

# Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein fasste am 26. Juni 2015 folgende Beschlüsse:

## Struktur des Notdienstes

### Kooperation mit den Krankenhäusern im allgemeinärztlichen Notdienst

Der Vorstand wird beauftragt, mit der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) einen Rahmenvertrag zu verhandeln, der eine Kooperation im allgemeinen Notdienst mit den Krankenhäusern vorsieht.

Festgelegt wird, dass

- der Vertragsarzt seiner Verpflichtung zur Teilnahme am Notdienst auch in einem Krankenhaus nachkommen kann.
- das Krankenhaus das nichtärztliche Personal der KV über-

lässt oder die GMG eigenes Personal stellt.

- Räume und Ausstattung von dem Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden.

Das Kooperationskonzept erweitert das bereits beschlossene Konzept zur Notdienstreform in der Fassung des Antrags Nr. 16 zu TOP 4 der VV vom 11. Februar 2015

**Antrag:** Vorstand (Änderung: Dr. Lothar Rütz)

### Zeitlicher Umfang der Teilnahme im fach-/kinderärztlichen Notdienst

Im fach-/kinderärztlichen Notdienst wird der zeitliche Umfang der Pflichtteilnahme am ärztlichen Notdienst je Vertragsarzt auf ein Maximum von 68 Stunden pro Jahr begrenzt.

Dies gilt auch in Fällen einer zeitlich überdurchschnittlichen Dienstverpflichtung (zum Beispiel wegen Zweigpraxisregelung u. ä.). Liegen regionale Besonderheiten vor, die eine Mehrarbeit erfordern, kann das Maximum der Stundenbegrenzung von 68

Stunden um 15 Prozent erhöht werden und im kinderärztlichen Bereich im Bedarfsfall durch Dependancen erweitert werden.

Der Antrag ergänzt den Antrag zur Stundenbegrenzung im Notdienst.

**Antrag:** Vorstand (Änderung: Dres. Holger van der Gaag und Jörg Hornivius)

## Satzung

### Änderung der Satzung

Die Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in der Fassung vom 28. Februar 2004, geändert am 26. November 2005, 29. November 2008, 6. März 2010 und 8. Juni 2011, wird wie folgt geändert:

#### I. Anpassungen

1. In § 1 Satz 2 wird im Klammerzusatz ergänzt:  
„NW 1956“

2. § 3 Mitgliedschaft erhält folgende Fassung:

„1. Mitglieder der KV Nordrhein (§ 77 Abs. 3 SGB V) sind Vertragsärzte und zugelassene Psychotherapeuten (§ 28 Abs. 3 SGB V) sowie die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausärzte und die in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren oder bei Vertragsärzten oder in Eigeneinrichtungen (§ 105 Abs. 1 S. 2 und Abs. 5 S. 1

SGB V) mit einer Arbeitszeit von jeweils mehr als 20 Std. pro Woche angestellten Ärzte (§ 95 Abs. 3, 9, 9a SGB V, in dieser Satzung: angestellte Ärzte). Die Mitgliedschaft beginnt mit der Zulassung, Ermächtigung oder Genehmigung des Versorgungszentrums bzw. der Anstellung. Sie endet mit der bestandskräftigen Beendigung der Zulassung, Ermächtigung oder Zulassung des Versorgungszentrums bzw. der Anstellung.

2. Soweit sich die Vorschriften dieser Satzung auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren sowie Eigeneinrichtungen, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist."

3. § 4 Abs. 3 c) bis f) werden wie folgt gefasst:

„c) die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abzuschließenden Verträge und die dazu gefassten Beschlüsse, die Bestimmungen über die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen;

d) die Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung (§ 81 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 75 Abs. 7 SGB V);

e) die Vereinbarungen zur Qualitätssicherung nach § 135 SGB V;

f) die Richtlinien nach § 75 Abs. 7, § 92 u. § 137 Abs. 1 u. 4 SGB V."

4. § 4 Abs. 7 erhält folgende Fassung:

„7. Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt mit Ausnahme der ermächtigten Krankenhausärzte und jedes zugelassene medizinische Versorgungszentrum ist nach Maßgabe einer von der Vertreterversammlung zu beschließenden Ordnung zur Teilnahme an einem von der KV Nordrhein – ggf. gemeinsam mit der Ärztekammer Nordrhein – gemäß § 75 Abs. 1 SGB V eingerichteten Notdienst verpflichtet."

5. In § 4 a) wird hinter „Versorgungszentrum“ eingefügt: „oder in Eigeneinrichtungen“.

6. § 5 Abs. 5 wird klarstellend wie folgt gefasst:

„Die Ämter in der Selbstverwaltung der KV Nordrhein, insbesondere in der Vertreterversammlung, in Ausschüssen, Kommissionen und sonstigen Gremien und Funktionen sowie in der gemeinsamen Selbstverwaltung, insbesondere im Berufungs- und Beschwerdeausschuss und den Landesausschüssen, sind Ehrenämter."

**Antrag: *Satzungsausschuss***

## VSDM und eGK

### Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)

Das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) stellt den Einstieg in eine Telematik-Infrastruktur dar, die den Schutz der Gesundheitsdaten unserer Patienten ebenso wie die ärztliche Schweigepflicht in hohem Maße gefährdet. Zentral gespeicherte Gesundheitsdaten können auf Dauer nicht gesichert werden. Die VV der KV Nordrhein hat höchste Bedenken, sich an der Durch-

führung des VSDM zu beteiligen, ungeachtet von Anreizen oder Sanktionen. Wir fordern die nordrheinische Ärzteschaft auf, sich dieser Position anzuschließen und sich am VSDM nicht zu beteiligen.

**Antrag: *Wolfgang Bartels, Jürgen Knuppertz und Dr. Heiner Heister***

## Massive Datenschutzprobleme durch die Gesundheitskarte

Nach neuesten Berichten (Heute-Journal vom 24.06.15) werden von Krankenkassen – namentlich der AOK – neue oder geänderte Gesundheitskarten (eGK) fälschlicherweise an Dritte verschickt, auch wenn der Kasse nur telefonisch Teile von Stammdaten anderer (!) Versicherter mitgeteilt wurden. Mit den verschickten Karten ist es diesen Dritten dann möglich, Einblick in die Online-Behandlungsdaten anderer Patienten zu nehmen.

Die VV der KV Nordrhein stellt fest, dass dies ein Datenschutzskandal besonderen Ausmaßes ist. Die AOK legt offenbar keinen Wert auf basale Datenschutzregeln. Wir fordern unverzüglich alle Verantwortlichen in Politik, Behörden und Körperschaften auf, diese Praxis abzustellen. Durch persönliche Authentifizierung ist bei jeder Ausgabe einer eGK, beginnend mit der Erstausgabe, zu gewährleisten, dass der Empfänger ausschließlich der berechnigte Patient ist.

Die Aufsichtsbehörden werden aufgefordert, bei den Kranken-

kassen die Durchsetzung höchster Datenschutzregeln unverzüglich zu gewährleisten.

Der Vorstand der KV Nordrhein wird aufgefordert, die Vertrags-Ärzte und -Psychologen darüber zu informieren, dass auf einfachem Wege Dritte Zugang zu bei den Kassen in Patientenkonten gespeicherten Behandlungsdaten erlangen können. Sofern der über diese Tatsache informierte Patient die Weitergabe bestimmter Diagnosen an die KV und konsekutiv zu Abrechnungszwecken an die Kassen ablehnt, muss der Arzt dem Folge leisten. Die KV Nordrhein soll gewährleisten, dass in solchen Fällen dem Vertragsarzt oder Psychologen kein Nachteil bei der Abrechnung von Leistungen oder durch Regresse beispielsweise bei verordneten Medikamenten und fehlender zugehöriger Diagnose entstehen.

**Antrag:** *Wolfgang Bartels, Jürgen Knuppertz und Dr. Heiner Heister*

## Termin-Servicestellen budgetneutral umsetzen

Trotz aller gegenteiligen Empfehlungen und Argumente von maßgeblichen ärztlichen Organisationen sowie zahlreichen ärztlichen Körperschaften wurde im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) die Einrichtung von Termin-Servicestellen beschlossen. Die KVen werden somit verpflichtet sein, diese Stellen zu etablieren.

Die VV der KV Nordrhein fordert Vorstand und Verwaltung auf, diese Termin-Servicestellen in möglichst kostengünstiger Form

einzurichten. Sollten für diese Stellen zusätzliche Kosten entstehen (zum Beispiel durch die Einstellung weiterer Mitarbeiter), sollen diese Gelder durch Einsparungen an anderer Stelle im Haushalt der KV Nordrhein ausgeglichen werden. Insoweit ist Budgetneutralität im Haushalt der KV Nordrhein anzustreben.

**Antrag:** *Wolfgang Bartels, Jürgen Knuppertz und Dr. Heiner Heister*

## Wirtschaftlichkeitsprüfungen den wissenschaftlichen haftungsrelevanten Behandlungsstandards anpassen

Die In § 2 in Verbindung mit § 12 Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgelegten Vorgaben der wirtschaftlichen Verordnung von medizinischen Leistungen sind ob der sich inzwischen stark gewandelten medizinisch-wissenschaftlichen Betrachtung zur Behandlung von Patienten anzupassen. Das sozialrechtliche Wirtschaftlichkeitsgebot (dessen Einhaltung mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung kontrolliert wird) steht in einem Spannungsverhältnis zum zivilrechtlichen Haftungsmaßstab für medizinische Behandlungen, nach denen der Arzt seine Behandlung nach den neuesten medizinischen Erkenntnissen durchzuführen hat.

Die bisherige regelhaft gepflegte Praxis rein nach ökonomischer

Sicht festgelegten Aufgreifkriterien § 84 SGB V (Auffälligkeitsprüfung) zur Prüfung des Regresses im Rahmen der Prüfvereinbarung werden einer evidenzbasierten, leitlinien- und morbiditätsgerechten Verordnung von Therapien somit nicht gerecht. Die alleinige Prüfung ob eines Fachgruppenschwerts wird der individuellen patientenorientierten Behandlung nicht gerecht, sondern führt zu einer angstbesetzten und teils auch therapieverweigernden Betreuung von Patienten.

Der vor Jahren zwischen der KV und den Krankenkassen ausgehandelte Kompromiss „Beratung vor Regress“ war ein erster richtiger Schritt, um das Damoklesschwert der Regressforderung

zu entschärfen. Zwischenzeitlich zeigt sich aber, dass die relativ intransparente Vorgehensweise in den Prüfungsgremien eine diffuse Angst vor Regressen unter den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zunehmend verbreitet hat.

Diese diffuse Angst führt unter anderem dazu, dass Patienten Innovationen in der Therapie vorenthalten werden. Der 116. Deutsche Ärztetag hat in Hannover die Problematik des ökonomischen Diktates diskutiert und klargestellt, dass die Behandlung von Patienten auf der Grundlage des anerkannten medizinischen Wissens unabhängig von ökonomischen Zwängen bleiben muss. Der Deutsche Ärztetag forderte in Hannover dann auch, dass das Gesundheitssystem statt nach rein ökonomischen Prinzipien sich stärker an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten habe. Eine unangemessene Übertragung ökonomischen Denkens auf die Medizin gefährde die Humanität, berührt damit einen wesentlichen Kern ärztlichen Handelns und greift damit tief in die Arzt-Patienten-Beziehung ein.

Gemäß den international gültigen ethischen Standards für Ärz-

te mit Bezug auf das Genfer Gelöbnis in der Konkretisierung durch den WMA (Deklaration von Neu-Delhi 2009) kann die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung und der Anspruch von Kranken auf eine nicht durch Interessierte Dritte beeinflusste Behandlung nur gewahrt werden, wenn notwendige Kontrollen zum Umfang ärztlicher Verordnungen und damit zu den medizinischen Indikationen ausschließlich im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung geschehen.

Auf dieser Basis müssen die entsprechenden Prüfausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigung und Krankenkassen neu statuiert werden und Beschlüssen nicht gegen die ärztliche Expertise getroffen werden. Wirtschaftliche Leistungsprüfungen müssen evidenzbasierte und leitliniengerechte Behandlung anerkennen und zulassen

**Antrag:** *Dres. Oliver Funken, Dirk Mecking, Ralph Krolewski, Jens Uwe Wasserberg, Michael Marx, Andreas Marian und Rainer Kötzle*