

Aktuelle Informationen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Ausgabe 39 vom 05. Oktober 2016

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

►► **KV Hamburg beginnt regelmäßige Honorar-Berichterstattung**

Mit dem Quartal 1/2016 legt die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg ihren ersten Quartalsbericht zur Honorarsituation vor. Damit kommt sie einem vielfach geäußerten Wunsch nach, die Ergebnisse der Honorarverteilung strukturiert aufbereitet zu erhalten. Der Quartalsbericht enthält die Abrechnungsdaten des jeweiligen Quartals, also Gesamtumsatz, Umsatz aufgeteilt nach Honorarbestandteilen, Anteile der Fachgruppen an der Honorarverteilung, sowie auf der Fachgruppenebene die jeweilige Umsatzentwicklung allgemein und aufgeteilt nach Leistungsgruppen. Ergänzt wird der Bericht durch eine fachgruppenbezogene Leistungsmengenstatistik.

Darüber hinaus werden sowohl die Rahmenbedingungen, die für alle Mitglieder der KV Hamburg gelten, dargestellt, als auch die spezifischen Bedingungen für einen Versorgungsbereich oder eine Fachgruppe, jeweils auch inklusive der Änderungen und Entwicklungen in dem betreffenden Quartal. Mit diesen Daten lassen sich nicht nur die „großen“ Finanzströme nachvollziehen, sondern auch direkte Rückschlüsse auf die eigene Abrechnung ziehen.

Der Quartalsbericht wird künftig rund sechs Wochen nach Zustellung der Abrechnungen im Portal der KV Hamburg veröffentlicht. Wir werden jeweils im Internet darauf hinweisen. Weitere Angaben werden sukzessive den jetzigen Umfang des Quartalsberichts ergänzen.

►► **Förderung der Weiterbildung rückwirkend ab 1. Juli 2016**

Auf Basis der bundesweit gültigen Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V hat die KVH regionale Richtlinien zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin sowie zur Förderung der Weiterbildung in den Fachgebieten Augenheilkunde, Kinderheilkunde und Frauenheilkunde beschlossen. Diese Fachgebiete sind die im Gesetz vorgegebenen Fachgebiete für den Fall, dass mit den Krankenkassen keine Einigung auf andere Fachgebiete erfolgen konnte. Dies war in Hamburg der Fall.

In der allgemeinärztlichen Weiterbildung werden auf Antrag – sofern die erforderlichen Voraussetzungen vorliegen – alle genehmigten Weiterbildungsstellen gefördert. Die benötigten Antragsformulare für die Anstellungsgenehmigung und den Gehaltszuschuss finden Sie unter dem Stichwort „Formulare“ auf unserer Homepage (www.kvhh.de), dort im Glossar unter A („Assistenten“).

Die Zahl der geförderten Stellen bei der fachärztlichen Weiterbildung ist aufgrund der Bundesvorgaben auf insgesamt 21,75 Stellen beschränkt (Augenärzte: 5,56, Kinderärzte: 5,23, Frauenärzte: 10,96). Die freien Förderstellen im fachärztlichen Bereich werden ausgeschrieben, erstmals voraussichtlich im Dezember 2016. Wichtig: Die Förderung erfolgt rückwirkend zum 01. Juli 2016. Es können nur Förderanträge berücksichtigt werden, die innerhalb der veröffentlichten Bewerbungsfrist eingehen.

Bei einer Vollzeittätigkeit beträgt der Gehaltszuschuss für allgemein- und fachärztliche Weiterbildungsstellen 4.800,- Euro - vorausgesetzt, das Gehalt des Arztes in Weiterbildung wurde auf die im Krankenhaus übliche Vergütung angehoben. In Hamburg entspricht das einem Bruttogehalt von mindestens 5.115,- Euro bei Vollzeit. Bei Teilzeittätigkeit werden die Beträge entsprechend anteilig berechnet. Weitere Einzelheiten zur Förderung und zum Auswahlverfahren entnehmen Sie bitte den Richtlinien. Siehe hierzu auch www.kvhh.de/Recht & Verträge/Rechtsquellen.

►► **Medikationsplan – Vergütung und Regelung im Bundesmantelvertrag-Ärzte**

Der Bewertungsausschuss hat die Vergütung zur Ausstellung eines Medikationsplans festgelegt. Gleichzeitig legten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Krankenkassen die Rahmenbedingungen im Bundesmantelvertrag-Ärzte fest. Die Vergütungen differenzieren zwischen Haus- und Fachärzten. Die Regelungen gelten seit dem 1. Oktober 2016; die Honorierung erfolgt extrabudgetär.

Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte

Für Patienten, die nicht chronisch krank sind, wird für die Erstellung eines Medikationsplanes die GOP 01630 als Einzelleistung als Zuschlag zur Versichertenpauschale einmal im Krankheitsfall (das bedeutet einmal im Jahr) berechnet. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär und hat einen Wert von 39 Punkten, das entspricht im Jahr 2016 in Hamburg einen Geldwert von 4,07 Euro. Die Vergütung kann immer nur von dem ersten Arzt abgerechnet werden, der den Plan erstellt, selbst wenn einem Arzt, der später einen Medikationsplan ausstellt, nicht bekannt war, dass der Patient bereits einen Plan besitzt.

Bei chronisch kranken Patienten werden die 03222 bzw. 04222 automatisch von der KV zugesetzt, wenn die Chronikerpauschale abgerechnet wird. Dieser Zuschlag wird mit 10 Punkten bewertet, das entspricht einem Geldwert von aktuell 1,04 Euro.

Fachärzte

Mit Ausnahme der Krebs- und Schmerzpatienten sowie der Patienten nach Transplantation erhalten Fachärzte für die Erstellung eines Medikationsplans einen Zuschlag zur fachärztlichen Grundpauschale, welcher automatisch von der KV zugesetzt wird, unabhängig davon, ob tatsächlich ein Medikationsplan erstellt wurde oder nicht. Die Zuschlagshöhe differiert von Fachgruppe zu Fachgruppe; die einzelnen Werte sind einzusehen unter www.KBV.de/Praxisnachrichten/Medikationsplan.

Bei onkologischen Patienten, Schmerzpatienten sowie Patienten mit einer Organtransplantation wird für die Ausstellung eines Medikationsplans als Einzelleistungsvergütung die GOP 01630 abgerechnet. Die Abrechnung erfolgt als Zuschlag (GOP 01630): Der Zuschlag beträgt 39 Punkte (ca. 4 Euro) und kann je Patient einmal im Krankheitsfall von einem Vertragsarzt abgerechnet werden.

Rahmenbedingungen

- Gemäß § 29a Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) stellen Vertragsärzte auf Verlangen des Versicherten einen Medikationsplan aus, sofern der Versicherte gleichzeitig mindestens drei verordnete systemisch wirkende Arzneimittel anwendet.

- In den Medikationsplan sind grundsätzlich alle Arzneimittel einzubeziehen, die er selbst verordnet hat. Verordnungen anderer Vertragsärzte sind bei ausreichender Kenntnis ebenfalls in den Medikationsplan aufzunehmen. Nicht verschreibungspflichtige, aber apothekenpflichtige Arzneimittel sind ebenfalls in den Medikationsplan aufzunehmen, wenn der Patient dies dem Arzt mitteilt.

- Vertragsärzte der fachärztlichen Versorgung unterliegen nur dann der Verpflichtung zur Ausstellung eines Medikationsplanes, sofern der Versicherte keinen Hausarzt hat. Es gilt die Angabe des Patienten.

- Fachärzte sind insbesondere verpflichtet, dem Hausarzt Informationen zur Arzneimittelverordnung zu übermitteln, sofern der Versicherte in diese Übermittlung eingewilligt hat.

- Vertragsärzte sind verpflichtet, den Medikationsplan zu aktualisieren, sobald die Medikation durch sie geändert wird oder sie ausreichend Kenntnisse von einer Änderung erhalten haben.

Siehe hierzu auch [www.kvhh.de/Recht & Verträge/Bundesmantelvertrag](http://www.kvhh.de/Recht%20&%20Vertr%C3%A4ge/Bundesmantelvertrag)

►► **Neuer Exklusivvertrag mit der DAK-Gesundheit verbessert Diabetiker Versorgung**

Die KV Hamburg hat mit der DAK-Gesundheit einen Vertrag über die Diagnostik und Behandlung von Spätfolgen und Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus abgeschlossen. Startzeitpunkt ist der 01.10.2016.

Ziel des Vertrages ist, dass Begleiterkrankungen frühzeitig erkannt und schwerwiegende Krankheitsstadien durch gezielte Behandlung verhindert bzw. deutlich verzögert werden. In insgesamt fünf Versorgungsfeldern (Diabetische Neuropathie, Lower urinary tracts symptoms LUTS, Vaskuläre Komplikationen, Diabetesleber und Nephrologische Komplikationen) können in regelmäßigen Abständen gezielte Früherkennungsuntersuchungen (sog. Versorgungsprogramme) durchgeführt und abgerechnet werden, woran sich ggf. gezielte Behandlungen anschließen (sog. Weiterbehandlungsprogramme).

Teilnehmen können alle zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen und angestellten Ärzte, die in Hamburg an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Die teilnehmenden Ärzte müssen durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus pro Quartal betreuen. Ärzte treten jeweils mit Teilnahmeerklärung dem Vertrag bei.

Bei Verdacht führt der Hausarzt Früherkennungsuntersuchungen auf Begleiterkrankungen durch. Bestätigt sich der Verdacht, erfolgt eine entsprechende Weiterbehandlung. Treten bei einem Patienten mehrere Begleiterkrankungen auf, können die jeweiligen Module nebeneinander abgerechnet werden. In den Anlagen 1 bis 5 des Vertrages sind die Diagnostik- bzw. Behandlungspfade für die einzelnen Begleiterkrankungen beschrieben.

Die Vergütung (Anlage 9 des Vertrages) ist folgendermaßen geregelt:

- Durchführung des Versorgungsprogramms ohne auffälligen Befund (20 EUR)
- Durchführung des Versorgungsprogramms mit auffälligen Befund (20 EUR)
- Weiterbetreuung (20 EUR) und
- ggf. Kostenpauschalen für Sachmittel.

Je Kalenderjahr können maximal 2 x 20 EUR (gegebenenfalls zzgl. Sachmittelpauschalen) abgerechnet werden.

Den vollständigen Vertrag finden Sie auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (www.kvhh.de) unter der Rubrik „Recht und Verträge / Amtliche Bekanntmachung“.

►► **Wichtig: Umfrage zu fehlerhaften Anforderungen der Krankenhäuser**

Es ist ein Dauerbrenner: Häufig werden niedergelassene Ärzte von Krankenhäusern gebeten, weitere Einweisungen oder Überweisungen auszustellen, obwohl es hierfür keinen Rechtsgrund gibt. Sehr häufig werden die Patienten von der Klinik mit entsprechenden Aufforderungen zum Arzt geschickt, der dann seine liebe Not hat, den Patienten die wahre Rechtslage zu erklären.

Die KV Hamburg hat deswegen schon vor längerer Zeit ein einfach auszufüllendes Formular entworfen, das der Arzt seinem Patienten mitgeben kann, damit das Krankenhaus auf die Rechtslage hingewiesen wird. Zur Unterstützung haben wir einen Flyer entwickelt, der dem Patienten in allgemeinverständlichen Worten das Zusammenspiel von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern erklärt.

Das Formular, das wir Ihnen bereits zur Verfügung gestellt hatten, finden Sie in der aktuellen Fassung auf unserer Homepage unter: www.kvhh.de/Formulare & Infomaterial/KVH-Formulare/Rubrik E/Einweisung - Überweisung. Den Patienten-Flyer „Einweisen - Überweisen“ haben wir nochmals diesem Telegramm beigelegt. Exemplare können Sie bei uns anfordern unter: www.kvhh.de/Formulare & Infomaterial/KVH-Infomaterial/Bestellformular Infomaterial.

Da dieses Problem nicht nur in Hamburg existiert, ist das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) von den KVen beauftragt worden, eine bundesweite Erhebung durchzuführen, um das Ausmaß des Fehlverhaltens der Kliniken zu ermitteln. Auf dieser Basis sollen gesetzgeberische Aktivitäten eingefordert werden.

Alle niedergelassenen Ärzte sind nun gebeten, eine schlichte Strichliste zu führen, wie häufig sie mit welchem Wunsch der Kliniken konfrontiert wurden. Diese Liste soll ein Quartal geführt und die Summen dem ZI mitgeteilt werden. Alle Unterlagen des ZI sind diesem Telegramm beigelegt.

Der Vorstand der KV Hamburg begrüßt diese Initiative des ZI. Die Versuche der Klinikleitungen, auch unter Umgehung der rechtlich zulässigen Möglichkeiten, Erlösoptimierung zu betreiben, nehmen ein immer größeres Ausmaß an und stören sowohl das Arzt-Patienten-Verhältnis massiv als auch den Ablauf in der Arztpraxis, weil es hierüber immer unschöne Auseinandersetzungen mit dem Patienten gibt, der gar keine vertiefte Kenntnis von den rechtlichen Zusammenhängen haben kann. Insofern bitten wir Sie sehr herzlich, sich an der Umfrage zu beteiligen.

►► Amtliche Veröffentlichungen

Auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg www.kvhh.de wird unter der Rubrik „Recht und Verträge / Amtliche Bekanntmachung“ Folgendes bekannt gegeben:

- 8. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab ab dem 1. Oktober 2013 mit Wirkung zum 1. Oktober 2016
- Änderung der KBV-Vorgaben zur Honorarverteilung nach § 87b Abs. 4 SGB V Teil B und E mit Wirkung zum 1. Juli 2016
- Vertrag zu Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen bei der Behandlung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (CED) nach § 84 Abs. 1 S. 5 SGB V mit der BARMER GEK.
- Vertrag über ein strukturiertes Arzneimittel-Management von Biologika und Biosimilars (Biolike) in Hamburg nach § 84 Abs. 1 S. 5 SGB V mit der BARMER GEK.

Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung. Bitte sprechen Sie uns hierzu an.

Für Fragen zu allen KV-Themen - auch zu den in diesem Telegramm genannten:

Infocenter der KV Hamburg, Telefon 22802-900 Fax 22802-885,

e-mail-Adresse: infocenter@kvhh.de

Telegramm + auch + unter + www.kvhh.de + im + Internet

Zi-Studie zu ungerechtfertigten Anforderungen von Krankenhäusern

Infoblatt

Was ist das Problem?

Einzelne Studien und regionale Erhebungen haben gezeigt, dass viele Krankenhäuser Patienten z.B. nach einem Besuch der Ambulanz oder nach einer stationären Behandlung zur Wiedervorstellung auffordern und ihnen auftragen, zu diesem Zweck etwa eine ärztliche Einweisung vorzulegen, obwohl die Weiterbehandlung durch einen Vertragsarzt problemlos möglich wäre. Viele niedergelassene Ärzte fühlen sich hierdurch unter Druck gesetzt, Patienten fühlen sich verunsichert. Wird dem Patientenwunsch Folge geleistet, setzt sich der Arzt zudem einer erhöhten Gefahr aus, in Wirtschaftlichkeitsprüfungen auffällig zu werden.

Ziel dieser Studie

Mit dieser Studie soll der Umfang nicht gerechtfertigter Anforderungen durch Krankenhäuser in Deutschland flächendeckend erhoben werden. Ziel ist eine Bestandsaufnahme, in welchem Maße ungerechtfertigte Anforderungen von Krankenhäusern den Versorgungsalltag von Vertragsärzten belasten, und eine Analyse regionaler Verteilungsmuster, z.B. Prüfung des Zusammenhangs mit der regionalen Krankenhausedichte.

Ablauf dieser Studie

Die Studie wird für den **Zeitraum des gesamten vierten Quartals 2016** durchgeführt. Dazu erhalten alle Praxen Anfang Oktober dieses Informationsblatt, den Fragebogen sowie eine Ausfüllhilfe für den Fragebogen.

Zum Jahresbeginn 2017 erhalten Sie dann zur Sicherheit noch einmal eine Erinnerung und einen frankierten Briefumschlag, mit dem der **ausgefüllte Fragebogen bis zum 28. Januar 2017 an das Zi** zurückgeschickt werden soll. Das Zi wertet alle eingegangenen Fragebögen aus und bereitet die Ergebnisse bis Mai 2017 auf. Die Ergebnisse werden danach bundesweit und regionsbezogen zur Verfügung gestellt.

Alle Teilnehmer bleiben anonym

Weder einzelne Praxen noch einzelne Krankenhäuser werden identifiziert. Die Angabe der letzten zwei Stellen Ihrer LANR (Fachgruppencode) wird benötigt, um Unterschiede der Betroffenheit nach Fachgruppen darstellen zu können. Die ersten drei Stellen Ihrer Postleitzahl werden für die Analyse regionaler Besonderheiten benötigt. Die Erhebung des Praxistyps erfolgt um die Frage zu beantworten, ob bestimmte Organisationsformen besonders von ungerechtfertigten Anforderungen durch Krankenhäuser betroffen sind. Bei der Darstellung der Ergebnisse wird sichergestellt, dass keine Teilnehmer identifiziert werden können.

Ungerechtfertigte Anforderungen durch Krankenhäuser

Bitte tragen Sie alle Beobachtungen im Laufe des vierten Quartals 2016 zusammen. Ihre Angaben dienen dazu, den Umfang ungerechtfertigter Anforderungen ins Verhältnis zu allen im gleichen Zeitraum stationär behandelten Patienten zu setzen. Die Fragen beziehen sich auf Sachverhalte, die bereits aus Vorerhebungen bekannt sind. Hierzu zählt z.B. die nachträgliche Anforderung von Einweisungsscheinen oder die Aufforderung Überweisungs- in Einweisungsscheine umzuwandeln.

Zudem wollen wir das Finanzvolumen von Leistungen schätzen, die auf Anforderung von Krankenhäusern in der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Dazu bitten wir Sie, den **Behandlungsaufwand für den letzten beobachteten Fall als Rechnungssumme auf Basis der GOÄ** in den Fragebogen einzutragen.

Bitte nutzen Sie das Freitextfeld, wenn Sie weitere Aspekte im Zusammenhang mit der Fragestellung für wichtig erachten, diese aber nicht im Fragebogen unterbringen können.

Fragen zur Studie werden gerne schriftlich beantwortet. Bitte senden Sie dazu eine Mail an zi@zi.de

Rückmeldebogen

!!! Hinweise zur Studie entnehmen Sie bitte dem beigefügten Infoblatt und der Ausfüllhilfe!!!

Angaben zum Absender/ zur Absenderin:

Fachgruppe (letzte zwei Stellen der LANR):	
Tätigkeitsstandort (erste drei Stellen der Postleitzahl):	
Praxisform (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, MVZ, andere):	

Erhebungsfragen:

Wie viele Ihrer Patienten waren Ihres Wissens im 4. Quartal 2016 in stationärer Behandlung?	
Für wie viele Ihrer Patienten haben Sie im 4. Quartal 2016 mind. eine Krankenhaus-Einweisung ausgestellt?	
Bei wie vielen Patienten wurde die Bitte nach einer Einweisung an Sie durch Krankenhäuser herangetragen?	
Bei wie vielen Patienten sind Sie der Bitte nachgekommen?	
Wie häufig sollten Sie auf Wunsch von Krankenhäusern eine Einweisung für eine Behandlung ausstellen, die eigentlich ambulant hätte durchgeführt werden können?	
Wie häufig wurden Sie von Krankenhäusern gebeten, eine Überweisung zu einem ermächtigten Arzt in eine Einweisung umzuwandeln?	
Wie häufig sollten Sie auf Wunsch von Krankenhäusern gleich mehrere Einweisungen für einen Patienten ausstellen?	
Wie häufig wurden Sie durch Krankenhäuser um eine rückwirkende Einweisung gebeten?	
Wie häufig sollten Sie auf Wunsch von Krankenhäusern sowohl eine Überweisung als auch eine Einweisung ausstellen?	

Bei wie vielen Patienten wurden Sie durch ein Krankenhaus um medizinische Behandlungen gebeten, die aus Ihrer Sicht im Rahmen des Klinikaufenthaltes hätten erfolgen müssen?	
Bei wie vielen Patienten haben Sie dann dem Krankenhaus eine GOÄ-Rechnung gestellt?	
Denken Sie an den <u>letzten</u> Patienten, für den Sie solche Leistungen durchgeführt haben. Wie hoch ist bzw. wäre die Rechnung nach GOÄ ausgefallen (Angabe bitte in €)?	

Welche weiteren Aspekte sind Ihnen im Zusammenhang von ggf. nicht gerechtfertigten Anforderungen von Krankenhäusern wichtig?

Rückmeldung an das Zentralinstitut bitte bis zum 28. Januar 2017.

Sie erhalten dazu im Januar einen frankierten Briefumschlag durch das Zi.

Ausfüllhilfe zum Fragebogen zu ungerechtfertigten Anforderungen durch Krankenhäuser

	Strichliste Oktober	Summe Oktober	Strichliste für den November	Summe November	Strichliste Dezember	Summe Dezember	Gesamtsumme (Übertragung in Fragebogen)
Wie viele Ihrer Patienten waren Ihres Wissens im 4. Quartal 2016 in stationärer Behandlung?							
Für wie viele Ihrer Patienten haben Sie im 4. Quartal 2016 mind. eine KH-Einweisung ausgestellt?							
Bei wie vielen Patienten wurde die Bitte nach einer Einweisung an Sie durch Krankenhäuser herangetragen?							
Bei wie vielen Patienten sind Sie der Bitte nachgekommen?							
Wie häufig sollten Sie auf Wunsch von Krankenhäusern eine Einweisung für eine Behandlung ausstellen, die eigentlich ambulant hätte durchgeführt werden können?							
Wie häufig wurden Sie von Krankenhäusern gebeten, eine Überweisung zu einem ermächtigten Arzt in eine Einweisung umzuwandeln?							
Wie häufig sollten Sie auf Wunsch von Krankenhäusern gleich mehrere Einweisungen für einen Patienten ausstellen?							
Wie häufig wurden Sie durch Krankenhäuser um eine rückwirkende Einweisung gebeten?							
Wie häufig sollten Sie auf Wunsch von Krankenhäusern sowohl eine Überweisung als auch eine Einweisung ausstellen?							
Bei wie vielen Patienten wurden Sie durch ein Krankenhaus um medizinische Behandlungen gebeten, die aus Ihrer Sicht im Rahmen des Klinikaufenthaltes hätten erfolgen müssen?							
Bei wie vielen Patienten haben Sie dann dem Krankenhaus eine GOÄ-Rechnung gestellt?							
Denken Sie an den letzten Patienten, für den Sie solche Leistungen durchgeführt haben. Wie hoch ist bzw. wäre die Rechnung nach GOÄ ausgefallen (Angabe bitte in €)?							