

Neue Versorgungsstärkungsverträge in Nordrhein

Versorgungsstärkungs- statt Hausärztestruktur- und

Betreuungsstrukturverträge: Zum 1. Januar 2018 hat die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein mit der AOK Rheinland/Hamburg, der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH), der DAK-Gesundheit und der Techniker Krankenkasse (TK) neue Verträge geschlossen. Sie stärken die haus- und fachärztliche Grundversorgung, wobei Leistungen für multimorbide Patienten im Fokus stehen. Extrabudgetär vergütet werden alle Leistungen, vor allem die Zuschläge zu den Besuchen sind deswegen lukrativ. Ganz neu ist ein Modul zur Prüfung der Medikation.

von Frank Naundorf

Die neuen Versorgungsstärkungsverträge basieren auf *Paragraf 140 a des Sozialgesetzbuchs V*. Sie lösen den Hausärztestrukturvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg sowie den Betreuungsstrukturvertrag mit der KKH zum 1. Januar 2018 ab. „Unser Ziel ist es, mit diesen Verträgen die Grundversorgung zu stärken“, sagt Dr. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. In der ersten Januarwoche haben bereits gut 1.000 Ärzte ihre Teilnahme erklärt.

Anpassungen waren auch wegen Vorgaben des *Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes* nötig. Neu hinzugekommen ist der Vertrag mit der DAK-Gesundheit, sodass von den Verträgen in Nordrhein noch mehr Patienten als bisher profitieren können. Mit weiteren Krankenkassen laufen derzeit Verhandlungen.

Die bereits gestarteten Verträge will die KV Nordrhein nach und nach um weitere Behandlungsmodule ergänzen. Verträge enthalten Vergütungspauschalen. Diese können teilnehmende Praxen für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei Behandlungen von multimorbiden Patienten beziehungsweise Patienten mit langwierigen Erkrankungen abrechnen. Mehr Aufwand, aber auch mehr Ertrag: In der Vergangenheit haben Praxen für eingeschriebene Patienten einen gut zehn Euro höheren Fallwert erzielt.

Neuerungen bei AOK, KKH und DAK

Zu den Neuerungen bei den Versorgungsstärkungsverträgen gehören vor allem:

- ein Teilnahmeverfahren für Ärzte/Psychologische Psychotherapeuten und Versicherte,
- eine „Eingangsuntersuchung“ zur Feststellung der besonderen Betreuungsintensität,
- eine Vergütung des Aufwands für die Einschreibung eines Versicherten,
- ein Modul zur Überprüfung der Medikation sowie
- weitere krankenkassenindividuelle Module zur Stärkung der Grundversorgung in besonderen Bereichen.

Darüber hinaus können nun sowohl Fachärzte als auch Psychologische Psychotherapeuten am Versorgungsstärkungsvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg teilnehmen. Ebenfalls wird ab 1. Januar 2018 der Mitbesuch eines weiteren Patienten in Form eines Zuschlags auf die Gebührenordnungsposition (GOP) 01413 auch für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg gefördert.

Neuer Vertrag auch mit der TK

Auch mit der TK hat die KV Nordrhein zum 1. Januar einen neuen Vertrag vereinbart, der den bisherigen Betreuungsstrukturvertrag ersetzt – und extrabudgetär bezahlt wird. Wichtige Neuerungen beim TK-Vertrag sind:

- ein Teilnahmeverfahren für Ärzte/Psychologische Psychotherapeuten und Versicherte,
- eine Einschreibepauschale für die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen,
- Unterstützungsangebote zur Arzneimitteltherapie sowie
- eine „Überweisungssteuerung zur Verbesserung der medizinischen Versorgung“.

Teilnahme und Patienteninfos

Ärzte, die mitmachen möchten, müssen eine Teilnahmeerklärung ausfüllen. Es ist nur ein Formular erforderlich, um an den drei Verträgen mit der AOK, KKH und DAK teilnehmen zu können; Ärzte können die gewünschten Krankenkassen einfach ankreuzen. Die Teilnahmeerklärung senden

die Praxen an ihre Bezirksstelle, die dann eine Abrechnungsgenehmigung erteilt. Für den TK-Vertrag ist eine eigene Teilnahmeerklärung nötig.

Wie oben erwähnt: Patienten müssen eine Teilnahmeerklärung unterzeichnen. Dies war eine gesetzliche Auflage. Auch diese Erklärung ist an die Bezirksstelle zu senden. Eine Kopie erhält der Versicherte für die Patientenmappe, die die KV Nordrhein zur Verfügung stellt.

Die Teilnahmeerklärungen können über die Homepage der KV Nordrhein und beim Formularversand angefordert werden. Patientenmappen können Praxen ebenfalls dort bestellen.

Abrechnung: So funktioniert sie

Ärzte müssen bei neuen Patienten in der Eingangsuntersuchung prüfen, ob eine „besondere Betreuungsintensität“ vorliegt. Dies ist der Fall, wenn mindestens eine gesicherte Diagnose aus der umfangreichen „Übersicht besonders betreuungsintensiver Krankheiten“ festgestellt und dokumentiert wird. Die Einschreibepauschale von fünf Euro erhalten Praxen auch ohne ausführliche Eingangsuntersuchung für Patienten, die sie schon länger betreuen und bei denen die besondere Betreuungsintensität bekannt ist.

Sobald Arzt und Patient eingeschrieben sind, müssen Praxen die Teilnahme quartalsweise dokumentieren. Lebt ein Patient zu Hause, dann dient dazu die Symbolnummer (SNR) 95000 bei Patienten der AOK, KKH und DAK und die SNR 97000 bei Patienten der TK. Leben Patienten im Pflegeheim, dann ist die SNR 95001 (AOK, KKH oder DAK) einzutragen beziehungsweise die SNR 97001 (TK).

Die folgenden Leistungen müssen Praxen „aktiv abrechnen“: die Eingangsuntersuchung, der Medikationsplan und die GOP aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab. Die Vergütungspauschalen zwischen drei und zwölf Euro hängen ab von der Anzahl der gesicherten Diagnosen aus unterschiedlichen Indikationsgruppen. Die Bezahlung der Pauschalen setzt die KV Nordrhein wie bisher um.

Mehr Infos unter kvno.de/vertraege

Frank Naundorf ist Leiter der Abteilung Medien im Bereich Presse und Medien der KV Nordrhein.



Vergütungen in den Versorgungsstärkungsverträgen

Leistungen	AOK Rheinland/Hamburg	Kaufmännische Krankenkasse – KKH	DAK-Gesundheit	Techniker Krankenkasse
Eingangsuntersuchung/Einschreibepauschale/Aufwands-/Vergütungspauschalen				
Eingangsuntersuchung		95002 (5,00 €)		nicht vorgesehen
Einschreibepauschale		nicht vorgesehen		97002 (8,00 €)
einmalige kontaktabhängige Aufwands-pauschale		nicht vorgesehen		97100 (5,00 €)
Vergütungspauschale 1		95101 (3,00 €)		97101 (4,00 €)
Vergütungspauschale 2		95102 (6,00 €)		97102 (6,00 €)
Vergütungspauschale 3		95103 (9,00 €)		97103 (9,00 €)
Vergütungspauschale 4	nicht vorgesehen	95104 (12,00 €)		nicht vorgesehen
Hausbesuche, Dringlichkeitsbesuche, Pflegeheimbesuche				
Hausbesuch nach der GOP 01410 bis einschließlich 10 km		95009 (15,00 €)		97009 (15,00 €)
Hausbesuch nach der GOP 01410 ab 10,1 km		95010 (17,50 €)		97010 (17,50 €)
Dringlichkeitsbesuch nach der GOP 01411		95011 (40,00 €)		97011 (40,00 €)
Dringlichkeitsbesuch nach der GOP 01412		95012 (40,00 €)		97012 (40,00 €)
Dringlichkeitsbesuch nach der GOP 01415		95015 (40,00 €)		97015 (40,00 €)
Pflegeheimbesuch I nach der GOP 01410 bis einschließlich 10 km		95019 (15,00 €)		97019 (15,00 €)
Pflegeheimbesuch II nach der GOP 01410 ab 10,1 km		95020 (17,50 €)		97020 (17,50 €)
Mitbesuch eines weiteren Patienten nach der GOP 01413		95013 (12,50 €)		97013 (12,50 €)
Medikationsplan				
Überprüfung		95021 (7,00 €)		nicht vorgesehen
Gesprächspauschale		95022 (10,00 €)		
krankenkassenindividuelle Module				
Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus	nicht vorgesehen	siehe krankenkassenindividuelles Merkblatt		nicht vorgesehen
Überweisungssteuerung		nicht vorgesehen		siehe krankenkassenindividuelles Merkblatt

Weitere Informationen

Sie möchten mehr über den Vertrag wissen? Informationen zum Vertrag finden Sie unter kvno.de/vertraege

Welche Fragen bei Ihnen auch immer im Zusammenhang mit diesem Vertrag auftreten, das Serviceteam Ihrer Bezirksstelle wird Ihnen gerne weiterhelfen.

Serviceteam Bezirksstelle Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888

E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Serviceteam Bezirksstelle Köln

Telefon 0221 7763 6666

E-Mail service.koeln@kvno.de