

## KBV zieht Praxisgründern Honorar aus der Tasche

— Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurden einige neue Honorarregelungen beschlossen. Doch die Umsetzung durch KBV und Kassen führt dazu, dass wichtige Chancen verpasst werden, den Start in die Niederlassung attraktiv zu gestalten. Konkret regelt das Gesetz, dass die Behandlung neuer Patienten zunächst extrabudgetär vergütet wird (MMW 9/2019, S. 28). Dies

würde gerade bei Praxisneugründungen oder -übernahmen eine wichtige Förderung darstellen.

Doch ausgerechnet in diesem Bereich ist das Vorgehen explizit ausgeschlossen. Ärzte, die eine Praxis gründen oder übernehmen, dürfen nach einer Vereinbarung zwischen KBV und Kassen zwei Jahre lang keinen Patienten als Neupatienten extrabudgetär abrechnen.

### MMW-KOMMENTAR

*In Zeiten des Ärztemangels wäre die Entbudgetierung ein wichtiges Signal gewesen. Die jetzige Regelung dürfte leider eher zu einer Abschreckung führen.*

*Aber das hat unserer Selbstverwaltung offensichtlich nicht gereicht. Nahezu zeitgleich wurde eine weitere abschreckende Maßnahme im Bereich Telematik-Infrastruktur (TI) etabliert. Seit dem 1. Januar 2019 besteht die Pflicht, bei jedem Patienten ein Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) durchzuführen. Andernfalls wird*



**Dr. Gerd W. Zimmermann**  
Facharzt für  
Allgemeinmedizin  
Kapellenstraße 9  
D-65719 Hofheim

*das Honorar um 1% gekürzt. Wer eine verbindliche Bestellung der TI-Komponenten bis zum 31. März 2019 nachweisen konnte, erhielt noch eine „Gnadenfrist“ bis zum 30. Juni. Die KBV hat nun bekräftigt, dass diese Sanktionen auch für Ärzte gelten, die im Laufe des Jahres die Praxis auf- oder abgeben. Eine Übergangsregelung gibt es nicht. Schlimmer noch: Auch für Vertragsärzte, die ihre Praxistätigkeit neu aufnehmen, gelten laut KBV die gleichen Maßstäbe. Wer also z. B. zum 1. Juli 2019 eine Praxis ohne TI-Anbindung übernommen hat, wird sofort gekürzt, obgleich er überhaupt nicht die Möglichkeit hatte, bis zum 31. März einen Vertrag mit einem Anbieter abzuschließen. Selbst wer sich frei niederlässt, also keine Praxis übernimmt, muss auch so lange eine 1%-Kürzung hinnehmen, bis er erstmals einen Stammdatenabgleich vornimmt. Spätestens hier muss man sich fragen, wen die KBV eigentlich vertritt? Der Gesetzgeber hat bei der Verpflichtung zur TI-Anbindung mit Sicherheit keine Neuniederlassungen behindern wollen und würde eine von der KBV gewährte Übergangslösung selbstverständlich nicht beanstanden.*



Jeder Tag ohne Check der Versichertenaten kostet sie Geld.

## Mehr Optionen für Inter- und Transsexuelle

— Seit dem 1. Juli 2019 können nach einem Beschluss des Bewertungsausschusses geschlechtsspezifische Leistungen ohne geschlechtsorganbezogenen Inhalt auch bei intersexuellen und transsexuellen Patienten mit den dafür vorgesehenen EBM-Ziffern berechnet werden. Demnach sind Leistungen auch dann berechnungsfähig, wenn die personenstandsrechtliche Zuordnung nicht den Bestimmungen der jeweiligen

Anspruchsberechtigung entspricht. Es spielt also keine Rolle, welches Geschlecht im Pass des Patienten steht, sondern welches Geschlecht er angenommen hat.

### MMW-KOMMENTAR

*Bespiele für solche geschlechtsspezifischen Leistungen ohne geschlechtsorganbezogenen Inhalt sind das Ultraschallscreening auf Bauchortenaneurysmen, auf das nur Män-*

*ner ab 65 Jahren Anspruch haben, oder die Vorsorgekoloskopie, auf die Männer ab dem 50., Frauen aber erst ab dem 55. Lebensjahr Anspruch haben. Insbesondere das Bauchortenanscreening kann jetzt auch bei Inter- und Transsexuellen durchgeführt und mit den Nrn. 01 747 und 01 748 berechnet werden. Voraussetzung ist, dass eine medizinische Begründung einschließlich des ICD-10-Codes für Intersexualität (Q56) oder Transsexualität (F64.0) angegeben wird.*