

„Wir packen es (an)!“

URO-GmbH Nachrichten

Uro-GmbH Nordrhein

Hohenstaufering 48 - 54
50674 Köln

Telefon: 0221 / 139 836 - 55

Telefax: 0221 / 139 836 - 65

info@uro-nordrhein.de

Für Ärzte: www.uro-gmbh.de

Für Patienten: www.urologen-nrw.de



Neue Betreuungsstrukturverträge

**Aushöhlen der ärztlichen
Therapiehoheit**

**Neue EBM-Kapitel – der große
Wurf zur Verbesserung
der Versorgung**

**LSG NRW zum Regressverfahren
wegen Abrechnung der Zirkum-
zision ohne Histologie oder
Fotodokumentation**

**Urologe wieder in die KVNO-
Vertreterversammlung gewählt**

ANZEIGE

AMGEN®

astellas
Leading Light for Life

Dunker

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson

Jenapharm
Liebe. Leben. Gesundheit.

Takeda

UROMED
PRODUKTE FÜR DIE UROLOGIE

Inhaltsverzeichnis

I.	Editorial	4
II.	Fortbildung – immer wieder Fortbildung	5
III.	Neue Betreuungsstrukturverträge	6 - 8
IV.	Aushöhlen der ärztlichen Therapiehoheit	9
V.	Neue EBM-Kapitel – der große Wurf zur Verbesserung der Versorgung?	10 - 11
VI.	LSG NRW zum Regressverfahren wegen Abrechnung der Zirkumzision ohne Histologie oder Fotodokumentation	12 - 13
VII.	Urologe wieder in die KVNO-Vertreterversammlung gewählt	14

APOGEPHA

Dr. Pflieger
ARZNEIMITTEL

HEXAL
Arzneimittel
Ihres Vertrauens

IPSEN
Innovation for patient care

DR. KADE
BESINS

KE

medac
Urologie

I. Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Uro-GmbH-Partner,

nach den Sommerferien läuft nun in allen Bereichen des Gesundheitswesens der Betrieb wieder voll an. In Nordrhein wird sich im Oktober die Vertreterversammlung der KVNo neu konstituieren. Erfreulicherweise wurde erstmals nach vielen Jahren wieder ein Urologe mit Dr. P. Lossin in die Versammlung gewählt. Dies hilft uns, die bisher nicht gehörten urologischen Interessen besser zur Geltung zu bringen.

Auch die Fortbildungen konzentrieren sich bis zum Ende des Jahres, wobei die bisherigen Fortbildungskonzepte mehr und mehr einer Änderung bedürfen. Statt Frontalveranstaltungen wird in Zukunft viel mehr interaktiver Meinungsaustausch gefragt sein.

Die bisher im EBM definierten Leistungen zur Versorgung der Bevölkerung stellen mehr und mehr eine Basisversorgung dar. Viele Kassen bieten deshalb IV-Verträge zur Verbesserung in speziellen Versorgungsbereichen an. Während bisher vor allem Hausärzte von solchen Verträgen profitiert haben, gelten solche Verträge nun auch für verschiedene Facharztgruppen.

Damit Ärzte entlastet werden, wurde von der Politik die entlastende Versorgungsassistentin (EVA) wiedereingeführt. Damit können delegierbare Leistungen des BMV prinzipiell nun durch unsere MfAs erbracht werden. Die Auflagen sind jedoch hoch und die Honorierung bleibt hinter einer Kostendeckung zurück. Verantwortlich bleibt natürlich immer der Arzt.

Das gilt auch für die zunehmenden Verträge zwischen Kassen und Gesundheitsindustrie. Neben den bekannten Rabattverträgen bei Medikamenten werden nun immer öfter Ausschreibungen bei Zytostatika-Infusionen und Kontrastmitteln relevant, die uns Ärzten die Hersteller vorschreiben. Die ärztliche Therapiefreiheit wird damit sukzessive ausgehöhlt.

Ihre Uro-GmbH Nordrhein



Dr. Michael Stephan-Odenthal
(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

Fortbildung – immer wieder Fortbildung

Die Umfrage in den letzten Uro-GmbH Nachrichten zur Fortbildungsmüdigkeit hat Resonanz gezeigt. In einer Reihe von Emails haben Kolleginnen und Kollegen mir ihre Meinung kundgetan und auch versucht Lösungen zu skizzieren. Ich möchte das wie folgt zusammenfassen und kommentieren:

Fortbildungen mit Frontalvorträgen sind nicht mehr zeitgemäß. Der Wunsch nach interaktiven Fortbildungen mit kleinen Teilnehmerzahlen wird eindeutig favorisiert. Der kollegiale Austausch wie früher beim DGU-Kongress und den großen Regionalkongressen spielen keine übergeordnete Rolle mehr. Die jüngere Generation bevorzugt durchaus auch internetbasierte Fortbildungslösungen und fallbezogene Highlights auf den größeren Kongressen (Alpträum-Sitzung, Tipps und Tricks etc.). Bevorzugt werden Referenten, die praxisnah ein Thema angehen und nicht so sehr nur wissenschaftliche Daten vortragen, deren Relevanz in der Praxis nur von untergeordneter Bedeutung ist. Die Umsetzung von Leitlinien in die Praxis stellt für manchen von uns ein Problem dar.

Die Uro-GmbH Nordrhein bevorzugt seit ihrer Gründung Fortbildungen in kleineren Kreisen, die alle bisher auch erfolgreich verlaufen sind. Seit dem Bestehen mussten wir bisher erst einmal eine Fortbildung absagen, weil die Anmeldungen zu gering waren. Dies Konzept werden wir auch weiter mit praxisbezogenen Themen, wie z.B. die Psychoonkologie mit einer Veranstaltung im November in Düsseldorf, fortsetzen. Informationen finden sich im **Internet-Fortbildungskalender Uro-GmbH Nordrhein** auf der Homepage www.uro-gmbh.de. Auch werden wir unsere Kompetenz bei größeren Veranstaltungen ob mit oder ohne Industrie in die Waagschale werfen.

Im nächsten Jahr findet der NRW-Kongress 2017 unter der Leitung von Frau Prof. Dr. Susanne Krege in Essen statt. Da die Uro-GmbH Nordrhein wieder in der Programmkommission sitzt, habe ich eine Umfrage unter unseren Mitgliedern gestartet und Themen abgefragt. Die Teilnahme war zwar mäßig, aber repräsentativ. Da Freitag der 9. Juni 2017 der Tag der ambulanten Urologie wird, werden wir gemäß der Umfrage folgende Themen aufnehmen und mit entsprechenden Experten besetzen:

- Nachsorge urologischer Tumoren
- Wieviel Andrologie in der Praxis?
- Bedeutung von Qualitätszirkeln
- Bedeutung von Tumorboards

Wir setzen schon heute auf eine rege Teilnahme. Nicht durch Nichterscheinen sondern nur durch konstruktive Kritik können wir unsere Fortbildung auf einem hohen Level erhalten. Helfen Sie uns dabei!

Beim Thema Hygienefortbildung sind wir selbst aktiv geworden. Ein von Wolfgang Rulf ausgearbeitetes Konzept zum Qualifizierungskurs „Hygienebeauftragter Arzt“ für Urologen liegt bei der Fort- und Weiterbildungskommission der Ärztekammer Nordrhein zur Zertifizierung vor. Darüber werden wir zeitnah berichten.

von Dr. Reinhold Schaefer
(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)



III. Neue Betreuungsstrukturverträge

Seit letztem Jahr und neu seit 01.07.2016 gelten in Nordrhein verschiedene IV-Verträge zur „Weiterentwicklung der Strukturen für Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf“. Die Verträge wurden mit allen großen Krankenkassen abgeschlossen. Primär wurden diese für die Verbesserung der hausärztlichen Versorgung geschaffen. Außer bei der AOK sind diese Verträge aber mittlerweile auch Fachärzten und zum Teil für Psychotherapeuten offen. Ziel der Verträge ist es, bei Patienten mit schwierigen oder langwierigen Erkrankungen den erhöhten Versorgungsbedarf besser abzubilden.

Die Vergütung der Verträge erfolgt diagnosebezogen. Zum Teil zielen die Verträge auf unterschiedliche Diagnosen bzw. Diagnosegruppen. Die Vergütung der zusätzlichen Aufwandspauschale erfolgt über die KVNO. Sie wird mit vertragspezifischen, unterschiedlichen Ziffern abgerechnet und erfolgt nur mit Angabe des entsprechenden ICD-Codes! Die Gesamtvergütung erfolgt außerhalb des MGV extrabudgetär.

Die Verträge im Einzelnen.

KKH:

- Patienten dieser Krankenkasse müssen mit einem Formblatt explizit eingeschrieben werden
- keine spezifischen urologischen Diagnosen vorgesehen (COPD, Adipositas, Psychosen)
- Voraussetzung für Fachärzte ist eine QZ-Teilnahme 4 mal pro Jahr, der QZ ist nicht vorgeschrieben
- keine gleichzeitige Abrechnung mit Palliativvertragsziffern

Vergütung Pauschal pro Quartal:

- für Haus- und Heimbefuche 15 bis 17,50 € je Besuch extra
- für Betreuung außerhalb der Sprechstunde und am Wochenende 40 € extra
- für Überleitungsmanagement durch Besuch im Krankenhaus 40 € extra, bei telefonischem Überleitungsmanagement 18 € extra

Leistungsbeschreibung	
Kontaktabhängige quartalsweise Betreuungspauschale 1 für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit mindestens einer Diagnose einer Indikationsgruppe gemäß Anlage 2	Betrag: 4,00 € Symbol-Nr.: 91400
Kontaktabhängige quartalsweise Betreuungspauschale 2 für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit mindestens jeweils einer Diagnose aus zwei unterschiedlichen Indikationsgruppen gemäß Anlage 2	Betrag: 6,00 € Symbol-Nr.: 91401
Kontaktabhängige quartalsweise Betreuungspauschale 3 für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit mindestens jeweils einer Diagnose aus drei unterschiedlichen Indikationsgruppen gemäß Anlage 2	Betrag: 8,00 € Symbol-Nr.: 91402
Kontaktabhängige quartalsweise Betreuungspauschale 4 für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit mindestens jeweils einer Diagnose aus vier oder mehr unterschiedlichen Indikationsgruppen gemäß Anlage 2	Betrag: 12,00 € Symbol-Nr.: 91403

Techniker Krankenkasse:

- Patienten müssen nicht extra eingeschrieben werden, eine Teilnahmeerklärung wird nicht benötigt
- Voraussetzung für Fachärzte ist eine QZ-Teilnahme 4 mal pro Jahr, der QZ ist nicht vorgeschrieben
- primär urologische Diagnosen:
 - Chronische Nierenkrankheiten
 - Neurogene Harnblasenentleerungsstörung
- Leistungen des Palliativ-Vertrages können nicht zusätzlich abgerechnet werden

Vergütung pauschal pro Quartal:

- für Haus- und Heimbefuche werden 15 bis 17,50 € zusätzlich je Besuch vergütet
- Versorgung am Wochenende mit zusätzlich 40 €

BKK-Landesverband NORDWEST

- Patienten müssen nicht explizit eingeschrieben werden
- Voraussetzung für Fachärzte ist eine QZ-Teilnahme 4 mal pro Jahr, der QZ ist nicht vorgeschrieben
- primär urologische Diagnosen:
 - Neurogene Harnblasenentleerungsstörung
 - Tumorpatienten
- sekundär können aber auch Patienten mit chronischen Erkrankungen und daraus resultierenden urologischen Komplikationen oder Folgen im Vertrag abgerechnet werden, dabei müssen aber unbedingt die begründenden ICD-Diagnosen vom Hausarzt oder Internisten in der Abrechnung mit erfasst werden
- keine gleichzeitige Abrechnung von Ziffern aus dem Palliativvertrag

Vergütung Pauschal pro Quartal:

- für Haus- und Heimbefuche 15 bis 17,50 € je Besuch extra
- für Betreuung außerhalb der Sprechstunde und am Wochenende 40 € extra
- nicht alle BKKen nehmen teil, insbesondere die großen BKKen wie pronova BKK nehmen bisher nicht teil, nach Aussagen der KVNO decken die bisher teilnehmenden BKKen ca. 50% der BKK-Versicherten in Nordrhein ab

Leistungsbeschreibung	
Kontaktabhängige quartalsweise Betreuungspauschale 1 für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit mindestens einer Diagnose einer Indikationsgruppe gemäß Anlage 1	Betrag: 3,00 € Symbol-Nr.: 91500
Kontaktabhängige quartalsweise Betreuungspauschale 2 für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit mindestens jeweils einer Diagnose aus zwei unterschiedlichen Indikationsgruppen gemäß Anlage 1	Betrag: 6,00 € Symbol-Nr.: 91501
Kontaktabhängige quartalsweise Betreuungspauschale 3 für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit mindestens jeweils einer Diagnose aus drei oder mehr unterschiedlichen Indikationsgruppen gemäß Anlage 1	Betrag: 9,00 € Symbol-Nr.: 91502

Leistungsbeschreibung	
Kontaktabhängige quartalsweise Betreuungspauschale 1 für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit mindestens einer Diagnose einer Indikationsgruppe gemäß der Anlagen 1a - 1d	Betrag: 3,00 € Symbol-Nr.: 91600
Kontaktabhängige quartalsweise Betreuungspauschale 2 für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit mindestens jeweils einer Diagnose aus zwei unterschiedlichen Indikationsgruppen gemäß der Anlagen 1a bis 1d	Betrag: 6,00 € Symbol-Nr.: 91601
Kontaktabhängige quartalsweise Betreuungspauschale 3 für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit mindestens jeweils einer Diagnose aus drei oder mehr unterschiedlichen Indikationsgruppen gemäß der Anlagen 1a bis 1d	Betrag: 9,00 € Symbol-Nr.: 91602

Betreuungsstrukturvertrag mit dem BKK Landesverband Nordwest und der KV Nordrhein – Übersicht der teilnehmenden Betriebskrankenkassen – Stand 28.07.2016							
Nr.	VKNR	BKK	PLZ Ort	Indikationsgruppe/ICD 10-Code (x)			
				Anlage 1a	Anlage 1b	Anlage 1c	Anlage 1d
1	18515	SIEMAG BKK	57271 Hilchenbach		x		
2	21405	actimonde Krankenkasse	52068 Aachen	x			
3	19409	BKK Duerkopp Adler	33719 Bielefeld	x			
4	19479	BKK Herford Minden Ravensberg (HMR)	32003 Herford	x			
5	27409	BKK Bergische Achsen KG	51655 Wiehl		x		
6	19418	Heimat Krankenkasse	33602 Bielefeld	x			
7	02422	Continental BKK	22335 Hamburg	x			
8	37436	Die Bergische Krankenkasse	42719 Solingen				x
9	42405	BKK Pricewaterhouse Coopers	34212 Meisungen				x
10	59411	BKK Pfal	67059 Ludwigshafen	x			
11	09409	BKK RWE	29225 Celle	x			
12	42401	BKK B. Braun Meisungen SBK	34212 Meisungen	x			
13	61435	BKK MAHLE	70369 Stuttgart	x			
14	09455	BKK Mobil Oul	29225 Celle	x			
15	58434	Die Schwenninger Krankenkasse	78056 Villingen-Schwenningen				x
16	61495	Siemens-Betriebskrankenkasse SBK	80339 Muenchen		x		
17	72421	BKK VBU	10969 Berlin	x			
18	12407	BKK EWE	26122 Oldenburg	x			
19	18544	BKK VDN	58239 Schwerte				x
20	19410	BKK Gildemeister Seidensticker	33617 Bielefeld	x			
21	19540	BKK Melitta Plus	32425 Minden				x
22	19557	Bertelsmann BKK	33311 Guetersloh				x
23	19402	BLL Diakonie	33617 Bielefeld	x			
24	42406	BLL Wirtschaft & Finanzen	34212 Meisungen				x
25	61477	WMF BKK	73312 Geislingen				x
26	02407	Novitas BKK	47059 Duisburg			x	
27	40418	Vereinigte BKK	60386 Frankfurt	x			
28	47410	Debeka BKK	56073 Koblenz				x
29	09416	BKK 24	31683 Obernkirchen	x			
30	24413	BKK Deutsche Bank AG	40212 Duesseldorf	x			
31	40401	BAHN-BKK	60486 Frankfurt am Main	x			
32	21407	BKK Euregio	52525 Heinsberg		x		

<https://www.kvno.de/10praxis/25vertraeg/hausarztstrukturvertrag/index.html>

Fazit: Es ist erfreulich, dass bis auf die AOK die Krankenkassen offensichtlich erkannt haben, dass die Versorgung von Fachärzten ebenso förderungswürdig ist wie die Versorgung durch Hausärzte. Die urologischen Diagnosen sind jedoch im Vergleich zu internistischen oder psychiatrischen Diagnosen deutlich unterrepräsentiert. Obwohl wir als Urologen durchschnittlich das älteste Patientenkontingent behandeln, können urologische Erkrankungen häufig nur als sekundäre Komplikation einer anderen Erkrankung geltend gemacht werden. Dies macht eine exakte Erfassung aller ICD-Codes notwendig! Der Abrechnungsaufwand wird dadurch im laufenden Quartal immer größer. Es zeigt sich zunehmend, dass Sonderverträge mit den Kassen einen größeren Anteil am Gesamthonorar ausmachen. Im gleichen Maße werden die Regelleistungsvolumina an Bedeutung verlieren. Schon heute gibt es Praxen, bei denen die RLVs nur noch 20% Anteil am Gesamthonorar ausmachen.

Dr. Michael Stephan-Odenthal
(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

IV. Aushöhlen der ärztlichen Therapiehoheit

Immer öfters versuchen die Krankenkassen uns die Behandlung mit Medikamenten vorzuschreiben. Nicht nur die fragwürdigen Beurteilungen durch den GBA sind ein immerwährendes Ärgernis, nein jetzt werden uns bereits von der AOK die Apotheken vorgeschrieben, die die Zytostatika-Infusionen zubereiten dürfen.

Wer garantiert uns bei einer völlig unbekanntem Apotheke die Qualität der Zubereitung? Wieso hat gerade diese Apotheke den Zuschlag bekommen? Weil sie der billigste Anbieter war? Weil sie die billigsten Generika benutzt, die u.U. in der Qualität nicht mit einem Original vergleichbar sind? Wer prüft diese Qualität und stellt sicher, dass auch das in der Infusion ist, was drin sein sollte? Wer übernimmt die Haftung bei fehlerhafter Qualität oder infusionsbedingten Nebenwirkungen?

Ich kann in diesem Ansinnen der Krankenkassen keinen Gewinn für unsere Patienten sehen. Gewinner ist lediglich die AOK auf dem Rücken der schwer kranken Krebspatienten. Die AOK ist wohl nur der Vorreiter, andere Kassen werden folgen. Jede Kasse wird dann andere Lieferanten haben, wir werden mehrere Apotheken beschäftigen, das Chaos wird seinen Lauf nehmen.

Der nächste Streich lässt schon auf sich warten: die Röntgenkontrastmittel. Wir werden nicht mehr gefragt, welches Kontrastmittel wir benötigen, sondern nur noch wie viel. Die Krankenkassen liefern dann gerade das, was sie am Günstigsten bekommen. Hier fragt auch keiner nach der Qualität oder der Verträglichkeit. Wie es in der Realität urologischer (oder auch radiologischer) Praxen aussieht, interessiert keinen, Hauptsache billig. Angeblich wirken alle Kontrastmittel gleich, so die Krankenkassen. Schließlich brauchen sie sie auch nicht applizieren und die Zwischenfälle behandeln. Auch hier interessiert mich die Haftungsfrage. Ist vielleicht nur wenig wirksame Substanz in der Infusion? Werden die Kontrastbilder schlechter? Bestrahlen wir unnötig Patienten, weil Doppeluntersuchungen zur Routine werden? Wer garantiert auch hier die Qualität? Wer haftet bei Zwischenfällen?

Diese Fragen sollten wir alle juristisch prüfen lassen. Der Berufsverband der Radiologen läuft bereits Sturm, ich bin gespannt, was der BDU macht.

Verstehen Sie mich nicht falsch, es geht nicht um nicht mehr generierbare Gewinne, es geht um unsere Patienten, um deren Sicherheit und um die Qualität bei der Anwendung von intravenös zu verabreichende Arzneimitteln. Und, es geht um unsere nicht verhandelbare Therapiehoheit!

von Dr. Reinhold Schaefer
(ärztlicher Geschäftsführer
der Uro-GmbH Nordrhein)



V. Neue EBM-Kapitel – der große Wurf zur Verbesserung der Versorgung?



wöchentliche Hausbesuch im Seniorenheim zum Katheterwechsel. Dafür werden die Leistungen des Kapitels 37 aber auch mit 13,05 € für die Betreuungspauschale oder 28,70 € für die Koordinationspauschale sowie 11,06 € zusätzlich für jeden Besuch und 6,68 € für eine Teilnahme an einer Fallkonferenz relativ hoch honoriert. Die Leistungen können schließlich neben den üblichen RLV-Ziffern, aber auch neben Leistungen des Palliativ- oder Onkologievertrages abgerechnet werden. Für Urologen mit vielen Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen ist dies sicher eine Option, die bisher schlechte Vergütung für die zeitaufwendigen Leistungen zu verbessern. Für Urologen mit wenigen Patienten im Heim bedeutet der 119b-Vertrag jedoch einen deutlichen Mehraufwand ohne adäquates Honorar.

Sehr viel medialen Aufwand haben in der jüngsten Vergangenheit KV, Kassen und Gesundheitspolitik bei der Delegation von ärztlichen Leistungen betrieben. Die „Entlastende Versorgungsassistentin – EVA“ wurde als der große Wurf insbesondere auch in der Versorgung der ländlichen Bevölkerung verkauft. Nach dem Vorbild der aus DDR-Zeiten bekannten, gutherzigen, übers Land fahrenden, Schwester Gerti, sollen wieder viele bisher ärztliche Leistungen in die Hände von speziell ausgebildeten medizinischen Mitarbeiterinnen gelegt werden, um den Arzt für schwere Erkrankungsfälle zu entlasten. Bisher war es jedoch nur Hausärzten vorbehalten, Leistungen an eine solche selbständige Kraft zu delegieren. Fachärztliche Leistungen konnten nur unter unmittelbarer Aufsicht delegiert werden. Mit Änderung des Bundesmantelvertrages können nun definierte Leistungen wie z.B. Wechsel von Kathetern (DK und SpDK) auch von Fachärzten delegiert werden. Mit dem Kapitel 38 sollen solche Leistungen nun auch für Fachärzte abgebildet werden.

Dabei müssen alle tätig werdenden Mitarbeiterinnen eine besondere Qualifikation vorweisen und mindestens 20 Stunden/Woche in der Praxis angestellt sein. Es sind vom Facharzt die Teilnahme an mindestens 20 Hausbesuchen und eine fachliche Qualifikation zur Durchführung der delegierten Leistung zu bescheinigen. Die Bescheinigungen müssen formlos bei der KV eingereicht werden. Die jeweilige Mitarbeiterin muss also explizit gegenüber der KV benannt werden.

Zusätzlich sollte die Mitarbeiterin eine Ausbildung zur EVA über verschiedene Module durchlaufen, die kostenpflichtig von der KV angeboten werden. Damit werden zunächst deutliche Hürden für den großflächigen Einsatz von delegierbaren Leistungen aufgestellt. Bei der Honorierung ist die KBV jedoch hinter allen betriebswirtschaftlich vernünftigen Kalkulationen zurückgeblieben. Das Aufsuchen eines Patienten durch die nichtärztliche Mitarbeiterin mit bescheinigter Qualifikation wird gerade mal mit 7,93 € vergütet, wobei die Fahrtkosten darin schon enthalten sind. Für die besonders qualifizierte EVA sind es 9,39 €. Die Besuchsziffern können daneben am gleichen Tag nicht abgerechnet werden, wohl aber die Ziffern für Katheterwechsel und Materialpauschale. Insgesamt ist eine solche Honorierung für Leistungen von qualifizierten selbständigen Mitarbeiterinnen völlig inakzeptabel. Ein Handwerksbetrieb der nur den Lehrling schickt, rechnet ein Vielfaches eines solchen Honorars ab. Hier muss dringend nachgebessert werden, wenn aus der EVA auch wirklich ein Erfolgsmodell der Versorgung werden soll.

Dr. Michael Stephan-Odenthal
(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

Seit dem 01.07.2016 hat die KBV mit den Kapiteln 37 und 38 des EBM eine Verbesserung der Versorgung von Heimpatienten und chronisch kranken Patienten in häuslicher Pflege angekündigt. Anders als die bisher ausschließlich hausarztzentrierten Versorgungsverbesserungen sind diesmal ausdrücklich auch Fachärzte wie die Urologen als Leistungserbringer vorgesehen. Während Kapitel 37 speziell auf die Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen zugeschnitten ist, sind die Leistungen in Kapitel 38 für die nichtärztlichen Mitarbeiterinnen unserer Praxen gedacht, an die bestimmte medizinische Leistungen delegiert werden können. Dieses Vorgehen der KBV ist ausdrücklich zu begrüßen, da bisher von Fachärzten und den Mitarbeiterinnen häufig umsonst erbrachte Leistungen nun auch dargestellt und honoriert werden. Der Haken an diesen Verbesserungen wird aber sehr schnell sichtbar, wenn berücksichtigt werden muss, dass alle Leistungen Bestandteil des MGV sind. Entsprechend bürokratisch sind die Voraussetzungen zur Leistungserbringung und die Honorierung in Euro gestaltet, mit dem Ziel eine schlagartige Leistungsmengensteigerung zu verhindern.

Leistungen aus Kapitel 37 können nur solche Urologen erbringen, die nachweislich einen Vertrag nach §119b SGB V zur Versorgung von Heimpatienten mit der jeweiligen Pflegeeinrichtung abgeschlossen haben. Dieser Vertrag muss der KV vorgelegt werden. In einem solchen 119b-Vertrag verpflichtet sich der Urologe im Heim regelmäßige Visiten abzuhalten und in Notfällen auch außerhalb der Praxiszeiten und am Wochenende bereit zu stehen. Außerdem besteht eine Kooperationspflicht mit Hausärzten und anderen Fachärzten der jeweiligen Pflegeeinrichtung, wo in Fallkonferenzen die Behandlung der Patienten abgesprochen wird. Der Urologe verpflichtet sich weiterhin, die Behandlungsprobleme mit dem Pflegepersonal abzusprechen und auf deren Hinweise einzugehen. Ein solcher Vertrag umfasst also sehr viel mehr als der übliche 4 bis 6

VI. LSG NRW zum Regressverfahren wegen Abrechnung der Zirkumzision ohne Histologie oder Fotodokumentation

Das Landessozialgericht von Nordrhein-Westfalen hat sich in einem Eilverfahren mit einem Regress wegen der Abrechnung von Zirkumzisionen beschäftigt, bei denen weder eine Fotodokumentation, noch ein histologischer Befund erstellt worden war (GOP 31102 ff. EBM).

Eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) dreier Urologen wandte sich im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes gegen einen Honorarregress über eine Summe von knapp 140.000 €. Den Regress hat die KVNo damit begründet, dass die Urologen bei Zirkumzisionen weder eine histologische Befundung noch eine Bilddokumentation vornahmen, dennoch aber die Leistungen nach der GOP 31102 ff. EBM abrechneten. Die histologische Befundung oder Bilddokumentation seien jedoch Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 31102 ff. EBM.

Die Urologen erhoben Klage gegen den Regress und stellten einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung, um den Honorarregress bis zu einer bestandskräftigen Entscheidung des Gerichts auszusetzen. Eine sofortige Vollziehung des Regresses gefährde die Existenz der BAG.

Das Sozialgericht lehnte in erster Instanz den Antrag der Urologen ab. Für die Auslegung vertraglicher Vergütungsbestimmungen sei in erster Linie auf den Wortlaut der Leistungslegenden im EBM abzustellen. Der Wortlaut der Regelung in Kapitel 31.2.2 EBM sei eindeutig. Gemäß Kapitel 31.2.2 EBM „Definierte operative Eingriffe an der Körperoberfläche“ setzt die Berechnung dermalchirurgischer Eingriffe, zu denen die durchgeführten Zirkumzisionen zählen, die obligate histologische Untersuchung entnommenen Materials und/oder eine Bilddokumentation voraus. Die Regelung stütze sich auf die gesetzliche Bestimmung des § 87 Abs. 2d S. 1 SGB V, denn sie solle sicherstellen, dass die Leistungsinhalte der GOP Nr. 31102 ff. EBM vollständig erbracht, die notwendigen Qualitätsstandards eingehalten und die abgerechneten Leistungen auf den medizinisch notwendigen Umfang begrenzt würden.

Die Forderung nach einer histologischen Untersuchung bzw. einer prä-/postoperativen Fotodokumentation beziehe sich im Übrigen nicht lediglich auf Zirkumzisionen bei Phimose, sondern auf alle dermatochirurgischen Eingriffe der Kategorie A2:

Wiederherstellung und Rekonstruktion von Haut und Unterhaut - Chirurgische Wundtoilette (Wunddebridement) und Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen - Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle großflächig - Freie Hauttransplantation, Empfängerstelle kleinflächig - Inzision an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen - Lappenplastik an Haut und Unterhaut, Empfängerstelle - Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut bei Verbrennungen und Verätzungen - Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut - Operationen am Nagelorgan - Operationen am Präputium - Radikale und ausgedehnte Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut - Temporäre Weichteildeckung - Temporäre Weichteildeckung bei Verbrennungen und Verätzungen, großflächig - Temporäre Weichteildeckung, großflächig.

Die Anfertigung einer Fotodokumentation, die aus Sicht der Urologen die Persönlichkeitsrechte des Patienten verletzen mag, sei im Übrigen nicht obligatorisch, sondern stehe ("und/oder") gleichwertig neben der histologischen Untersuchung. Insofern ergebe sich z.B. aus der S1-Leitlinie "Phimose und Paraphimose", dass die histologische Untersuchung des entfernten Gewebes bei Verdacht auf Lichen sclerosus (LS)

(synonym Balanitis/Posthitis xerotica obliterans, BXO) und insbesondere beim Übergreifen der Veränderungen auf die Glans wegen der evtl. notwendigen lokalen Nachbehandlung geboten ist. Da LS nach dieser S1-Leitlinie etwa 80% der sekundären Phimosen ausmacht, sei die generelle Forderung nach einer Histologie bei dermatochirurgischen Eingriffen der Kategorie A2 auch bei Zirkumzisionen nicht etwa willkürlich oder missbräuchlich.

Es obliege im Übrigen nicht dem einzelnen Vertragsarzt, eigenständig darüber zu befinden, ob die Forderung nach einer histologischen Untersuchung und/oder einer Fotodokumentation medizinisch sinnvoll ist oder nicht. Gegebenenfalls möge über den Berufsverband auf eine punktuelle Änderung des EBM durch den Bewertungsausschuss hingewirkt werden.

Die Tatsache, dass sämtliche Patienten der Urologen türkische oder arabische Namen trugen und sich im Alter von zwei bis neun Jahren befanden, deute zudem stark darauf hin, dass es sich bei den streitbefangenen Zirkumzisionen um Beschneidungen aus religiösen oder kulturellen Gründen gehandelt habe, die nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung hätten abgerechnet werden dürfen. Damit hat das Sozialgericht neben der Ablehnung des Antrags auf Aussetzung des Regresses bereits deutlich erkennen lassen, dass es auch der Klage gegen den Regress eher nicht stattgeben wird.

Das Landessozialgericht bestätigte diese Entscheidung: Es verwies insbesondere darauf, dass es den Urologen nicht gelungen sei, die Abrechnungsvoraussetzungen für die die GOP 31102 ff. EBM durch Vorlage historischer Befunde oder einer Fotodokumentation darzulegen. Die Beweislast dafür, dass diese Abrechnungsvoraussetzungen in jedem einzelnen Behandlungsfall vorliegen, trage der behandelnde Vertragsarzt, so das LSG.

Fazit: Die Entscheidung des Sozialgerichts sowie der Beschluss des Landessozialgerichts sind im einstweiligen Rechtsschutz ergangen. Das bedeutet, dass die fragliche Rechtmäßigkeit des Honorarregresses der kassenärztlichen Vereinigung nur summarisch geprüft wurde. Zwar bleibt damit theoretisch noch die Möglichkeit, dass im sogenannten Hauptsacheverfahren, also einer eingehenden weiteren gerichtlichen Überprüfung des Regressbescheides das Sozialgericht zu einem anderen Ergebnis gelangt. Allerdings ist im Lichte der Deutlichkeit der Entscheidung des Sozialgerichts sowie der Bestätigung durch das Landessozialgericht, die jeweils ausführlich begründet und sorgfältig abgewogen wurden, eher davon auszugehen, dass die Urologen mit ihrer Argumentation gegen den Regress im Gerichtsverfahren leider keinen Erfolg haben werden.

Praxistipp: Die Leistungslegenden im EBM und die weiteren Abrechnungsvoraussetzungen sind zwingend einzuhalten. Daher kann ohne eine histologische Untersuchung des entnommenen Materials oder eine Fotodokumentation des prä- und postoperativen Befundes eine Abrechnung einer Zirkumzision nicht erfolgen. Werden bei einer Fotodokumentation Bedenken gegen die Persönlichkeitsrechte ins Feld geführt, verbleibt nur die Möglichkeit der Histologie. Auch wenn diese aus medizinischen Gründen im Einzelfall nicht indiziert sein mag, bleibt die Histologie dennoch Abrechnungsvoraussetzung der GOP 31102 ff. EBM. Für die Auseinandersetzung über die medizinische Sinnhaftigkeit bleibt im Kontext der Abrechnungsvoraussetzung im EBM kein Raum. Vielmehr sind solche Fragestellungen im Bewertungsausschuss, der den EBM erlässt, vorzutragen, der dann wiederum im Rahmen seiner Regelungskompetenz ggf. medizinisch nicht immer gebotenen Untersuchungen oder Dokumentationsanforderungen als Abrechnungsvoraussetzung einer Leistung streichen kann.

von RA Olaf Walter
(Justiziar der Uro-GmbH Nordrhein)

VII. Urologe wieder in die KVNO-Vertreterversammlung gewählt



14

Nach Abschluss der diesjährigen Wahlen zur neuen KVNo Vertreterversammlung stehen die Ergebnisse fest. Bei einer unverständlich niedrigen Wahlbeteiligung von knapp 53% der Vertragsärzte wurden die 50 Vertreter der nächsten VV über die verschiedenen Wahllisten gewählt. Zur Wahl standen 6 Hausarzt-Listen, 8 Facharzt-Listen, 5 Angestellten-Listen und 5 Psychotherapeuten-Listen. Erwartungsgemäß haben sich die Stimmen über die Vielzahl der Listen aufgesplittet. Die meisten Stimmen erhielt erfreulicherweise unsere Liste der Versorgerfachärzte in der unsere urologischen Interessen am besten vertreten sind. Bei insgesamt 1685 Stimmen kann diese Liste 9 Kandidaten in die VV entsenden. Darunter wird somit zukünftig auch Dr. med. Phillip Lossin aus Bonn für die Urologen vertreten sein.

Die Liste mit den zweitmeisten Stimmen ist mit 1533 die Hausarztliste, angeführt von Dr. Mecking aus Duisburg. Mit 616 Stimmen entsenden die „unabhängigen Hausärzte Nordrhein“ 4 Vertreter in die VV. Alle anderen Listen entsenden maximal 3 Vertreter. Vor der konstituierenden Sitzung am 08.10.2016 werden nun „Koalitionsverhandlungen“ der verschiedenen Listen geführt um Mehrheiten in der nächsten VV zu organisieren. Am aussichtsreichsten erscheint eine Koalition der Hausarztliste mit unserer Versorgerfacharztliste. Eine derartige Koalition könnte bei Festlegung klarer gemeinsamer Ziele die zuletzt stark zersplitterten Interessen wieder bündeln.

Als Facharztvorstand bewirbt sich aus unserer Liste der anästhesiologische Kollege Dr. Harald Hofer, der als Landesvorsitzender des Berufsverbandes der Anästhesisten langjährige berufspolitische Erfahrung besitzt.

Über die zukünftige Vertreterversammlung und den neu zu wählenden Vorstand gilt es nun, auch in andere wichtigen Gremien der KVNo unsere urologischen Interessen einzubringen.

Dr. Michael Stephan-Odenthal
(ärztlicher Geschäftsführer der Uro-GmbH Nordrhein)

15

IMPRESSUM

Herausgeber:
Uro-GmbH Nordrhein
Hohenstaufenring 48 - 54
50674 Köln

Verantwortlich:
Dr. med. Reinhold M. Schaefer
Dr. med. Michael Stephan-Odenthal
Oliver Frielingsdorf
RA Olaf Walter

Druckauflage: 1.000
Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 12.09.2016
Die Uro-GmbH Nachrichten erscheinen vierteljährlich.
Die Uro-GmbH Nachrichten sind für Mitglieder kostenlos.

Organisation und Gestaltung: komm | public!, Sabine Schmedemann
Fotos: Titel: heiers-arte, Fotolia: ©Thomas Francois, ©somkanokwan, ©bluedesign, ©Photographee.eu, ©WavebreakMediaMicro

Alle Rechte vorbehalten. Bitte beachten Sie unsere Urheberrechte an diesen Uro-GmbH-Nachrichten. Jede weitergehende Verwendung, insbesondere die Speicherung in Datenbanken, Veröffentlichung, Vervielfältigung und jede Form von gewerblicher Nutzung sowie die Weitergabe an Dritte – auch in Teilen oder in überarbeiteter Form – ohne Zustimmung der Uro-GmbH Nordrhein, ist untersagt.

Mit freundlicher Unterstützung von:
Amgen GmbH, Astellas Pharma GmbH, Dunker Medizin- und Röntgenbedarf GmbH, Janssen-Cilag, Jenapharm, Takeda Pharma GmbH, UROMED Kurt Drews KG

APOGEPHA Arzneimittel GmbH, Dr. R. Pfleger GmbH, HEXAL AG, Ipsen Pharma GmbH, DR. KADE/BESINS, medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH