.: 030 28093610
Fax.: 030 280936122

Email: alexander.soergel@aerzte-finanz.de

Immobilien-Angebote

Praxis + OP zu vermieten kein Abstand, ohne Prov. Berlin-Marzahn, 306qm direkt vom Eigentümer Tel. 0173-352.30.79

Praxisräume ab sofort in Praxisgemeinschaft (bisher Hausärzte) in Charlottenburg, gute Infrastruktur, zentral, hohes Patientenaufkommen, Bus & U- und S-Bahnnahe, E-Mail: pestalozzi38@gmx.de

Neukölln: Heller Raum in PT-Praxisgemeinschaft ab 1.10. zu vermieten geckle@freenet.de

schönes Zimmer in Psychiatriepraxis, Lichtenberg an Arzt/PT: 01788850511

Immobilien-Gesuche

Praxisraum in Neukölln ab Januar 2018 von PP(TP) gesucht. Tel. 01774857070

Allg.med/Homöop. mit KV-Sitz sucht Praxisräume in Kreuzberg und Mitte, gern auch als PG.0171 5127656, info@arztpraxis-schlehufer.de

Praxis(raum) in Süd-Tiergarten o. West-Kreuzberg von PP gesucht, gern auch in Praxisgem., alle Fachrichtungen, Beginn bis 1.4.19, 015785977231

Suche Räume für orthopädische Praxis in Mitte 017668335520

Suche Praxisräume in Spandau für VT/PPT zu 01.01.19 01603827998

Praxis Übernahme

FÄ Psychiatrie & Psychotherapie sucht 1/2 TP Sitz, bevorz. Jobsharing (BAG) überversorgter Bez, gern Gem-Praxis. tpSitzBerlin@gmail.com

2 Internisten suchen hausärztl.-int. Praxis zur Übernahme in Berlin. praxis2019@outlook.com

Erfahrene FÄ f. Allgemeinmedizin sucht Praxis zur Übernahme in Neukölln, Temp. / Schöneb., Kreuzberg ha-praxis2018@gmx.de

Praxis Abgabe

KV-Sitz hausärztlich in Berlin Schöneberg mit halbem Versorgungsauftrag abzugeben. Tel.0172/1763158

Kleine umsatzstarke allgemeinmedizinische Praxis in Berlin Wilmersdorf zum 1.1.2020 abzugeben. Überschaubarer Arbeitsaufwand, weiterer Ausbau möglich. Kontakt: Tel. 0162 - 83 77 011 ab 19 Uhr

Verkaufe gutgehende fachübergreifende Praxis (2 KV-Sitze Pädiatrie, 1/2 KV-Sitz Allgemeinmedizin) in Berlin. Chiffre: 8701

1/2 Praxissitz Psychotherapie (TP) ab Frühjahr 2019 abzugeben, sari1954@gmx.de

Kontakte Kooperationen

Erfahrener Allg. med. mit homöopath.-naturheilkundl. Schwerpunkt u. KV-Zulassung bietet Vertretung 0171 5127656 info@arztpraxis-schlehufer.de

Hausärztlicher Internist sucht Partner/in für BAG bzw. Entlastungsassistenten. Flexiblere Arbeitszeiten bei besserem Verdienst als im einem MVZ in sonnigen Räumen eines Ärztehauses. Tel. 82710207

FA für Allgemeinmedizin mit Sitz sucht Kooperation. E-Mail: berlin-praxis@gmx.de

Kontakte Vertretung

HNO Praxis, Süden Berlins sucht Vertretung 2 Wochen 11/18 und ab 2020 regelmäßig 1 x Wöchentlich schrckel-hno@t-online.de

Vertretung für HNO-Gemeinschaftspraxis im Süden Berlins gesucht. Tel: 0177 21 41 419

Stellen Angebote

FA/FÄ Allgemeinmedizin/Innere Medizin - hausärztliche Versorgung - schnellstmöglich zur Anstellung im jungen, aufstrebenden MVZ Berlin F'hain/L'berg - zentrale, verkehrsgünstige Lage - in VZ/TZ gesucht. Übernahme/Einstieg möglich - große Gestaltungsmöglichkeiten. Bewerbungen bitte an: MVZ-Berlin@hotmail.com

FA/FÄ für Kinderheilkunde in Vollzeit oder Teilzeit in Berlin-Mahlsdorf gesucht. post@kinderarztpraxis-loui.de

Nervenarztpraxis sucht MFA für sofort 30-35h Turbomed, erweiterte PC-Kenntnisse, Organisation. Bewerbung an: mail@dr-perchalla.com

Hausärztlicher Internist sucht Partner/in für BAG bzw. Entlastungsassistenten. Flexiblere Arbeitszeiten bei besserem Verdienst als im einem MVZ in sonnigen Räumen eines Ärztehauses. Chiffre: 8703

Psychotherapie-Praxis (VT) im Prenzlauer Berg bietet Anstellung in Teilzeit für PP (VT) Chiffre: 8702

FÄ/FA Allgemeinmedizin/ Innere in VZ/TZ gesucht. Attraktive Konditionen Berl-Mitte 0176/81161161

MVZ in Charlottenburg sucht zum 1.10.2018 einen Psychologischen Psychotherapeuten(w/m) für eine Anstellung in Teilzeit (25 Stunden). Wir bieten eine selbstbestimmte ambulante Tätigkeit, eingebettet in ein multiprofessionelles Team und attraktive Konditionen.
E-Mail: versorgungszentrum@web.de
oder Chiffre: 8603

MVZ in Bad Belzig (Potsdam- Mittelmark, 60 Min. Fahrzeit von Berlin) sucht zum 1.10.2018 einen Psychologischen Psychotherapeuten (w/m) für eine Anstellung in Teilzeit (25 Stunden).
E-Mail:versorgungszentrum@web.de
oder Chiffre: 8604

Steglitz: MVZ unter psychotherapeutischer Leitung bietet TZ-Anstellung für VT/TP/PA mit flexibler Wochenstzahl
www.mvz-schloss.de

Vertretung in HÄ Praxis BAG für 20 STD./Woche in Spandau
Tel. 01755385895

Hausärztlich-Internistische Praxis in Marzahn-Hellersdorf sucht FÄ/FA für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin. Freundliches Team, überdurchschnittliches Gehalt und moderne Ausstattung werden geboten. Festanstellung in Teil- oder Vollzeit möglich!
Kontakt bitte über Chiffre: 8502 oder E-Mail: Arztstelle@gmx.net

Sonstige

Suche med. Geräte für den Eins. in Afrika.
Tel. 0172/3194707, medafrika@gmx.de

Entsorge kostenlos Med. Geräte.
Tel. 030/61094668, Fax: 030/31013365

Fortbildung Psychotherapeutische Arbeit mit Transgeschlechtlichen Personen (M. Günther/G. Wolf), 23-25.11.2018
Berlin, 260,- Euro, Anmeldung:
Info@mari-guenther.de

So schreiben Sie auf eine Chiffre-Anzeige im KV-Blatt:

Bitte schicken Sie Ihre Antwort auf eine Chiffre-Anzeige in einem verschlossenen Umschlag mit Ihren Absenderangaben an die folgende Anschrift:

finanzpark AG menthamedia, Sladjana Fischer,
Chiffre XXXX, Domplatz 28, 34560 Fritzlar

oder alternativ per E-Mail an chiffre@menthamedia.de

Ihre direkte Antwort an unsere Anzeigenverwaltung, die finanzpark AG, garantiert eine schnelle Weitergabe Ihrer Post an den Adressaten.

Für eine Hausarztpraxis in Treptow

suchen wir einen
Nachfolger (m/w)

Bitte nehmen Sie Kontakt mit uns auf:

Beratung für Mediziner
René Deutschmann
Greifenhagenerstr. 62
10437 Berlin

Telefon: 030 / 43 73 41 60

Fax: 030 / 43 73 41 61

Email: info@bfmberlin.de

Internet: www.bfmberlin.de



Institut für Psychoanalyse,
Psychotherapie und Psychosomatik
Helgoländer Ufer 5 - 10557 Berlin

Aus- und Weiterbildung für Ärzte und Psychologen

tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie u. Psychoanalyse
- gemäß Weiterbildungsordnung und PthG
- nach den Richtlinien der DPG und der IPV

Informationsabend
Do., 13. 09. 2018, 20:15 Uhr
mehr unter www.ipb-dpg-berlin.de



Unser MVZ sucht eine Hausärztin / Hausarzt für einen halben angestellten Sitz möglichst zum 1.10.2018. Wir sind ein nettes grosses Team und freuen uns auf Sie! Beste Verkehrsanbindung vor Ort!

Antworten bitte per Mail an: kontakt@pg-spandau.de

Fortsetzung von Seite 57

Anzeigen

Gut eingeführte **orthopädisch-unfallchirurgische Praxis** in Toplage in **Berlin-Tegel** mit freundlichen, qualifizierten Mitarbeiterinnen und mit eigenem MRT, digit. Rö., DEXA - KMB, Sono, 3D-WS, ESWT fok. und rad., Orthoscreen, Medistar, mobilem Büro, Telekommunikation, **sucht Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Akupunktur und Chirotherapiegenehmigung**, zunächst als Entlastungsassistent (W/M) für maximal 20 Stunden /Woche und mit späterer Übernahmemöglichkeit
Bewerbungen unter dr.thelen@orthopaedie-info.com

PRAXISEINRICHTUNGEN & LICHTDESIGN



Wir machen Einrichtungen bezahlbar.

- ◆ Empfangstheken, Schranksysteme
- ◆ Arztzimmer, Behandlungszimmer
- ◆ Garderoben, Warteraummöbel
- ◆ Sitzmöbel, Bürostühle
- ◆ Funktionale Raumbelichtung
- ◆ Normgerechte Lichtlösungen
- ◆ Video-/ Bildschirmpräsentation
- ◆ Innenausbau, Renovierungen
- ◆ Fußbodenbeläge
- ◆ Umzugsservice, u.v.m.

Kostenlose Erstberatung

DREI DE Objekteinrichtungen
Ihr Ansprechpartner:
Stefan Diegel
Futhzeile 6
12353 Berlin
Tel.: (030) 74 77 66 05
info@drei-de.com
www.praxisdesign-berlin.de

INNOVATIV - KREATIV - INDIVIDUELL

Das Zentrum für Kindesentwicklung e. V. Berlin erbringt als Sozialpädiatrisches Zentrum/ Kinder- und Jugendambulanz medizinische, therapeutische, pädagogische und sozialpädagogische Leistungen für Kinder und deren Familien, die überwiegend einen multikulturellen Hintergrund haben.
Wir arbeiten in multiprofessionellen, interdisziplinären Teams und suchen für eine **unbefristete Stelle** eine(n) engagierte(n)



Fachärztin/ Facharzt für Kinderheilkunde für die Leitungsposition

mit 30 – 40 Std. ab dem 1. Januar 2019

Wir betreuen ein weites Patientenspektrum (0-18 Jahre) mit u.a. neuropädiatrischen Auffälligkeiten sowie kinderpsychiatrischen Störungen. Unser Wunschkandidat ist Kinderarzt/Kinderärztin mit SPZ- und neuropädiatrischen Erfahrungen. Die genaue Stellenbeschreibung finden Sie auf www.zentrum-kindesentwicklung.de/aktuelles.html

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Impressum

KV-Blatt erscheint monatlich als Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Körperschaft des öffentlichen Rechts. Der Bezugspreis ist durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Herausgeber: Dr. med. Margret Stennes (v.i.S.d.P.), Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6 A, 14057 Berlin, vertreten durch Dr. med. Margret Stennes; Anschrift des Herausgebers
Telefon: 030/310 03-0

Nummer der Redaktion: Telefon: 030/310 03-254, Telefax: 030/310 03-210

Redaktionskonferenz: u. a. Dr. med. Christiane Wessel (Vors. d. Vertreterversammlung); Dr. med. Margret Stennes

Redaktion:
Abteilung Kommunikation der KV Berlin (Dörthe Arnold, Anne Orth, Laura Vele)
E-Mail: redaktion@kvberlin.de

Termine/Veranstaltungen:
Telefon: 030/310 03-254,
Telefax: 030/310 03-210

Bitte beachten Sie: Für die Richtigkeit der im KV-Blatt veröffentlichten wissenschaftlichen Beiträge kann die Redaktion keine Gewähr übernehmen. Solche Beiträge dienen dem Meinungsaustausch und die darin geäußerten Ansichten decken sich deswegen auch nicht unbedingt mit der Meinung des Herausgebers. Gleiches gilt für mit Autorennamen oder -kürzeln gekennzeichnete Beiträge. Leserbriefe stellen gleichfalls nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion dar. Anonyme Leserzuschriften landen ausnahmslos im Papierkorb. Die Redaktion behält sich die Veröffentlichung von Zuschriften ausdrücklich vor, ebenso deren – sinnwahrende – Kürzung. Ihre Einsendungen behandeln wir sorgfältig. Bitte haben Sie jedoch Verständnis dafür, dass wir für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder keine Haftung übernehmen können. Für den – auch teilweisen – Nachdruck von Texten, Grafiken u. dgl. benötigen Sie unser schriftliches Einverständnis.

Satzbearbeitung und Layout: menthamedia – eine Marke der finanzpark AG, Ajtoschstraße 6, 90459 Nürnberg

Druck: Brühlsche Universitätsdruckerei GmbH Am Urnenfeld 12 35396 Gießen

Anzeigenverwaltung: menthamedia – eine Marke der finanzpark AG, Ajtoschstraße 6 90459 Nürnberg
Telefon: +49 (0)911-27400-0,
Telefax: +49 (0)911-27400-99
E-Mail: kvb@menthamedia.de

Anzeigendisposition:
Philipp Schmitt, Sladjana Fischer
Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 9 vom Januar 2017

Redaktionsschluss: 08/18: 09.07.2018
09/18: 10.08.2018

Meldeschluss
Termine/Veranstaltungen: 08/18: 09.07.2018
09/18: 09.08.2018

Anzeigenschluss: 08/18: 16.07.2018
09/18: 15.08.2018

Bankverbindung für Anzeigen:
Sparkasse Nürnberg
DE94 7605 0101 0011 2872 99
BIC: SSKNDE77XXX
Vertrieb: KV Berlin, Adresse des Herausgebers
Titelbild: Wiebke Koch



Steuerberatung ganz individuell

Durch die Spezialisierung auf die Beratung der Heilberufe bietet Ihnen die Treuhand Hannover ein ganzheitliches Fachwissen, wenn es um steuerliche und betriebswirtschaftliche Fragestellungen geht. Sprechen Sie uns an!

Treuhand Hannover GmbH
Steuerberatungsgesellschaft

Niederlassung Berlin

Invalidenstraße 92 · 10115 Berlin
Tel. 030 315947 -0 · Fax: 030 315947 -99
kanzlei.berlin@treuhand-hannover.de
www.treuhand-hannover.de

treu/**hand**
erfolgreich steuern

Privatabrechnung # Forderungsmanagement # Seminare # GOÄ # Sofortauszahlung # Beratung
Praxiserlöse 4.0

Verfügen Sie nach dem Rechnungsversand direkt über Ihr Honorar.

Digitalisierung # Patientenportal # PVS dialog # vor Ort # Transparenz # Dokumentation # zertifiziert # Korrespondenz # PVS berlin-brandenburg-hamburg

Invalidenstr. 92
10115 Berlin
Tel. 030 319008-45
info-bbh@ihre-pvs.de
www.pvs-bbh.de

 **PVS** berlin-brandenburg-hamburg
EIN UNTERNEHMEN
DER PVS HOLDING