

3+4 | 2014

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Aktuell

Kampagne | Bald mit
Gesichtern aus Nordrhein

Schwerpunkt

KBV | Orthopäde aus
Düsseldorf an der Spitze

Hintergrund

Bedarfsplanung | Mehr
Hausarzt-Praxen in Willich

Praxisinfo

Onkologie | Eckpunkte der
nordrheinischen Vereinbarung



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 KBV-Vorstand:
Andreas Gassen folgt
auf Andreas Köhler
- 4 Gastbeitrag:
„Der Versorgungsauftrag
ist nicht teilbar“

Aktuell

- 6 ASV: Neues Versorgungs-
angebot startet
- 7 HzV: Refinanzierungs-
klausel aufgeweicht
- 8 Mobiles Internet:
KVNO to go
- 9 CIRS NRW: Wer fragt,
macht weniger Fehler
- 10 Gesichter für
die gute Sache

Praxisinfo

- 12 Erweitertes
Ultraschall-Screening
- 12 Schwangerschafts-
abbruch
- 12 Medikamenten-
beschichtete Stents
- 12 EBM-Nummer 34601
Knochendichtemessung
- 13 Hautkrebscreening
für unter 35-Jährige

- 13 AU-Richtlinie:
Neuregelungen
- 13 Unfallversicherung:
Neue Gutachtengebühren
- 14 Homöopathie-Vertrag
mit der Novitas BKK
- 14 Neue regionale
Onkologie-Vereinbarung

Verordnungsinfo

- 16 Schutzimpfungs-
Richtlinie aktualisiert
- 17 Arzneimittelausgaben:
Kein Anstieg in Nordrhein
- 18 Dermatologische Rezep-
turen – bitte beachten
- 19 Dipyridamol plus ASS:
keine Verordnung
- 19 Grippeimpfstoff
2014/2015
- 19 Me-too-Liste: Fünf
Präparate gestrichen

Hintergrund

- 20 Bedarfsplanung:
Neue Hausärzte
für Willich

Berichte

- 24 Der neue RLV-Rechenweg
- 26 Impfschutz für alle

- 27 Standpunkt:
Dokumentation
- 28 Telemedizin:
Möglichkeiten
- 30 Studien, die die Welt
nicht braucht...
- 32 MFA treffen Selbsthilfe
- 33 Hygienebeauftragte
für die Praxis

Service

- 34 Trinkwasserhygiene
in Praxen
- 36 So überweisen Sie
ins Krankenhaus
- 38 E-Mail-Widerspruch

In Kürze

- 39 J1: Gesundheitsamt
Aachen startet Kampagne
- 39 Intraartikuläre Injektion
von Kortikoiden
- 40 Gröhe besucht
Notfallpraxis
- 40 SAPV jetzt auch
in Dormagen
- 41 „Mein PraxisCheck“ mit
Hygiene-Test online
- 41 Mehr Ausweise, weniger
Transplantationen
- 41 Qualitätszirkel suchen
Mitglieder



Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

Nordrhein-Westfalen ist in der Gesundheitspolitik auf Bundesebene gut vertreten. Das gilt jedenfalls mit Blick auf die Neuzugänge, die im Bundesministerium für Gesundheit agieren – angefangen vom neuen Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe über den Patienten- und Pflegebeauftragten Karl-Josef Laumann bis hin zur neuen parlamentarischen Staatssekretärin Ingrid Fischbach. Dazu kommen noch Jens Spahn (CDU) und Prof. Karl Lauterbach (SPD) als gesundheitspolitische Sprecher der Regierungsfractionen.

Auch in der KBV-Spitze ist unser Bundesland jetzt angekommen: Mit Dr. Andreas Gassen ist ein Orthopäde aus Düsseldorf zum neuen Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gewählt worden. Das freut uns sehr. Nicht nur, weil Andreas Gassen aus eigener Erfahrung weiß, wo uns in Nordrhein der Schuh drückt. Wir begrüßen seine Wahl vor allem deshalb, weil nun eine echte Chance besteht, die Personalquerelen im KBV-Vorstand und damit hoffentlich auch die Grabenkämpfe der Protagonisten einer „Lagerbildung“ zwischen Haus- und Fachärzten in der Vertreterversammlung der KBV zu beenden. Es wird höchste Zeit, zur Sacharbeit zurückzukehren – und die Gegner außerhalb der eigenen Reihen zu suchen.

Zum Beispiel beim GKV-Spitzenverband. Der musste unbedingt am Tag vor der Vorstandswahl der KBV verkünden, wie er sich die Zukunft der ambulanten Versorgung vorstellt. Aufschlussreich daran war, dass der Patient in

den Gedankenspielen kaum eine Rolle spielt. Dafür werden die Ärzte einmal mehr vorrangig als potenzielle Betrüger dargestellt – diesmal beim Kodieren. Der Vorwurf des „Upcodings“ ist nicht nur inhaltlich abenteuerlich, er ist auch unverfroren. Denn es sind die Kassen selber, die fortlaufend ein exaktes Kodieren fordern, damit sie die Morbidität ihrer Versicherten belegen können und entsprechende Mittel aus dem Gesundheitsfonds beanspruchen können. Wenn es um ihr Geld geht, versuchen die Kassen, uns als Verbündete zu gewinnen – um uns dann bei nächster Gelegenheit das Frisieren von Diagnosen vorzuwerfen.

Neben dem Blick auf die Berufspolitik bieten wir Ihnen in dieser Ausgabe von KVNO aktuell wie immer vor allem Informationen für die Praxis. Sämtliche Inhalte finden Sie natürlich auch online – und das seit kurzem stets in der für Ihr Endgerät passenden Form. Egal ob Sie mit Ihrem Tablet oder Smartphone unterwegs oder zuhause am Rechner www.kvno.de aufrufen: Dank neuer Technik passt sich die Darstellung immer genau Ihren individuellen technischen Gegebenheiten an. Die Inhalte bleiben stets gleich – wir stellen Ihnen und allen weiteren Nutzern unser gesamtes Web-Angebot auch mobil zur Verfügung.

Herzliche Grüße

Dr. Peter Potthoff
Vorsitzender

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender

Andreas Gassen folgt auf Andreas Köhler

Der neue Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist ein Düsseldorfer: Der Orthopäde Dr. med. Andreas Gassen wurde am 28. Februar zum Vorsitzenden des KBV-Vorstands gewählt. Er folgt auf Dr. med. Andreas Köhler, der sein Amt aus gesundheitlichen Gründen zum 1. März aufgab. Auf Gassen wartet eine anspruchsvolle Aufgabe.

Spätestens bei seiner ersten Bewährungsprobe im neuen Amt muss Andreas Gassen klar geworden sein, in welcher Liga er jetzt spielt. Nach einer intensiven, fünfstündigen Sitzung der Vertreterversammlung und seiner Wahl zum neuen KBV-Chef wartete die zahlreich erschienene und wie üblich sehr kritische Hauptstadtpresse auf ihn.

Gassen agierte gegenüber den Medien so, wie man ihn kennt, wenn man ihm als Kollege, Patient oder auf berufspolitischem Terrain begegnet ist: Reaktionsschnell, sicher, souverän, deutlich – aber auch vorsichtig, wo verfrühte Ansagen oder Festlegungen unklug erscheinen.

Dabei ist es nicht allein die Nachfolge von Andreas Köhler, die man als besondere Herausforderung sehen kann – Gassen selbst räumt ein, dass es ihm an Erfahrung bei der Führung einer großen Organisation fehlt. Vielmehr ist es die schwierige Situation der KBV als Institution und das desaströse Bild, das in der Öffentlichkeit von ihr kursiert, das Gassen Sorgen machen muss.

Sein Amtsantritt ist viel mehr als ein personeller Neuanfang, auch wenn er zunächst nur bis zum Ende der laufenden Amtsperiode, also bis zum 31. Dezember 2016, gewählt wurde. Er muss, nach Ablauf einer gewissen Schonfrist beziehungsweise Einarbeitungszeit, zeigen, dass er in der Lage ist, die KBV zu befrieden, interne Querelen zu beenden

und die Kluft zwischen Fach- und Hausärzten zu verkleinern. Und er muss dafür sorgen, dass die KBV ernst genommen wird – als Gesprächspartner der Politik und als Gegner des GKV-Spitzenverbandes.

„Kein Ärzte-Bashing mehr“

Die Kassen platzierten nicht zufällig einen Tag vor der Vorstandswahl ihre Positionen zu Themen wie Ärztemangel und Honorierung in der Öffentlichkeit – und provozierten damit eine harsche Reaktion der KBV, die Gassen „angemessen“ nannte. „Wir werden kein Ärzte-Bashing mehr dulden.“ Klare Ansagen darf man von Gassen erwarten. Dafür aber braucht er maximale Rückendeckung – die vermisste Andreas Köhler zuletzt.

Man darf gespannt sein, ob Gassen auf mehr Einigkeit setzen kann. Beobachter, die sein Wahlergebnis mäßig fanden, korrigierte er: 35 von 60 Stimmen beim ersten Wahlgang zum fachärztlichen Vorstand, 41 Ja-Stimmen bei der Wahl zum Vorsitzenden – jeweils ohne Gegenkandidaten – seien ein klares Votum. „Das Ergebnis ist eine gute Voraussetzung, um die anstehenden Herausforderungen anzupacken“, erklärte Gassen. Seine wichtigsten Aufgaben seien die Kommentierung des Koalitionsvertrags, die weitere Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und die Entlastung der Ärzteschaft von Bürokratie.

Der neue KBV-Vorsitzende nahm die Vertreterversammlung in die Pflicht: Es gel-

te, die Interessen der rund 150.000 niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland entschieden zu vertreten. „Die ärztliche Selbstverwaltung darf sich nicht in Zurückhaltung üben und muss sich Respekt verschaffen“, sagte Gassen.

Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein, war sehr zufrieden mit dem Wahlergebnis. „Wir wünschen ihm viel Erfolg – und hoffen, dass er die Interessen der nordrheinischen Kollegen nicht aus den Augen verliert.“ ■ DR. HEIKO SCHMITZ

„Keine Zeit zu verlieren“

Die KBV wertet die Anhebung des Orientierungspunktwertes als Erfolg – auch wenn die Gesamtvergütung zunächst unverändert bleibt. Über die Hintergründe sprachen wir mit KBV-Chef Dr. med. Andreas Gassen.

Herr Dr. Gassen, herzlichen Glückwunsch zu Ihrer Wahl. Wie haben Sie die ersten Tage im neuen Amt erlebt?

Um es mit einem Wort zusammenzufassen: sehr intensiv. Wie haben keine Zeit zu verlieren. Die KBV muss sich nun politisch positionieren, und damit meine ich nicht nur zum populistischen Thema Wartezeitenmanagement. Wir sind gefordert, eine Schonfrist gibt es nicht – erst recht nicht für mich als Vorstandsvorsitzenden.

Was haben Sie sich für die ersten 100 Tage im neuen Amt vorgenommen?

Vor allen Dingen Vertrauensbildung. In Richtung Politik genauso wie in Richtung Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KBV. Die vergangenen Wochen und Monate waren für die KBV schwer und geprägt durch ein enormes Maß an Selbstbeschäftigung.

In Nordrhein ist die strukturelle Unterfinanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung ein drängendes Problem. Wie wollen Sie das angehen?

Wir müssen das Problem der weiterhin bestehenden Unterfinanzierung in der ambulanten Versorgung thematisieren – in Politik und breiter Öffentlichkeit. Zugleich müssen wir die Krankenkassen auch öffentlich deutlich an ih-

re eigentliche Aufgabe erinnern: eine qualitativ hochwertige Versorgung ihrer 70 Millionen Versicherten zu ermöglichen. Das geht nur mit



Georg J. Lopata

den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten. Daran müssen wir die Kassen immer wieder erinnern.

Sie sind Orthopäde in einer großen Praxis und berufspolitisch an vielen Stellen aktiv, nicht zuletzt in der VV der KV Nordrhein. Lässt sich die neue Aufgabe damit vereinbaren?

Man kann nicht nur ein bisschen KBV-Vorstandsvorsitzender sein. Das heißt, dass ich meine anderen Aufgaben unterordnen oder aufgeben muss. Natürlich werde ich meine Praxistätigkeit nicht aufgeben. Das Wissen und die Erfahrung um das reale Geschehen in der Praxis schärft die berufspolitische Aktion. ■ DAS GESPRÄCH FÜHRTE DR. HEIKO SCHMITZ

Dr. med. Andreas Gassen (51) ließ sich 1996 als Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rheumatologie in Düsseldorf nieder. Seit März 2011 ist er stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung der KBV. Er ist Vorsitzender des Spitzenverbandes der Fachärzte Deutschlands, Vorsitzender des Deutschen Facharztverbands und Präsident des Berufsverbands der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.

„Der Versorgungsauftrag ist nicht teilbar“

Die Vorsitzenden der Vertreterversammlungen der KVen haben sich im Februar klar zu einer gemeinsamen Interessenvertretung der Ärzte bekannt. Auf der jüngsten Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) fand der „Zehn-Punkte-Konsens“ große Zustimmung. Unter den Initiatoren der Erklärung war Dr. med. Frank Bergmann, Vorsitzender der Vertreterversammlung in Nordrhein. Der Neurologe und Psychiater fordert Haus- und Fachärzte auf, sich ihres gemeinsamen Versorgungsauftrags zu erinnern.



© Georg J. Lopata

Die Ärzteschaft präsentierte sich zuletzt alles andere als einig, das zeigte sich mehrfach auch auf der Vertreterversammlung der KBV. Jetzt legten die Delegierten ein Bekenntnis für ein einheitliches KV-System ab.

„Die Selbstverwaltung hat jetzt die letzte Chance“. Dieser Satz ist nicht von mir. Er stammt von Dr. Edgar Franke (SPD), dem Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses im Bundestag. Es sei „fünf vor zwölf“, das Verhältnis zwischen den Versorgungsebenen, also insbesondere den Haus- und Fachärzten, umgehend „zu reparieren“, sagt Franke in einem Interview mit der Ärzte Zeitung. Unabhängig davon, dass Franke als Mitglied einer der Koalitionsfraktionen die geplanten Eingriffe in die ärztliche Selbstverwaltung begründen und rechtfertigen muss, steht fest: Angesichts solcher Sätze müssen bei uns allen die Alarmglocken schrillen.

Denn nach unzähligen Gesundheitsreformen wissen wir: Wann immer die Politik in die Ver-

sorgung und ihre Rahmenbedingungen eingreift, ist meist wenig Gutes zu erwarten – nicht für die Patienten, und schon gar nicht für uns. Dazu muss man nur an das Vorhaben erinnern, eine Vermittlungsstelle für Facharzttermine einzurichten. Man muss sich fragen, ob sich die Autoren des Koalitionsvertrags vorher auch nur einmal mit einem niedergelassenen Facharzt darüber unterhalten haben. Geschaffen wird nur neue Bürokratie. Sicher werden Patienten „fristgerecht“ einen Termin bekommen. Nur was für einen?

Der Versorgungsauftrag ist unteilbar

Jetzt geht die Politik noch einen Schritt weiter: Die Große Koalition will massiv in die Strukturen der Selbstverwaltung eingreifen. Sie will die Besetzung unserer Vertreterversammlungen ändern, Haus- und Fachärzte über ihre jeweiligen Belange entscheiden lassen. Nun, uns allen ist klar, dass Fach- und Hausärzte, Psychotherapeuten, die Facharztgruppen untereinander sowie niedergelassene und angestellte Ärztinnen und Ärzte keine homogene Einheit mit jederzeit deckungsgleichen Interessen bilden. Wir alle sind Spezialisten, wir alle wollen fair honoriert und angemessen repräsentiert werden. Aber was heißt „eigene Belange“?

Wir alle sind dazu da, die nach wie vor ausgezeichnete ärztliche und psychotherapeutische Versorgung der Menschen in unserem

Land zu leisten. Denn die KV, die diesen Auftrag als Körperschaft hat, sind wir alle. Das Interesse an und der Auftrag zur Versorgung sind unteilbar. Es gibt keine separate haus- und fachärztliche Versorgung, sondern einen gemeinsamen Auftrag. Genau das haben wir als Vorsitzende der Vertreterversammlungen mit unserem „Zehn-Punkte-Konsens“ zum Ausdruck bringen wollen. Der Kernsatz lautet: „Hausärzte, Fachärzte und Psychologische Psychotherapeuten stehen für eine ungeteilte KV, in der in den Organen und Gremien unabhängig von der Zugehörigkeit zu Versorgungsebenen ein gleichberechtigter und respektvoller Umgang miteinander gelebt wird.“

Klientelpolitik beenden

Das finden Sie banal? Wenn wir uns die berufspolitischen Kontroversen der vergangenen Monate vor Augen führen, wissen wir: Es ist höchste Zeit, daran zu erinnern, dass wir in einem Boot sitzen. Dass wir nur dann, wenn wir uns in wesentlichen Fragen einigen, Stärke gegenüber der Politik und gegenüber den Krankenkassen zeigen können. Wir müssen daher zu allererst und schleunigst die auf Partikularinteressen ausgerichtete Klientelpolitik in unseren Gremien beenden. Dabei denke ich nicht nur an die Vertreterversammlung oder den Vorstand der KBV, der mit Dr. Andreas Gassen einen neuen Vorsitzenden und damit die Chance auf einen Neuanfang bekom-

men hat. Ich denke an alle Gremien, in denen wir entscheiden – auch die Vertreterversammlung als dem Organ vertragsärztlicher Selbstverwaltung in Nordrhein.

In einem weiteren Schritt müssen wir zur Sacharbeit zurückkehren. Wir müssen über Fachgrenzen hinweg über unseren Versorgungsauftrag nachdenken – und Probleme wie den sich abzeichnenden Ärztemangel oder zu lange Wartezeiten für eine Erstversorgung etwa von Menschen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen angehen. Wir wissen, was es bedeutet, Menschen mit Demenz oder Depressionen zu behandeln.

Daran sind Hausärzte ebenso maßgeblich beteiligt wie Fachärzte und Psychotherapeuten. Deswegen müssen wir gemeinsam entscheiden, wie wir Versorgung gestalten und verbessern. So habe ich als Vertreter des Spitzenverbands ZNS zusammen mit der KV Nordrhein und der Akademie für angewandte Psychologie und Psychotherapie Eckpunkte zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung von Erwachsenen mit neuropsychiatrischen Erkrankungen formuliert. Mit solchen fachübergreifenden Konzepten zeigen wir nicht nur, dass wir unseren Versorgungsauftrag ernst nehmen. Wir nehmen das Heft des Handelns selber in die Hand – bevor es andere für uns tun.

■ DR. FRANK BERGMANN

Zur Person

Dr. med. Frank Bergmann ist Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Nordrhein. Er ist in Aachen niedergelassen als Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, seit 2001 Vorsitzender des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte und seit 2013 Vorsitzender des Spitzenverbands ZNS, dem Zusammenschluss der neurologischen und psychiatrischen Berufsverbände.

Mehr Infos zum Zehn-Punkte-Konsens finden Sie unter www.kvno.de

KV | 140405



Stefan Keller

Neues Versorgungsangebot startet

Am 1. April 2014 gibt es ein neues Behandlungsangebot für Patienten, die an einer schweren oder seltenen Erkrankung leiden: die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Die Behandlung obliegt interdisziplinären Ärzteteams in Praxen und Kliniken. Erstmals übernehmen Vertragsärzte und Krankenhausärzte damit gemeinsam die ambulante hochspezialisierte Versorgung. Sämtliche Rahmenbedingungen sind gleich – auch die Vergütung.

Ab April können Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Krankenhäuser ihre Teilnahme an dem neuen Versorgungsangebot für die Tuberkulose anzeigen, ab Juli außerdem für gastrointestinale Tumore. Weitere Indikationen, auch andere Krebserkrankungen, sollen folgen. Mit der ASV entsteht ein Versorgungsbereich mit eigenen Strukturen und Regeln. Ziel ist es, Patienten mit seltenen Erkrankungen oder schweren Krankheitsverläufen durch eine enge Verzahnung von Spezialisten verschiedener Fachdisziplinen besser zu versorgen.

Die Behandlung übernimmt ein Team, dem je nach Indikation bestimmte Fachärzte und auch Psychotherapeuten

angehören. Je nach Krankheitsbild sieht die ASV Kooperationen mit Klinikärzten, aber auch sozialen oder palliativmedizinischen Diensten vor. Die Ärzte müssen hohe Qualitätsanforderungen erfüllen.

Im März 2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die ASV-Richtlinie beschlossen. Sie gibt vor, wie die ASV aufgebaut ist und arbeiten soll. In den Anlagen werden diese Vorgaben dann für jedes Krankheitsbild konkretisiert. Mit den Beschlüssen des G-BA zur Tuberkulose im Dezember vergangenen Jahres und zu den Tumoren des Magen-Darmbereichs im Februar 2014 nimmt der neue Versorgungsbe-
reich nun konkrete Formen an. ■ KBV

Die ASV im Überblick

Indikationen: Die ASV umfasst die Diagnostik und Behandlung von seltenen und schweren Erkrankungen. Hierzu gehören:

- Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, zum Beispiel onkologische und rheumatische Erkrankungen
- Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit geringen Fallzahlen, zum Beispiel Tuberkulose
- Hochspezialisierte Erkrankungen, zum Beispiel CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen

Voraussetzungen: An der ASV teilnehmen können Fachärzte, Medizinische Versorgungszentren sowie gegebenenfalls ermächtigte Ärzte und Krankenhäuser, sofern sie die in der ASV-Richtlinie und den jeweiligen Anlagen definierten Anforderungen erfüllen.

Abrechnung: Jeder Arzt rechnet seine ASV-Leistungen ab. Die Abrechnung kann über die KV, über eine private

Verrechnungsstelle oder direkt mit den Krankenkassen erfolgen.

Vergütung: Die Vergütung ist für Praxis- und Klinikärzte einheitlich. Alle Leistungen werden zu festen Preisen bezahlt, extrabudgetär und ohne Mengenbegrenzung. Der GKV-Spitzenverband, die KBV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben die Aufgabe, eine eigene Vergütungssystematik für die ASV zu entwickeln. Bis dahin gelten die Preise des EBM.

Teilnahme: Ärzte und Krankenhäuser, die an der ASV teilnehmen wollen, zeigen dies dem erweiterten Landesausschuss Nordrhein als Team an. Er prüft, ob die Teams die Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen und ob die organisatorischen und infrastrukturellen Anforderungen gegeben sind.

Ausführliche Infos zur ASV und die Formulare zum Anzeigen der Teilnahme finden Sie in Kürze im Internetangebot des nordrheinischen erweiterten Landesausschusses unter www.erweiterter-landesausschuss-nordrhein.de | KV | 140406

Refinanzierungsklausel aufgeweicht

Die Regierung hatte sich im Koalitionsvertrag die Stärkung der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) auf die Fahnen geschrieben. Dieses Vorhaben setzt sie nun im Eiltempo um: Am 20. Februar hat der Bundestag das 14. Gesetz zur Änderung des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) beschlossen, das unter anderem die 2011 unter der CDU/FDP-Regierung eingeführten Vergütungsbeschränkungen für HzV-Verträge aufhebt.

So entfällt ab 1. April die Vorschrift, dass die Hausarztverträge in puncto Vergütung nicht über den durchschnittlichen Fallwert der kollektivvertraglichen hausärztlichen Versorgung hinausgehen dürfen – wenn entsprechende Mehrausgaben nicht anderweitig eingespart werden können.

Folgerichtig wird auch die sogenannte Refinanzierungsklausel entschärft. Das bedeutet, dass die Aufwendungen für zusätzliche Leistungen der hausarztzentrierten Versorgung künftig nicht mehr zwingend aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden müssen. Die Vertragspartner können eine solche Vereinbarung treffen – sie sind aber nicht weiter dazu verpflichtet.

Wirtschaftlichkeitsnachweis nach vier Jahren

Deutlich zurückgenommen hat der Gesetzgeber auch die bisherige Regelung, nach der die Vertragspartner die Wirtschaftlichkeit eines HzV-Vertrags bereits zum Vertragsstart nachweisen müssen. Künftig genügt es, die Einhaltung von Wirtschaftlichkeitskriterien nach Ablauf von vier Jahren darzulegen. Den finanziellen Freifahrtschein gibt es dann aber doch nicht. Wirtschaftlichkeitskriterien und Regelungen zur Qualitätssicherung sind nun im Vertrag festzuschreiben, verlangt der Gesetzgeber.

Darüber hinaus sollen die strukturierten Behandlungsprogramme (DMP), die die hausärztliche Versorgung betreffen, künftig Bestandteil der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung sein. Dies würde zum Beispiel für die DMP Diabetes mellitus oder Koronare Herzkrankheit gelten.

Jenseits der genannten Neuerungen bei den so genannten „Hausarztverträgen“ bringt das 14. SGB V Änderungsgesetz vor allem Neuregelungen in der Arzneimittelpolitik mit



© Deutscher Bundestag | Marc-Steffen Unger

Der Bundestag beschloss am 20. Februar, dass die Wirtschaftlichkeit von Hausarztverträgen künftig erst nach vier Jahren nachgewiesen werden muss.

sich: So verlängert der Gesetzgeber das bereits seit 2010 geltende Preismoratorium für Arzneimittel bis Ende 2017 und setzt die Nutzenbewertung von Arzneimittel im „Bestandsmarkt“ außer Kraft. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesärztekammer (BÄK) hatten diese Maßnahme im Vorfeld deutlich kritisiert. Für beide Institutionen kommt der erst 2011 neu eingeführten Bewertung des Bestandsmarkts eine zentrale Funktion im Rahmen einer evidenzbasierten Arzneimittelversorgung zu.

Nach der Reform ist vor der Reform – dieses eherne Gesetz der Gesundheitspolitik gilt auch unter dem neuen Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Seit Mitte Februar kursiert in Berlin ein Referentenentwurf für den ersten Teil der „großen“ Gesundheitsreform mit dem sperrigen Titel: GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz. Über die Grundzüge berichten wir in der nächsten Ausgabe von KVNO aktuell. ■ SIMONE GRIMMEISEN

KVNO to go

Auf der Straße, in der U-Bahn oder im Wartezimmer – nahezu überall sieht man Menschen mit Smartphones und Tablets in der Hand. Das mobile Internet gehört heute zum Alltag dazu. Diesen Trend bedient auch die KV Nordrhein und hat das komplette Internet-Angebot für mobile Endgeräte optimiert.

Wer die Internetseite kvno.de mit einem Smartphone oder Tablet ansurft, kann alle 2.500 Seiten des Webauftritts auf seinem Endgerät optimal lesen – und zwar völlig unabhängig davon, welches Gerät er mit welchem Betriebssystem nutzt. Das Zauberwort heißt „Responsive Design“. Diese Programmierung erkennt selbständig, wie die jeweilige Seite am besten für das benutzte Gerät dargestellt werden muss.

Die auffallendste Veränderung ist beim Besuch der Seite mit dem Smartphone sichtbar. Die gesamte Navigation ist nun für Handys optimiert; sie befindet sich am unteren Rand jeder Seite. Am schnellsten gelangt man dort hin, indem man oben auf der Seite den Button

„Navigation“ anklickt. Die Volltext- wie auch die Arzt- und Psychotherapeutensuche lassen sich selbstverständlich auch weiter bequem über das Smartphone nutzen.

Übrigens: Die KV Nordrhein ist auch bei „Issuu“, einer Plattform für elektronische Zeitschriften, vertreten. Das Besondere: Alle dort veröffentlichten Medien lassen sich – virtuell – durchblättern. Hier finden Sie auch ein Archiv aller Ausgaben der KVNO aktuell seit 2008. Natürlich lässt sich diese Seite mit dem Tablet oder dem Smartphone ebenfalls problemlos ansurfen: http://issuu.com/kv_nordrhein

Die Homepage der KV Nordrhein finden Sie unter www.kvno.de



Alle Internet-Infos der KV Nordrhein stehen nun auch in optimierten Versionen für Smartphones und Tablets zur Verfügung.

Wer fragt, macht weniger Fehler

Alltägliche Arbeitsroutine, Stress, Konzentrationsschwäche – Faktoren, die einen idealen Nährboden bilden für Fehler. An der Supermarktkasse und in der Kfz-Werkstatt ebenso wie in der Arztpraxis oder im Krankenhaus. Mit dem Unterschied, dass immer dann, wenn die Gesundheit des Menschen in den Fokus rückt, ein kleiner Fehler schon fatale Auswirkungen haben kann. Ein Beispiel dafür liefert der CIRS-NRW-Quartalsbericht für das 4. Quartal 2013.

Beispiel-Fall 87585 aus dem aktuellen CIRS-NRW-Quartalsbericht: Einer anämischen Patientin war ein Erythrozytenkonzentrat zuge-dacht. Nicht der betreuende Arzt, sondern der Diensthabende sollte es ihr am späten Nach-mittag verabreichen. Der aber kannte die Dame nicht. Das Präparat stand schon vorbereitet am Bett der – falschen – Patientin. Auf ein „Guten Tag, Frau Müller“ regte sich offenbar kein ausreichender Protest und so konnte sich die klassische Fehlerkette ungehindert weiterziehen. Der Bedside-Test entsprach den Angaben der Patientin und sie erhielt ein halbes Konzentrat der Blutgruppe O. Dann fiel der Fehler auf, und die Transfusion wurde abgebrochen.

Leere Rituale vermeiden

Der Schreiber des Berichts deutet an, dass die Transfusion einer O-Konserve auf eine Patientin der Gruppe A nicht geplant war. In diesem Fall hat es der Arzt versäumt, den vorschriftsmäßig durchgeführten Bedside-Test mit dem Transfusionsprotokoll zu vergleichen. Laut Hämotherapie-Richtlinie hätte er dort die abweichende Blutgruppe O der Patientin vorgefunden. Ein Vergleich nur mit den Angaben der Patientin gab ihm dagegen trügerische Sicherheit. Ein solcher Bedside-Test als leeres Ritual ist wertlos.

Auch die weiteren Rahmenbedingungen gilt es genauer zu betrachten: Wer bereitet eine Blutkonserve vor und ordnet sie dem Patienten zu? Und wann wird sie vorbereitet, ohne



damit Zeitdruck zu erzeugen? Sowohl die Ärzte als auch Pflegekräfte sollten geschult sein, welche Vorgaben das Transfusionsgesetz und die Hämotherapie-Richtlinie machen und wie sie in der eigenen Einrichtung gelebt werden.

Vor allem hat der Arzt die korrekte Identifikation der Patientin vernachlässigt. Dieses Problem stellt sich nicht nur bei der Transfusion, sondern auch bei der Vorbereitung einer OP, bei Untersuchungen, bei jeder Blutabnahme, bei vielen alltäglichen Gelegenheiten. Patienten neigen dazu, nicht nachzufragen. Sie nicken auch dann freundlich, wenn sie etwas nicht verstanden haben. Auf „Sind Sie Frau Meier?“ erhält man mindestens so viele falsche wie richtige Antworten. Eine sichere, aktive Identifikation besteht aus einer offenen Frage nach dem vollen Namen und dem Geburtsdatum: Wie heißen Sie? Wann sind Sie geboren? Denn unbestritten ist: Wer fragt, macht weniger Fehler. ■ CIRS NRW

Das Critical-Incident-Reporting-System Nordrhein-Westfalen (CIRS NRW) ist ein Berichts- und Lernsystem der Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Ärztekammern in NRW, das kritische Ereignisse öffentlich macht. Die nachträgliche Analyse dieser Ereignisse gibt Anregungen zu einer sicheren Versorgung der Patienten. Den Bericht des Quartals und weitere Eingaben finden Sie unter www.cirs-nrw.de

Gesichter für die gute Sache

An Puder und Pinsel kommt hier heute niemand vorbei. Auch nicht Martin Lesch. Normalerweise behandelt der Internist aus Essen morgens um neun Uhr seine ersten Patienten. Doch heute ist alles anders. Lesch sitzt entspannt vor einem großen Spiegel, eine Visagistin mit langen blonden Haaren tupft ihm etwas Make-up auf die Stirn. Vor ihm befindet sich eine Ablage mit Schmink- und Stylingprodukten: Lidschatten in blau, lila, grün und pink, Lippenstifte, Kämmen, Bürsten, Haargel. Nachdem das Make-up mit etwas Puder fixiert ist, werden die Haare noch ein wenig zurechtgezupft – dann ist der Arzt fertig für seinen großen Auftritt.

Lesch ist einer von 30 Ärzten und Psychotherapeuten aus Nordrhein-Westfalen, die aus zahlreichen Bewerbern für das Fotoshooting ausgewählt wurden und sich nun in einem Studio in Düsseldorf-Bilk professionell ablichten lassen. Es ist das zweite Shooting im Rahmen der auf fünf Jahre angelegten Kampagne. Die Fotos von sieben Teilnehmern werden ab Mai dieses Jahres auf Großflächenplakaten in vielen deutschen Städten zu sehen sein, die Fotos der übrigen Teilnehmer auf Werbemedien wie Flyern oder Internetbannern.

„Ich bin Arzt aus Leidenschaft“, verrät Lesch in der Maske. „Mir ist es wichtig, meinen Beruf positiv in der Öffentlichkeit darzustellen. Deshalb mache ich bei der Kampagne mit.“ Die Entscheidung, sich für das Shooting zu bewerben, hat er ganz alleine getroffen. Sein Praxisteam weiß davon nichts. Und auch mit seiner Familie hat er vorab nichts besprochen. „Meine Frau habe ich aber

bei der Bewerbungsmail in cc gesetzt“, sagt er und lächelt. Er wolle den Ball lieber flach halten und erst einmal abwarten, auf welchen Medien sein Gesicht letztendlich zu sehen sein wird. Dann macht er sich auf den Weg ins Fotostudio und verschwindet schließlich hinter einem schwarzen Vorhang.

Ein Hauch von „Germany's Next Topmodel“

Die nächsten Teilnehmer treffen in der Maske ein. Eine von ihnen ist Bettina Beerhenke. Die Kinder- und Jugendpsychotherapeutin aus Köln wirkt ein wenig nervös. Aber das ändert sich schnell. Zu verdanken ist dies vor allem der Visagistin, die auch schon Stars und Sternchen geschminkt und für die Fernsehsendung „Germany's Next Topmodel“ gearbeitet hat. Die Frankfurterin verleiht den Fotomodellen nicht nur ein perfektes, aber dennoch natürliches Aussehen, sondern stimmt sie auch psychologisch auf den bevorstehenden Auftritt ein. Und das hilft.





„Glücklich, souverän, erfolgreich“, ruft Fotograf Jens Ihnken seinem Model zu. Bettina Beerhenke lächelt in die Kamera, als hätte sie nie etwas anderes gemacht. Von Aufregung ist nichts mehr zu spüren. „Schließe die Augen und ich zähle bis drei. Dann öffnest du die Augen ganz langsam und schaust mich an.“ Eins, zwei, drei – „sehr schön“, lobt Ihnken die sympathische Kölnerin mit rötlichen Haaren. Im Hintergrund läuft Musik. Take on Me von a-ha. Ihnken ist begeistert von seinen Models. „Trotz der kurzen Zeit, die wir für das Shooting haben, läuft alles hervorragend. Alle Teilnehmer machen einen tollen Job“, sagt Ihnken, der auch schon Franz Beckenbauer vor der Linse hatte.

Die ersten Fotos sind bereits im Kasten, jetzt machen sich die Grafiker an die Arbeit. Das finale Foto jedes Einzelnen wird noch ein wenig bearbeitet und um Kampagnen-Logo sowie ein persönliches Statement ergänzt. Alle Beteiligten wirken entspannt und sichtlich zufrieden. Eine Assistentin dreht die Musik lauter. „Eye of the Tiger“ aus dem Film Rocky III. Und wie fühlt es sich nun an, die Praxis für ein paar Stunden gegen Bühne und Rampenlicht getauscht zu haben? Martin Lesch drückt es so aus: „Im Prinzip betrete ich jeden Tag eine

Bühne, sobald ich die Praxis aufschließe. Jeder Patient hat Erwartungen an mich und ich muss versuchen, diesen gerecht zu werden.“ Ein besonderes Ereignis war das Fotoshooting für ihn natürlich trotzdem.

Auch Bettina Beerhenke hat das Shooting erfolgreich über die Bühne gebracht. „Es hat mir richtig Spaß gemacht.“ Ihre Botschaft: „Ich bin Psychotherapeutin mit Leib und Seele. Es ist ein wichtiger Beruf, und das möchte ich gerne nach außen transportieren.“ Es gibt aber auch persönliche Gründe. „Ich habe drei erwachsene Kinder. Für sie habe ich das Shooting auch gemacht. Und natürlich für mich selbst. Ich werde dieses Jahr 50 und dachte mir, So etwas sollte ich vorher einmal mitgemacht haben!“

Ob Martin Lesch und Bettina Beerhenke zu den Teilnehmern gehören, die ab Mai auf Großflächenplakaten in ganz Deutschland zu sehen sein werden, ist noch offen.

■ SIMONE HEIMANN

Einen kurzen Film über das Shooting in Düsseldorf finden Sie unter www.kvno.de

Kampagne

„Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ – unter diesem Motto steht die im April 2013 gestartete Imagekampagne, die für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten wirbt – und auf Probleme wie den drohenden Nachwuchsmangel und übergeordnete Bürokratie aufmerksam macht. Initiatoren sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen. Ab Mai 2014 geht die Kampagne in die zweite Runde. Im Fokus: die Qualität der ärztlichen und psychotherapeutischen Arbeit. Dieses Mal leihen auch Ärzte und Psychotherapeuten aus Nordrhein der Kampagne Gesicht und Stimme.

Mehr Infos unter www.ihre-aerzte.de



Erweitertes Ultraschall-Screening einzeln abrechenbar

Das erweiterte Ultraschall-Screening im zweiten Trimenon (EBM-Nummer 01771) kann auch einzeln durchgeführt und abgerechnet werden. Dies ist möglich, da die EBM-Nummer 01771 als Zuschlag im Zusammenhang mit der Nummer 01770 bezeichnet ist. Diese Formulierung wird im EBM verwendet,

wenn eine zeitliche Trennung oder die Durchführung durch unterschiedliche Ärzte ermöglicht werden soll.

Verfügt ein Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe über die Genehmigungen zur Berechnung so-

wohl der Schwangerenbetreuung als auch für das erweiterte Ultraschall-Screening, wird er in der Regel beides bei seiner Patientin durchführen. Grundsätzlich ist es jedoch möglich, das erweiterte Ultraschall-Screening auch einzeln durchzuführen, wenn die Schwangerenbetreuung durch einen anderen Vertragsarzt erfolgt. Das kann im Rahmen einer Überweisung erfolgen und erforderlich sein, wenn der Vertragsarzt, der die Schwangerenbetreuung übernommen hat, keine Genehmigung für die Abrechnung der EBM-Nummer 01771 besitzt.

KV | 140412

Schwangerschaftsabbruch: Keine Personaldaten eintragen

Aus Datenschutzgründen werden bei der Abrechnung von Leistungen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz keine Personaldaten der Patientinnen verwendet. Stattdessen wird eine Fallkennziffer im Personalfeld eingetragen. Die Fallkennziffer besteht aus 26 alphanumerischen Stellen. Diese Fallkennziffer wurde

Anfang des Jahres von einigen Krankenkassen auf 27 Stellen erweitert. Dies lassen weder die Computersysteme in den Praxen noch die in unserem Hause zu. Deshalb bitten wir Sie, die 27. Stelle vorerst einfach wegzulassen. Ab 1. Juli 2014 wird es technisch möglich sein, auch 27-stellige Fallkennziffern in Ihrer Arztsoftware zu verarbeiten.

Bitte beachten Sie in diesem Kontext eine weitere Änderung: Anstelle der bisherigen Symbolnummer 98225 für den Sprechstundenbedarf im Rahmen der Durchführung von medikamentösen Abbrüchen gilt seit dem 1. Januar 2014 die Symbolnummer 98239.

Medikamentenbeschichtete Stents: Nur im Einzelfall

Die KV Nordrhein weist noch einmal darauf hin, dass die Kosten für medikamentenbeschichtete Stents, die im Zusammenhang mit interventionellen Therapien wie PTCA und Stents anfallen, nicht immer von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden. Die Kosten müssen den Patienten in Rechnung gestellt werden. Der Patient kann die Rechnung als Erstattungsbetrag bei seiner Krankenkasse geltend machen, die Kassen entscheiden nach Prüfung des Einzelfalls. Die Sachkostenpauschalen nach den EBM-Nummern 40302 bzw. 40304 können nicht zusätzlich abgerechnet werden.

Neue EBM-Nummer 34601 für die Knochendichtemessung

Seit 1. Januar 2014 ist die neue EBM-Nummer 34601 zur osteodensitometrischen Untersuchung abrechnungsfähig, wenn aufgrund anamnestischer und klinischer Befunde die Absicht zu einer spezifischen medikamentösen Therapie einer Osteoporose besteht. Die neue EBM-Nummer 34601 kann für eine Knochendichtemessung nach der Richtlinie des G-BA



Zum erweiterten Ultraschall-Screening in der Schwangerschaft kann auch überwiesen werden.

für eine erweiterte Indikation mittels einer zentralen DXA (Dual-Energy X-ray Absorptiometrie) erbracht werden.

Die EBM-Nummer 34601 wird außerhalb des Regelleistungsvolumens und des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens sowie der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorläufig mit 10 Cent und 161 Punkten vergütet. Sobald mit den nordrheinischen Krankenkassen für 2014 eine Vereinbarung über die Höhe des Punktwertes für vertragsärztliche Leistungen im Jahr 2014 geschlossen werden kann, gilt der neue Wert.

Hautkrebscreening für unter 35-jährige BKK Versicherte

Mit den Betriebskrankenkassen hat die KV Nordrhein zum 1. April 2014 vereinbart, dass das Hautkrebscreening für 19- bis 34-jährige Patienten mit 25 Euro inklusive einer eventuell medizinisch notwendigen Auflichtmikroskopie vergütet wird. Eine Einschreibung der Patienten in den Vertrag ist nicht nötig.

Eine Übersicht der Krankenkassen, die das Hautkrebscreening für Patienten unter 35 Jahren vergüten, beziehungsweise die Antwort auf die Frage, ob eine Teilnahmeerklärung des Patienten erforderlich ist, finden Sie unter www.kvno.de | [KV | 140413](#)

AU-Richtlinie: Neuregelungen für arbeitslose Schwangere und Organspender

Die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) an einigen Stellen geändert. Es gibt neue Regelungen zur Arbeitsunfähigkeit von arbeitslosen Schwangeren und Patienten nach einer Organ- und Gewebespende.

Die Richtlinie sah bislang vor, dass bei einem Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz keine Arbeitsunfähigkeit gemäß der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie vorliegt. Dies

bedeutete für arbeitslose Schwangere, dass sie weder einen Anspruch auf Krankengeld noch auf Arbeitslosengeld hatten. Das Bundessozialgericht hat entschieden, dass ein Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz nicht unmittelbar auf arbeitslose Schwangere übertragen werden kann, da bei diesen eine fortdauernde Beschäftigung nicht gegeben sei. Dies bedeutet für die Vertragsärzte, dass sie prüfen müssen, ob sich das gesundheitliche Risikopotential auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bezieht oder auf alle zumutbaren Beschäftigungen. Sollte letzteres der Fall sein und die Schwangere nicht mindestens 15 Stunden pro Woche zumindest eine leichte Tätigkeit ausüben können, kann der behandelnde Arzt für die arbeitslose Schwangere eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen.

Darüber hinaus haben Spender von Organen und Geweben seit der Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21. Juli 2012 Anspruch auf Krankengeld, wenn sie aufgrund der Spende arbeitsunfähig werden. Die neue Regelung in Paragraph 2 Abs. 8 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie sieht nun vor, dass der behandelnde Arzt dem Patienten eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen kann. Die Änderungen der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie sind seit dem 28. Januar 2014 in Kraft.

Die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie im Wortlaut finden Sie unter www.g-ba.de | [KV | 140413](#)

Unfallversicherung: Neue Gutachtengebühren zum 1. April

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Unfallversicherung haben vereinbart, die Gutachtengebühren in einem zweistufigen Verfahren zu erhöhen. Rentengutachten, die entspre-

Alle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomievertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen. Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter www.kvno.de | [KV | 140413](#)

chend nach Formulargutachten erstellt werden, steigen in der ersten Stufe der Erhöhung zum 1. April 2014 auf 100 beziehungsweise 120 Euro an, freie Gutachten auf 180 bis 360 Euro. Die Verhandlungen über eine weitere Anpassung der Gutachtengebühren werden bis zur Jahresmitte 2014 aufgenommen.

Mehr Informationen finden Sie unter www.kvno.de
KV | 140414

Homöopathie-Vertrag mit der Novitas BKK

Die Novitas Betriebskrankenkasse tritt ab 1. April 2014 dem Homöopathie-Vertrag mit der Securita BKK bei. Analog des Securita-Vertrages können ab 1. April die Homöopathieleistungen auch für Versicherte der Novitas BKK erbracht und abgerechnet werden.

Eine aktuelle Übersicht der Homöopathie-Verträge in Nordrhein finden Sie unter www.kvno.de | **KV | 140414**

Neue regionale Onkologie-Vereinbarung zum 1. April 2014

Die KV Nordrhein hat sich mit den nordrheinischen Krankenkassen auf eine neue regionale Onkologie-Vereinbarung zum 1. April 2014 geeinigt. Die neue Vereinbarung ersetzt die bis zum 31. März 2014 gültige nordrheinische Übergangsregelung.

Die regionale Onkologie-Vereinbarung beschreibt in besonderen Fällen Abweichungen zu der Onkologie-Vereinbarung als Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag und beinhaltet insbesondere folgende Änderungen und Neuerungen:

Ziel und Laufzeit der Vereinbarung

- Die qualifizierte ambulante Behandlung krebskranker Patienten sicherstellen und die flächendeckende und wohnortnahe Versorgungsstruktur aufrechterhalten.
- Die Vereinbarung startet am 1. April 2014 und gilt unbefristet.

Teilnahme und Genehmigung

- Teilnahmeberechtigt: Ärzte, die mindestens zwei Jahre an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (keine Neu-/Jungpraxen)
- Fachliche Qualifikation: Weiterbildung mit Schwerpunkt Onkologie oder eine Facharztweiterbildung mit der Zusatzbezeichnung „Medikamentöse Tumortherapie“ bzw. Facharzt-/Gebietsbezeichnung mit diesen Inhalten; in besonderen Fällen ist der Nachweis des fachonkologischen Kolloquiums ausreichend
- Zwei Genehmigungsarten: Abrechnung der Symbolnummern (SNR) 86512 und 86514 bzw. der SNR 86510, 86512, 86514, 86516, 86518
- Ärzte, die an der bisherigen Übergangsregelung teilnehmen: Es ist kein erneuter Antrag für die Abrechnung der SNR 86512

Serviceteams



Montag bis Donnerstag von 8 bis 17 Uhr, Freitag von 8 bis 13 Uhr.

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666 Telefax 0221 7763 6450
E-Mail service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888 Telefax 0211 5970 8889
E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Formularversand

Telefon 02151 3710 00 Telefax 02151 9370 655
E-Mail formular.versand@kvno.de

und 86514 erforderlich; bei einer Erweiterung um die SNR 86510, 86516 und 86518 ist ein Antrag notwendig.

- Die Prüfung der Mindest-Patientenzahlen und Information des Vertragsarztes hierüber erfolgt jeweils spätestens nach Ablauf von zwei Quartalen nach Ende des Übergangszeitraumes.

Abrechnung der SNR 86512 und 86514

- Gilt für alle Facharztgruppen mit Ausnahme der Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie.
- Betreuung von durchschnittlich 40 Patienten je Arzt und Quartal: Nachweis spätestens 24 Monaten nach Erteilung der Genehmigung.

Abrechnung der SNR 86510, 86512, 86514, 86516, 86518 bei Hämatonkologen

- Betreuung von durchschnittlich 60 Patienten je Arzt und Quartal. Nachweis spätestens 12 Monate nach Erteilung der Genehmigung.
- Steigerung um durchschnittlich 20 Patienten je Arzt und Quartal gegenüber dem jeweiligen Vorjahr. Betreuung von mindestens 120 Patienten je Arzt und Quartal nach Ablauf von vier Jahren.

Abrechnung der SNR 86510, 86512, 86514, 86516, 86518 bei anderen Facharztgruppen

- Betreuung von durchschnittlich 40 Patienten je Arzt und Quartal. Nachweis spätestens 12 Monate nach Erteilung der Genehmigung.
- Steigerung um durchschnittlich 14 Patienten je Arzt und Quartal gegenüber dem jeweiligen Vorjahr. Betreuung von mindestens 80 Patienten je Arzt und Quartal nach Ablauf von vier Jahren.

Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung der Teilnahme und organisatorische Maßnahmen

- Fortbildung des Arztes: Nachweis von mindestens 25 Punkten jährlich; bei Abrechnung aller SNR Nachweis von mindestens 50 Punkten jährlich (spätestens nach Ablauf von drei Jahren)
- Fortbildung des Praxispersonals: durch den onkologisch verantwortlichen Arzt; bei Abrechnung aller SNR mindestens jährliche Teilnahme an einer onkologischen Fortbildung (spätestens nach Ablauf von drei Jahren)
- Teilnahme an industrieunabhängigen Pharmakotherapieberatungen nicht erforderlich
- Einrichtung spezieller Behandlungsplätze mit angemessener technischer Ausstattung bei einer Abrechnung der SNR 86512 und 86514 nicht erforderlich
- Der onkologisch verantwortliche Arzt kann die Schulung des Personals in der Praxis durchführen (bei Abrechnung der SNR 86512 und 86514)

Abrechnung und Vergütung

- Vergütung außerhalb der RLV/QZV
- SNR 86510: 51,13 Euro
- SNR 86512 und 86514: je 25,56 Euro
- SNR 86516 und 86518: je 255,65 Euro
- Ausschlussbestimmungen bei den GOP 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 sowie der SNR untereinander

Weitere Bestimmungen

- Genehmigungen mit Auflagen: Bei Nicht-Erfüllung nach Ablauf der jeweiligen Fristen enden Teilnahme- und Abrechnungsbezugnis.
- Bei Nicht-Erfüllung der Mindest-Patientenzahlen/fachlichen Qualifikation (Abrechnung aller SNR) dürfen die Praxen nur noch die SNR 86512 und 86514 abrechnen.

Informationen zur Vereinbarung und zu den Teilnahmeanträgen erhalten Sie in der Abteilung Qualitätssicherung der KV Nordrhein. Die Antragsformulare, Vertragsunterlagen und das Merkblatt finden Sie unter www.kvno.de
KV | 140415

Schutzimpfungs-Richtlinie aktualisiert

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat weitere Änderungen der STIKO-Empfehlungen in die Schutzimpfungs-Richtlinie übernommen. Dabei wurde unter anderem die Verordnungsfähigkeit von nasalem Grippeimpfstoff zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf Kinder von zwei bis sechs Jahren eingeschränkt.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hatte im Sommer ihre Empfehlungen zu den Impfungen gegen Rotaviren, Hepatitis B und Influenza erweitert (wir berichteten). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zunächst die Empfehlungen zur Impfung gegen Rotaviren von Kindern im Alter von zwei bis drei Monaten, gegebenenfalls vier Monaten übernommen. In einem weiteren Beschluss des G-BA werden nun die Empfehlungen für Hepatitis B und Influenza geändert. Ferner wurde die Richtlinie redaktionell überarbeitet.

Hepatitis B

Die Grundimmunisierung im Alter von zwei, drei und vier sowie im Alter von elf bis 14 Monaten bleibt erhalten. Eine Wiederholungsimpfung nach zehn Jahren wird nicht generell empfohlen; Nachholimpfungen für ungeimpfte oder unvollständig geimpfte Versicherte bis zum Alter von 18 Jahren sind allgemein in Anlage I der Schutzimpfungs-Richtlinie geregelt.

ein schwerer Verlauf einer Hepatitis-B-Erkrankung zu erwarten ist. Das gilt zum Beispiel bei HIV-Positiven, Hepatitis-C-Positiven oder Dialysepatienten.

- Personen mit einem erhöhten nichtberuflichen Expositionsrisiko, zum Beispiel Kontakt zu HBsAg-Trägern in Familie/Wohngemeinschaft, Sexualverhalten mit hohem Infektionsrisiko, i. v.-Drogenkonsumenten, Gefängnisinsassen oder unter Umständen Patienten psychiatrischer Einrichtungen.

Auch die beruflichen Indikationen hat der G-BA allgemeiner formuliert für Personen mit einem erhöhten beruflichen Expositionsrisiko. Dazu zählen Ersthelfer, Polizisten und Personal von Einrichtungen, in denen eine erhöhte Prävalenz von Hepatitis-B-Infizierten zu erwarten ist, zum Beispiel Gefängnisse, Asylbewerberheime, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen.

Bei beruflicher Indikation tragen die gesetzlichen Krankenkassen oder der Arbeitgeber die Kosten. Die Schutzimpfungs-Richtlinie gibt hier weitere Hinweise, wann ein spezieller Anspruch gegenüber dem Arbeitgeber besteht. Bei Reisen soll eine Gefährdung individuell beurteilt werden, um die Indikation für eine Hepatitis B-Impfung zu stellen. Es gibt keinen Leistungsanspruch gegenüber der GKV bei Reiseschutzimpfungen.

Influenza

Bei der Grippe-Impfung folgt der G-BA der STIKO-Empfehlung. Die berufliche Indikation gilt demnach auch für Personen, die als Infektionsquelle für von Ihnen betreute Risikopersonen fungieren können – selbst wenn die zu betreuenden Personen geimpft sind.

Bei Kindern und Jugendlichen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens sollte im Alter von zwei bis sechs Jahren der attenuierte Lebendimpfstoff

Impfstoffe via Sprechstundenbedarf

Impfstoffe für Pflicht- und Indikationsimpfungen können Sie über den Sprechstundenbedarf beziehen. Wenn Impfstoffe an Privatpatienten bzw. Selbstzahler abgegeben werden, dürfen diese nicht in der Praxis verkauft werden. Nach Ansicht der Finanzbehörde betreibt eine Praxis ein Gewerbe, wenn sie Großpackungen des Impfstoffes erwirbt und die anteiligen Kosten der Einzelimpfstoffe den Patienten als Selbstzahler berechnet. Für jeden einzelnen Patienten ist daher in solchen Fällen ein Rezept auszustellen.

Die Indikationsimpfungen für Hepatitis B hat der G-BA allgemeiner gefasst für

- Personen, bei denen wegen einer bestehenden oder zu erwartenden Immundefizienz bzw. -suppression oder wegen einer bestehenden Erkrankung

(LAIV = nasaler Impfstoff) bevorzugt angewendet werden. Ärzte sollten dabei natürlich Kontraindikationen wie klinische Immunschwäche, schweres Asthma und akutes Gie-men beachten.

Kinder und Jugendliche von sieben bis 17 Jahren sollten Ärzte bei gegebener Indikation mit inaktiviertem Impfstoff impfen. An dieser Stelle weicht die Schutzimpfungs-Richtlinie von der STIKO-Empfehlung ab.

Mehr Übersicht

Neben den Anpassungen an die Empfehlungen der STIKO wurde die Anlage I der Schutzimpfungs-Richtlinie auch redaktionell überarbeitet. Die wichtigsten Änderungen:

- Zwischenüberschriften geben den Grund für die einzelnen Impfungen an, beispielsweise Grundimmunisierung, Indikationsimpfung, berufliche Indikation.

- Reiseindikationen werden jeweils am Ende jeder Impfung genannt. Reiseimpfungen sind generell keine Kassenleistung, zum Teil bieten Kassen sie als sogenannte Satzungsleistung an.
- Die Altersangaben wurden weitgehend vereinheitlicht.
- Angaben zu Nachholimpfungen wurden der Anlage I vorausgestellt: Der bestehende Anspruch auf die Nachholung von Impfungen und die Vervollständigung des Impfschutzes bei Jugendlichen bis spätestens zum Alter von 18 Jahren bleiben von den Regelungen unberührt. In der Übersicht zu den einzelnen Impfungen wurden die Angaben zu den Nachholimpfungen daher gestrichen.

Bei den Dokumentationsziffern in Anlage 2 wurde die 89301 für die MMR-Impfung im Erwachsenenalter ersetzt durch die 89301A und 89301B. ■ DR. HOLGER NEYE

Die aktuellen Beschlüsse und die überarbeiteten Anlagen der Schutzimpfungs-Richtlinie finden Sie im Internet unter www.g-ba.de
KV | 140417

Arzneimittelausgaben: Kein Anstieg in Nordrhein

Die Ausgaben für Arzneimittel in Nordrhein lagen in 2013 bei circa 3,39 Milliarden Euro (ohne Impfstoffe) – und damit weniger als ein halbes Prozent über den Ausgaben von 2012. Bundesweit stiegen die Arzneimittelausgaben dagegen um knapp 4,3 Prozent auf 28,76 Milliarden Euro. Je GKV-Versichertem lagen die Ausgaben für Arzneimittel 2013 in Nordrhein bei 424 Euro, bundesweit bei 412 Euro.

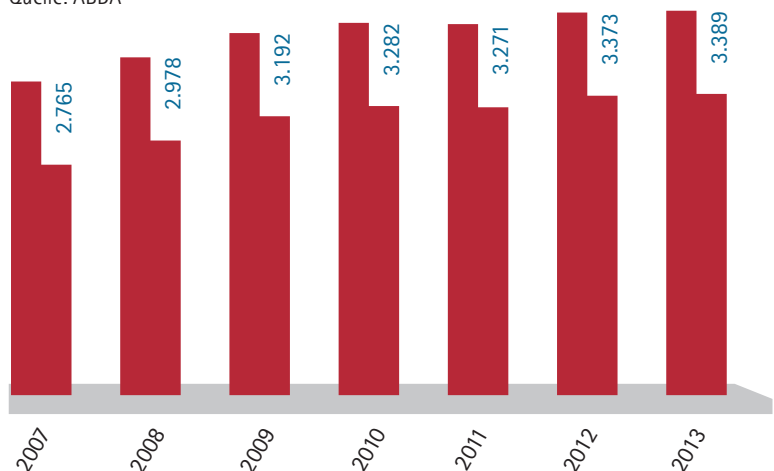
Dass die Ausgaben kaum gestiegen sind, hängt mit drei Faktoren zusammen: Preise für patentgeschützte Arzneimittel dürfen nicht steigen (Preismoratorium), die Zahl der Rezepte war leicht rückläufig und die Preise im Generikamarkt sind gesunken. Im laufenden Jahr dürften die Ausgaben der gesetzlichen Kassen für Medikamente wieder spürbar steigen, weil der Zwangsrabatt für patentgeschützte Arzneimittel zum Jahreswechsel von 16 auf sechs Prozent zurückgenommen wurde. Übrigens: Eine Arznei- und Heilmittel-

Vereinbarung für das Jahr 2014 wurde in Nordrhein noch nicht geschlossen. Derzeit gelten die Richtgrößen für 2013 sowohl für Arzneimittel als auch für Heilmittel weiter.

Arzneimittelausgaben in Nordrhein

Die Abbildung zeigt die Entwicklung der Arzneimittelausgaben in Nordrhein seit 2007. Angaben in Millionen Euro.

Quelle: ABDA



Dermatologische Rezepturen – bitte beachten

Bevor ein Apotheker individuelle Rezepturen herstellt, muss er eine Plausibilitätsprüfung durchführen. Kontrollieren muss er die Dosierungen, die Applikationsart, die Art, Menge und Kompatibilität der Ausgangsstoffe untereinander und deren gleichbleibende Qualität im Haltbarkeitszeitraum. Dies resultiert aus einer Änderung der Apothekenbetriebsordnung in 2012 (wir berichteten).

Zur einfachen und unkomplizierten Belieferung der Rezepturen empfehlen wir:

- Die Verordnung möglichst standardisierter Rezepturen zum Beispiel aus dem Neuen Rezeptur-Formularium (NRF).

Weitere Informationen und Beispiele finden Sie in unserem Newsletter VIN oder unter www.kvno.de

- Immer eine Gebrauchsanweisung auf dem Rezept anzugeben.
- Sich bei neuen Rezepturen mit den Apotheken im Umfeld Ihrer Praxis in Verbindung zu setzen.

Rezepturen für Erwachsene können Ärzte auf einem Kassenrezept verordnen, wenn sie rezeptpflichtig sind. Das hängt ab vom Wirkstoff und unter Umständen, wie beispielsweise bei Hydrocortison, von dessen Konzentration. Angaben zur Verschreibungspflicht eines Wirkstoffs finden Sie in der Anlage 1 der Arzneimittelverschreibungsverordnung.

Nicht rezeptpflichtige Rezepturen können für Erwachsene nur dann auf einem Kassenrezept verordnet werden, wenn die Ausnahme in der Anlage I (OTC-Liste) der Arzneimittel-Richtlinie geregelt ist. Für Kinder bis zwölf Jahre und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis 18 Jahre können Sie Rezepturen auf einem Kassenrezept verordnen, wenn sie rezeptpflichtig oder „nur“ apothekenpflichtig sind. Wenn für Kinder bei medizinischer Indikation nur Grundlagen (ohne Wirkstoff) verordnet werden, so müssen diese apothekenpflichtig sein.

Rezeptur-Verordnungen

Bei der Verordnung von Rezepturen sind folgende Punkte zu beachten:

- Rezepturen für Erwachsene müssen rezeptpflichtig sein.
- Rezepturen für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen müssen rezeptpflichtig oder apothekenpflichtig sein.
- Die Rezepturgrundlagen müssen apothekenpflichtig sein oder es muss Arzneimittelqualität nachgewiesen sein.
- Wirkstofffreie Rezepturgrundlagen können für Kinder und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bei medizinischer Indikation nur verordnet werden, wenn die Grundlagen apothekenpflichtig sind.



Wahl der Rezepturgrundlagen

Achten Sie bei der Auswahl der Rezepturgrundlagen darauf, dass diese apothekenpflichtige Arzneimittel sind oder Arzneimittelqualität haben. Medizinprodukte und andere nicht apothekenpflichtige Rezepturgrundlagen können nur dann als Ausgangsstoff verwendet werden, wenn die jeweiligen Hersteller ein valides Prüfzertifikat und eine Methode zur Prüfung der Identität zur Verfügung stellen. Sonst dürfen sie nicht als Ausgangsstoff zur Arzneimittelherstellung verwendet werden. Kosmetika sind grundsätzlich nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig.

■ DR. HOLGER NEYE

Dipyridamol plus ASS: Verordnung ausgeschlossen

Die Kombination von Dipyridamol plus ASS (Aggrenox und Generika) dürfen Ärzte nicht mehr auf einem Kassenrezept verordnen. Dies geht aus einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses hervor, der am 1. April 2014 in Kraft tritt.

Grundlage des Beschlusses ist eine Bewertung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, kurz IQWiG. Das Institut konnte keinen Beleg dafür finden, dass die Kombinationsbehandlung mit Dipyridamol plus ASS einen Zusatznutzen gegenüber einer Monotherapie mit einem Thrombozytenaggregationshemmer (ASS oder Clopidogrel) hat.

Mehr noch: Dem fehlenden Zusatznutzen steht ein Beleg für einen größeren Schaden unter

der Kombinationsbehandlung gegenüber. Dieser größere Schaden ergibt sich besonders aufgrund häufiger auftretender schwerwiegender Blutungen in der Langzeittherapie. In der Langzeittherapie gibt es darüber hinaus einen Beleg für häufigere Studienabbrüche wegen unerwünschter Ereignisse unter der Kombinationsbehandlung; außerdem gibt es einen Beleg für einen größeren Schaden bei der Gesamtrate unerwünschter Ereignisse gegenüber ASS.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat deswegen die Kombinationstherapie von Dipyridamol plus ASS (Aggrenox und Generika) im Vergleich zur Monotherapie mit ASS oder Clopidogrel als therapie relevant unterlegen und damit als unzweckmäßig eingestuft. Die Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie wurde um einen entsprechenden Verordnungs Ausschluss Nr. 53 ergänzt.

Grippeimpfstoff 2014/2015 kommt von Abbott

Die Krankenkassen in Nordrhein haben die Versorgung der Patienten mit Grippeimpfstoffen für die Saison 2014/ 2015 wie im Vorjahr ausgeschrieben. Ausschreibungsgewinner ist in diesem Jahr die Firma Abbott mit der 10er Packung Xanaflu ohne Kanüle. Weitere Informationen lagen uns zum Redaktionsschluss noch nicht vor. Wir informieren die Praxen

über unsere Homepage und Newsletter, sobald Details bekannt werden. Wir gehen davon aus, dass der Bestellmodus ähnlich wie im vergangenen Jahr sein wird, so dass zunächst wieder ein Anteil der Vorjahresmenge über die Apotheke bis Ende Juni geordert werden kann. Weitere Bestellungen können die Praxen dann zu Beginn der Impfsaison aufgeben.

Me-too-Liste: Fünf Präparate gestrichen

Wegen Patentablaufs wurden fünf Präparate von der Me-too-Liste gestrichen: Für Nasonex (Mometason Nasentropfen), Pletal (Cilostazol), Beofenac (Aceclofenac) und Liviella (Tibolon) sind inzwischen Generika verfügbar. Dynorm Plus wurde ebenfalls von der Me-

too-Liste gestrichen, weil der Patentschutz auslief; es gibt aber bislang noch keine Cilazapril-Generika. Die Me-too-Liste wird seit 2011 nicht mehr ergänzt, weil für neue Wirkstoffe die frühe Nutzenbewertung eingeführt wurde. Derzeit umfasst sie noch 54 Präparate.

Kontakt

Pharmakotherapieberatung
Telefon 0211 5970 8111
Telefax 0211 5970 8136
E-Mail pharma@kvno.de

Hilfsmittelberatung
Telefon 0211 5970 8070
Telefax 0211 5970 8287
E-Mail patricia.shadiakhy@kvno.de

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:
Qualitätssicherung Prüfwesen
Telefon 0211 5970 8396
Telefax 0211 5970 9396
E-Mail margit.karls@kvno.de

Bedarfsplanung schaffte zehn zusätzliche Sitze

Neue Hausärzte für Willich

Vieles ist typisch für den Niederrhein: die großen Felder, die das Stadtgebiet umgeben, die zweistöckigen Backsteinbauten und der Wochenmarkt. Und noch etwas teilte Willich im Juli 2013 mit anderen Mittelbereichen in Nordrhein: Plötzlich gab es wieder freie Hausarztsitze – mehrere von ihnen wurden bereits zu Beginn des Jahres 2014 besetzt. Ein Erfahrungsbericht.

Im November 2013 gab es in Willich mit seinen rund 51.000 Einwohnern 28 tätige Hausärztinnen und Hausärzte, einige davon in Teilzeit. Nach den Berechnungen der KV Nordrhein auf der Basis der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie waren 22,8 Stellen besetzt, denn die Bedarfsplanung berücksichtigt den Teilzeit-Tätigkeitsumfang. Dies entsprach einer Versorgung von 75 Prozent – ein Wert, dessen Unterschreiten den Beginn der rechnerischen Unterversorgung markiert. 10,5 Stellen waren zu besetzen.

Neue Sitze in 28 Bereichen

Die neue Bedarfsplanung zeigte also in Willich eine Lücke auf, die vorher nicht statistisch aufgefallen war, weil die Verteilung der Hausarztsitze bisher innerhalb der Kreisgrenzen ge-

plant wurde. Die Stadt zwischen Düsseldorf, Mönchengladbach und Krefeld war indes kein Einzelfall. In 33 der 94 „Mittelbereiche“, für die der Bedarf an Hausärzten berechnet wird, sind Sitze frei – 28 dieser Gebiete liegen in Planungsbereichen, die bis dato gesperrt waren. Dies gilt zum Beispiel für die Städte Eschweiler im Kreis Aachen, (sechs neue Sitze), Kerpen im Rhein-Erft-Kreis (elf neue Sitze) und Velbert im Kreis Mettmann (sechs neue Sitze).

Das Ziel der neuen Bedarfsplanung: Kleinräumiger und genauer sollen Lücken innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung erkannt und behoben werden. Innerhalb eines Landkreises bleiben gut versorgte Gebiete für Neuzugänge gesperrt, während in schlechter ausgestatteten Mittelbereichen zusätzliche Niederlassungs-

Typisch Willich: die Niers, das Schloss, die Grabeskirche Klein Jerusalem und die Schützenfeste.



© Fotos: Michael Pluschke



möglichkeiten für Hausärzte geschaffen wurden. Rund siebzig neue Praxen sind auf diese Weise bereits in Nordrhein entstanden.

Dadurch verbesserte sich die hausärztliche Versorgung vielerorts deutlich. Zum Beispiel in Willich. Anfang des Jahres 2014 kamen zwei Hausärzte und drei Hausärztinnen dazu, eine

davon mit halber Zulassung. In der Bedarfsplanungs-Terminologie erhöhte sich die Zahl also um 4,5 Ärzte. Summa summarum gibt es somit 27,3 Hausärzte, was einem Versorgungsgrad von 90 Prozent entspricht.

Die Entwicklung in Willich zeigt, dass die neue Bedarfsplanung ihren Zweck erfüllt –

Wohlfühl mit Schattenseiten

Zur Hausärztin in eigener Praxis ist Yvonne Brenken über einige Umwege gekommen. Seit Anfang 2014 praktiziert sie in Willich. „Ich fühle mich hier wohl“, sagt Brenken. Die Mutter eines Sohns arbeitete bis 2002 in der Herzchirurgie im Herzzentrum Duisburg – doch dann kam im Rahmen der Familiengründung eine Zeit der außerklinischen Tätigkeit als Ärztin.

Im Jahr 2008 kehrte sie in die Klinik zurück, wandte sich der Inneren Medizin zu und schloss ihre Ausbildung schließlich Anfang 2013 als Fachärztin für Allgemeinmedizin ab. Ihre Weiterbildung absolvierte sie in Krefeld, wo sie mit ihrer Familie lebt. Brenken wollte sich niederlassen, ihr eigener Chef sein – und ging auf die Suche.

In Krefeld wurde die 46-Jährige nicht fündig, im Sommer 2013 hörte sie aber von den freien Sitzen in Willich – von ihrem Haus in Krefeld-Fischeln gerade einmal fünf Kilometer Luftlinie entfernt. Brenken gründete eine Praxisgemeinschaft mit dem Allgemeinmediziner Dr. Uwe Müllejans. „Wir haben ein sehr gutes, kollegiales Verhältnis. Und unsere Schwerpunkte ergänzen sich gut“, sagt Brenken. Müllejans arbeitet zum Beispiel chirotherapeutisch, sie ist in den Disease-Management-Programmen aktiv.

Am 6. Januar 2014 war ihr erster Tag in der eigenen Praxis. Bisläng blieb es recht ruhig

für Brenken in der Praxis, einem umgebauten Einfamilienhaus ein paar hundert Meter vom Ortszentrum entfernt. „Ich bin optimistisch, dass sich dies noch ändert“, sagt Brenken. Einen echten Bedarf für zehn neue Hausarzt-Sitze sieht sie aber nicht. Die Willicher fühlen sich trotz hoher Fallzahlen entweder bei ihren bisherigen Ärzten vor Ort gut betreut – oder konsultieren Praxen in den umliegenden Großstädten, in die viele zur Arbeit pendeln.

Kommunal-politisch herrscht Freude über neue Sitze: Doch die neue Bedarfsplanung zeigt im Einzelfall auch ihre Schattensei-



Yvonne Brenken: Die Allgemeinmedizinerin arbeitet jetzt als selbstständige Hausärztin in Willich

ten. Durch das Angebot neuer Sitze kann der Wert der bestehenden Praxen sinken. Und neue Sitze bedeuten nicht zwangsläufig genug Patienten, um eine Praxis erfolgreich zu führen. Yvonne Brenken ist aber trotzdem zuversichtlich, dass sie sich als Hausärztin in Willich etablieren kann. Erfolg braucht seine Zeit.

allerdings geht die Rechnung nur dann auf, wenn wirklicher Bedarf vorhanden ist und die zusätzlichen Sitze auch besetzt werden können. Das passiert aber nur teilweise.

Kommunen im Wettbewerb

Weitere Hausärzte könnten künftig noch hinzukommen – das ist letztlich abhängig davon, wie attraktiv ein Standort dem Ärztenachwuchs erscheint. „Unter den Standorten, an denen dies möglich ist, herrscht durchaus ein Wettbewerb, bei dem auch die Anziehungskraft einer Kommune eine wichtige Rolle spielt“, sagt Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein.

Willich gehört nach Ansicht von Bürgermeister Josef Heyes (CDU) zu den attraktiveren Kommunen. „Willich hat sich zu einer attraktiven, beliebten Wohnstadt mit einer hervorragenden Infrastruktur in wirklich allen Bereichen entwickelt – gepaart mit der zentralen, großstadtnahen Lage. Das macht Willich zu einem beliebten, prosperierenden Wohnstandort.“

Praxen als Standortfaktor

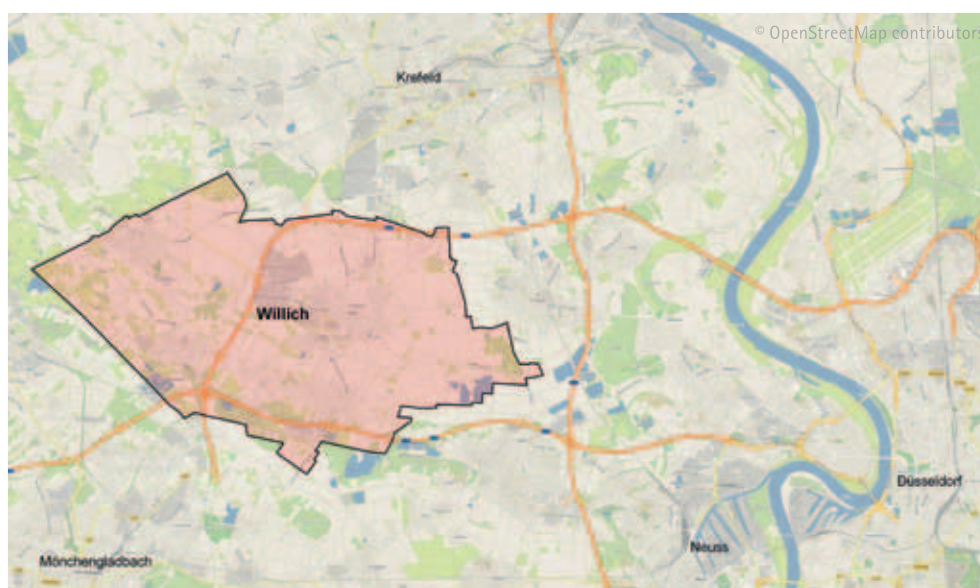
Für den Bürgermeister ist der Zuwachs an neuen Ärztinnen und Ärzten außerordentlich positiv: „Wir waren erfreut zu erfahren, dass sich die Versorgung mit Hausärzten in

so kurzer Zeit deutlich verbessert hat.“ Denn die ärztliche Versorgung sei ein „weicher, aber wesentlicher Standortfaktor, wenn Familien sich für einen Wohnstandort entscheiden“. Niederlassungswillige Ärzte will Willich unterstützen, zum Beispiel beim Finden geeigneter Immobilien, verspricht Heyes.

Zusammen mit Bürgermeister Heyes erörterte der Bundestagsabgeordnete Uwe Schummer (CDU) die Situation der ambulanten Versorgung in einem Gespräch bei der KV Nordrhein in Düsseldorf. „Die neue Bedarfsplanung hat offenbar die richtigen Weichen gestellt, gleichwohl werden wir auch in Berlin an weiteren Stellschrauben drehen müssen, denn nicht alle Probleme können regional gelöst werden. Wir müssen uns vor allem fragen, wie wir mehr Medizinstudierende als bisher für die hausärztliche Tätigkeit gewinnen können.“

Diese Herausforderung sieht auch die KV Nordrhein. Exakt skizziert hat sie es jüngst im Versorgungsreport Nordrhein – und erste Maßnahmen bereits umgesetzt. Die mit den rheinischen Krankenkassen 2012 eingeführte gemeinsame Stipendieninitiative wird im Jahr 2014 auf bis zu 100 Stipendien pro Jahr erweitert. Und wer weiß: Vielleicht lässt sich einer der Geförderten einst in Willich nieder. ■ FRANK NAUNDORF

Willich liegt inmitten des Städtedreiecks Krefeld, Mönchengladbach und Düsseldorf.



VERSORGUNG IN WILLICH

BEVÖLKERUNG

EINWOHNER

Ortsteile: Willich, Schiefbahn, Anrath und Neersen

50.569

KAUFKRAFT

2011 zum Vergleich: Nordrhein Westfalen 43.842 Euro

48.110 €

ALTERSSTRUKTUR 2012



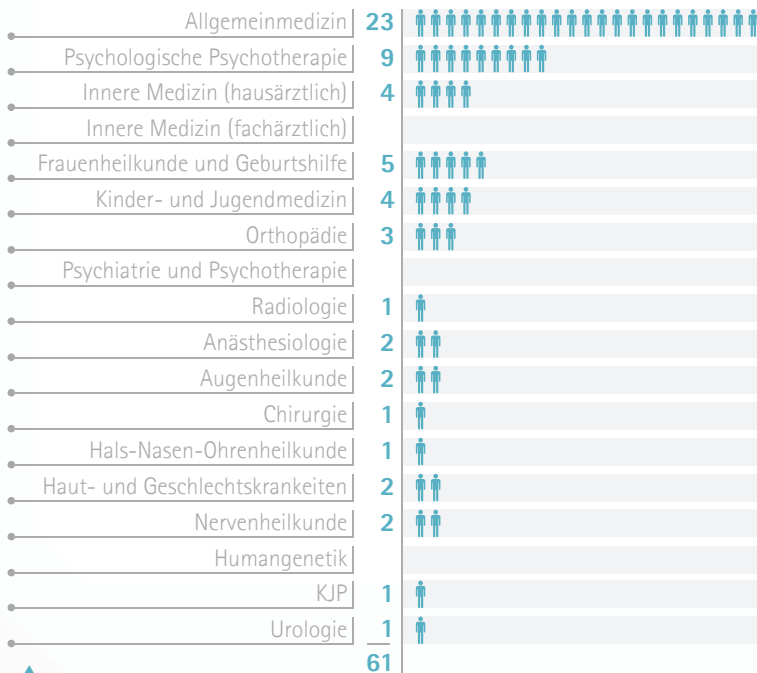
PROGNOSE ALTERSSTRUKTUR 2030



AMBULANTE VERSORGUNG

FACHRICHTUNG

NIEDERGELASSENE ÄRZTE



DAZU KOMMEN:



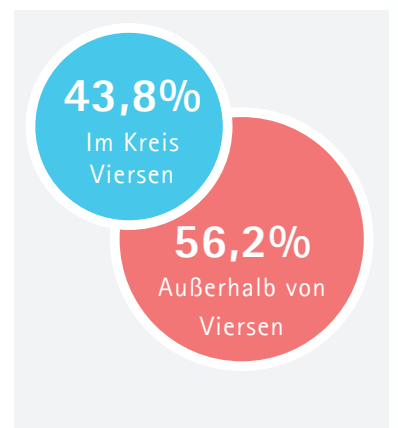
SONSTIGE VERSORGUNG

- 13 Apotheken
- 5 Logopäden
- 1 Sanitätshaus
- 1 Orthopädie-Schuhmacher
- 19 Physiotherapeuten
- 2 Reha-Zentren

EINWOHNER JE HAUSARZT

1.852

WO GEHEN DIE MENSCHEN ZUM FACHARZT?



WEITERE GESUNDHEITS-INFRASTRUKTUR

STATIONÄRE VERSORGUNG

Katharinen-Hospital mit 140 Betten
5035 stationäre Fälle
7202 ambulante Fälle (2010)
Hospital-Schließung Mitte 2014

■ GRAFIK: ANDREA KOCH

Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?

Der neue RLV-Rechenweg

Ab dem 1. Quartal 2014 ändert sich die Berechnung der Regelleistungsvolumen (RLV). Die Veränderungen betreffen vor allem Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Praxen mit angestellten Ärzten. Bei Einzelpraxen bleibt alles wie gehabt.

Die Berechnung der RLV zeigen wir im Folgenden anhand fiktiver Beispiele. Bitte beachten Sie, dass für die Bestimmung der RLV-Fälle nur Fälle zählen, auf denen eine RLV-relevante EBM-Position abgerechnet wurde.

Vereinheitlichte Fallzahlverteilung (fachgleiche BAG und fachübergreifende BAG)

Seit Anfang dieses Jahres verteilt die KV Nordrhein die RLV-Fälle gemessen an den Arztfällen jedes Arztes. Wenn zwei Ärzte RLV-relevante Leistungen auf einem Behandlungsfall abrechnen, entstehen dadurch zwei Arztfälle. Der Behandlungsfall wird somit für die Verteilung anteilig den beiden Ärzten zugeordnet.

Beispiel: Eine hausärztlich-gynäkologische BAG mit zwei Hausärzten und einem Gynäkologen behandelte gemeinsam 2.200 Patienten. Hausarzt A rechnete 600 Arztfälle ab, Hausarzt B 1.000 Arztfälle, der Gynäkologe 900 Arztfäl-

le. Dies entspricht insgesamt 2.500 Arztfällen. Die prozentuale Relation der Arztfälle zueinander wird angewendet auf die Verteilung der RLV-Behandlungsfälle, sodass Hausarzt A 528 RLV-Fälle (24 Prozent) zugeschrieben werden, Hausarzt B 880 RLV-Fälle (40 Prozent) und dem Gynäkologen 792 RLV-Fälle (36 Prozent).

Für fachübergreifende BAGs ändert sich somit die Bezugsgröße bei der RLV-Fallzahlverteilung von der Grund- bzw. Versichertenpauschale zum Arztfall. Für Ärzte einer fachgleichen BAG ändert sich die Zuweisung der RLV-relevanten Fälle insofern, dass das prozentuale Verhältnis der Arztfälle den Anteil für die zuzuweisenden Behandlungsfälle je Arzt bestimmt.

Fallzahlverteilung nach alter Systematik (fachgleiche BAG)

Nach den bis Ende 2013 gültigen Regelungen zur Fallzahlverteilung, wurden die RLV-relevanten

Abrechnungsberatung

Bezirksstelle Düsseldorf

Olga Lykova

Telefon 0211 5970 8704

Telefax 0211 5970 8613

E-Mail olga.lykova@kvno.de



Bezirksstelle Köln

Jasmin Krahe

Telefon 0221 7763 6446

Telefax 0221 7763 5446

E-Mail jasmin.krahe@kvno.de

Andreas Bäcker

Telefon 0211 5970 8703

Telefax 0211 5970 9704

E-Mail andreas.baecker@kvno.de



Michael Sybertz

Telefon 0221 7763 6447

Telefax 0221 7763 5447

E-Mail michael.sybertz@kvno.de

ten Behandlungsfälle (BHF) in einer fachgleichen BAG arithmetisch auf alle Ärzte verteilt.

Beispiel: Eine hausärztliche Zweier-Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) behandelte 1244 Patienten. Die Fallzahl hat die KV Nordrhein in diesem Fall gemittelt und den beiden Ärzten jeweils hälftig zugeteilt, also jeweils 622 Behandlungsfälle. Verteilt wurden diese bis dato also unabhängig davon, ob Arzt A mehr Patienten behandelt als Arzt B.

Fallzahlverteilung nach alter Systematik (fachübergreifende BAG)

Bis Ende 2013 wurden die Fälle in einer fachübergreifenden BAG verteilt gemäß der Relation der abgerechneten Grund- bzw. Versichertenpauschalen der vertretenen ärztlichen Professionen.

Beispiel: Eine chirurgisch-orthopädische BAG, bestehend aus zwei Ärzten, behandelten gemeinsam 1.700 Patienten. Die BAG rechnete 900 chirurgische und 1.100 orthopädische Grundpauschalen ab. Die 1.700 Fälle verteilt die KV im Verhältnis der Grundpauschalen zueinander: der chirurgische Anteil lag bei 45 Prozent, der orthopädische Anteil an den Grundpauschalen bei 55 Prozent. Gemäß dieser Relation werden die RLV-Fälle verteilt. Dem Chirurgen schrieb die KV 765 Fälle, dem Orthopäden 935 Fälle zu.

Abstaffelungsregelung


Im Rahmen der veränderten Fallzahlverteilung im RLV wurde die Vorgehensweise bei der sogenannten Fallzahlabstaffelung geändert. Ab einer Behandlungsfallzahl von über 150 Prozent des Fachgruppenschritts werden (in Abhängigkeit vom Überschreitungsgrad) Behandlungsfälle mit einem ab-

gestaffelten Fallwert berechnet. In der ersten Stufe der Abstaffelung beträgt die Bewertung 75 Prozent, in der zweiten Stufe 50 Prozent und in der dritten Stufe 25 Prozent des vollen Fallwertes. Jetzt erfolgt diese Fallzahlabstaffelung arztgruppenbezogen und nicht mehr individuell bzw. arztbezogen.

Beispiel: Der Fachgruppenschritts des nordrheinischen Hausarztes mit vollem Versorgungsauftrag lag im 1. Quartal 2014 bei rund 800 Behandlungsfällen. Bei einer hausärztlichen Zweier-BAG greift die Abstaffelung folglich ab 2.400 Behandlungsfällen (800 Fälle x 2 x 1,5 = 2.400 Fälle). Hausarzt A rechnet 1.550 und Hausarzt B 650 Patienten ab. Hausarzt A liegt mit seiner Fallzahl somit über der Schwelle von mehr als 150 Prozent des Fachgruppenschritts. Da jedoch die gesamte BAG (also Hausarzt A und Hausarzt B) gemeinsam nicht mehr als 2400 Patienten behandelten, werden alle Fälle zum vollen Fallwert berechnet. Mit anderen Worten: In diesem Fall gibt es keine Abstaffelung. ■ OLGA LYKOVA | ANDREAS BÄCKER

Mitteilung zum Regelleistungsvolumen

Die RLV-Mitteilung weist regelmäßig nur noch die Daten für die gesamte Betriebsstätte auf – und nicht mehr für die einzelnen Mitglieder. Die dezidierte Aufschlüsselung versendet die KV Nordrhein, wenn alle Mitglieder zustimmen.

 Datum: TT.MM.JJJJ Abrechnungsquartal: Q/JJJJ Seite: 1	
Regelleistungsvolumen (RLV) und ggfs. qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) 2. Quartal 2014	
Gesamtübersicht RLV und QZV der Betriebsstätte Name der Betriebsstätte	Betriebsstätten-Nr. XX XX XXX XX
RLV-relevante Fallzahl der Betriebsstätte	2.401,00
RLV-Fallzahlen bis 150 %	2.400,00
RLV-Fallzahlen zwischen 150 % bis 170 %	1,00
RLV-Fallzahlen zwischen 170 % bis 200 %	0,00
RLV-Fallzahlen über 200 %	0,00
RLV für Fallzahlen bis 150 % der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe	89.688,00
RLV für Fallzahlen zwischen 150 bis 170 % der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe	28,03
RLV für Fallzahlen zwischen 170 bis 200 % der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe	0,00
RLV für Fallzahlen über 200 % der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe	0,00
Regelleistungsvolumen	89.716,03
Regelleistungsvolumen inkl. Kooperationszuschlag	98.687,63
Regelleistungsvolumen inkl. Gewichtungsfaktor Versichertenstruktur	98.885,01
Regelleistungsvolumen der Betriebsstätte	98.885,01
Qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen der Betriebsstätte	1.500,00
Summe RLV + QZV der Betriebsstätte	100.385,01

Impfschutz für alle

Viele Schutzimpfungen haben über den Schutz des geimpften Individuums hinaus auch einen protektiven Charakter für den Rest der Bevölkerung. Dies wird als Herdimmunität bezeichnet. Alle Akteure im Gesundheitswesen sollten für das Ziel arbeiten: den Impfschutz für Jeden. Unter diesem Motto stand der Impftag Nordrhein-Westfalen, der am 12. Februar in Düsseldorf stattfand.

Auf das gemeinsame Ziel konnten sich die Teilnehmer aus Praxis, Politik und Gesundheitsdienst leicht einigen. Doch der Weg zur angestrebten hohen Durchimpfungsrate ist mit Hürden versehen. Der Kölner Kinder- und Jugendarzt Dr. Detlev Geiß wies auf verschiedene Probleme hin. So sei beispielsweise das Beschaffen von Impfstoffen über den Sprechstundenbedarf umständlich. Auch würden die erforderlichen ärztlichen Tätigkeiten von der Beratung bis zur ärztlichen Impftätigkeit ungenügend honoriert.

Spagat der Gesundheitsämter

Der öffentliche Gesundheitsdienst kämpft einerseits mit finanziellen Kürzungen und muss sich andererseits höheren Anforderungen, wie dem Impfen von Migranten stellen. Verständigungsprobleme wegen fehlender Sprachkenntnisse oder unterschiedliche gesundheitliche Vorbedingungen im Heimatland (zum Beispiel

das Fehlen von Impfpass) erschweren den Gesundheitsämtern das Impfmanagement. Mehr Zeit und Personal wären nötig, doch den Ämtern fehlen die Ressourcen.

Masernausbrüche, die in den vergangenen Jahren auch in Deutschland vor-

gekommen sind, wären vermeidbar. Doch ohne Hilfestellungen sowohl der Kostenträger als auch der Politik ist das nicht zu erreichen. Ein Grund: Mit der Akzeptanz der Bevölkerung ist es nicht zum Besten bestellt. Einzelne Kampagnen, wie die derzeitige „Suche nach dem Impfpass“, reichen nicht aus.

Unkenntnis führt zu Unsicherheit. Dagegen hilft eine konsequente und regelmäßige Kommunikation. Zum Beispiel beim Thema Adjuvantien, die während der H1N1-Pandemie („Schweinegrippe“) als möglicher Risikofaktor in den Fokus geraten waren. Dabei sind Adjuvantien bereits seit über 90 Jahren bekannt. Dr. Jens Vollmar, Leiter des Fachbereiches Impfstoffe beim Hersteller Glaxo Smith Kline, wies darauf hin, dass Adjuvantien die Immunantwort verbessern können sowie den Immunschutz erhöhen und verlängern. Besonders bei chronisch Kranken oder Älteren sei dies bedeutsam.

Forderungen des Impftages: Kontinuierliche Kampagnen sollten die Impfbereitschaft erhöhen, koordinierte Impfstrategien die veränderten gesellschaftlichen Gegebenheiten berücksichtigen und die Rahmenbedingungen des Impfens sollten verbessert werden. Neben diesen großen Forderungen sind auch scheinbar kleine Dinge zu tun: So gibt es nach der aktuellen Studienlage auch Impfplücker bei Ärzten – und um das gemeinsame Ziel zu erreichen, könnten diese schon heute mit gutem Beispiel vorangehen. ■ DR. MED. PATRICIA SHADIACHY

Impfquoten bei Schulanfängern in NRW (2011)		
Polio		93,2
Tetanus		95,2
Diphtherie		95,1
Hepatitis B		82,4
Hib		91,9
Pertussis		94,6
Masern		94,1
Mumps		93,9
Röteln		93,9

Quelle: Landeszentrum für Gesundheit NRW

Dokumentation diesseits der Bürokratie

Dr. Dagmar M. David

Ärztliche Dokumentation ist seit jeher Teil der ärztlichen Arbeit. Ärzte arbeiten sorgfältig und wollen auch nach Jahren bestimmte Verläufe nachvollziehen können – nicht zuletzt, weil sich einige Krankheiten sehr lange „tarnen“ oder die Vorgeschichte entscheidend für prognostische Aussagen sein kann. Das sind gute Gründe für sorgfältiges Dokumentieren. Es gibt aber noch mehr, meint Dr. Dagmar M. David vom Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN).

Die Berufsordnung für die nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte schreibt in Paragraf 10 vor: „Ärztinnen und Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. (...) Diese sind nicht nur ärztliche Gedächtnisstützen, sie dienen auch dem Interesse der Patientin oder des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.“

Doch was sind im Einzelfall „die erforderlichen Aufzeichnungen“? Juristen verweisen an dieser Stelle immer auf den zitierten Text und sagen, das können nur Ärztinnen und Ärzte wissen. Hochrichterlich wurde festgestellt, dass Ärztinnen und Ärzte nur das dokumentieren müssen, was medizinisch wichtig ist und nichts aus juristischen Gründen.

Der Vorwurf, dass Gerichte „weltfremde“ Vorstellungen hätten, was alles zu dokumentieren wäre, taucht immer wieder auf, aber letztendlich sind es die ärztlichen Sachverständigen, die auf eine vollständige Dokumentation angewiesen sind, um nachvollziehen zu können, ob sorgfältig gearbeitet wurde.

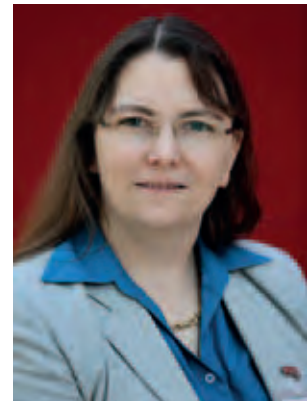
Bedenken Sie: Immer wenn es im Zusammenhang mit Behandlungen Fragen gibt, kommt es auf Ihre Dokumentation an. Die Zeit, die Sie in eine angemessene Dokumentation stecken, kann Ihnen unterm Strich sogar Zeit und Ärger sparen.

Hatten Sie Nachfragen zu Verordnungen, drohte ein Regress? Dann konnten Sie das Problem, das ein Jahr zuvor entstanden ist (solange dauert die Verarbeitung und Prüfung dieser Daten) vielleicht schnell aus der Welt schaffen, weil Sie die Besonderheiten Ihrer Praxis gut dokumentiert vorlegen konnten.

Sie haben Post von Ihrem Kreisstellen-Vorsitzenden bekommen, weil sich ein Patient beklagt hat? Dann konnten Sie die Stellungnahme vielleicht leicht abgeben, weil Sie anhand der Dokumentation genau wussten, was damals los war. Bei Behandlungsfehler-Vorwürfen sind Ihre Unterlagen der Schlüssel für hinzugezogene Sachverständige, um ein Gutachten abzugeben.

Wie dies ausfällt, hängt dann weitgehend von Ihrer Dokumentation ab. Und sollten unter Ihnen wis-

senschaftlich Interessierte sein, so könnten Ihre Unterlagen Material für die Beantwortung wichtiger Fragen der Versorgungsforschung liefern.



Dr. Dagmar M. David, MPH

Tun Sie sich selbst einen Gefallen und dokumentieren Sie so, dass ein Beobachter vom Fach nachvollziehen kann, was Sie gemacht haben. Vieles ist mit wenigen Worten festgehalten und Kürzel sind nicht verboten. Was Sie nicht dokumentieren, stufen Juristen im Zweifel als „nicht gemacht“ ein. Wer sorgfältig arbeitet und diese Sorgfalt dokumentiert, der darf letztendlich auch irren und falsche Schlussfolgerungen ziehen.

Der Markt der Möglichkeiten

Der „Markt der Möglichkeiten“ – eine Veranstaltung der ZTG, Zentrum für Telematik und Telemedizin GmbH, gemeinsam mit ihren Gesellschaftern – lockte am 26. Februar 2014 rund 250 Teilnehmer ins Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft. Auf drei Themeninseln präsentierten sich eHealth-Anwendungen, die schon heute zu mehr Qualität und Effizienz im medizinischen Alltag beitragen können.



Die auf dem „Markt der Möglichkeiten“ präsentierten Telemedizin-Anwendungen beeindruckten die Besucher aus Kliniken, Politik und Praxen. Sie bieten hohen Nutzen, von dem die Patienten profitieren.

Die Experten auf Themeninsel 1 stellten telemedizinische Lösungen vor, die die Behandlung chronisch Kranker ergänzen und erleichtern können. Gezeigt wurde der Fall einer 44-jährigen, adipösen Patientin, die nach einem Sturz über Probleme mit dem Sprunggelenk klagt. Konventionelle Aufnahmen des niedergelassenen Radiologen zeigen eine Fraktur.

Daheim und unterwegs – Mobilität durch Telemedizin

Zur weiteren Abklärung werden die Aufnahmen über das Netzwerk des Westdeutschen Teleradiologieverbundes per Dicom-E-Mail an das weiterbehandelnde Krankenhaus verschickt. Der Aufnahmearzt sichtet die Daten über die hausinterne Bildverteilung und veranlasst die Aufnahme zur OP. Auch poststationär tauschen sich die beteiligten Mediziner über die Entwicklung der Patientin aus – teils über mobile Endgeräte (zum Beispiel Tablet, Smart-

phone). Zu diesem Zweck werden alle Bilder in die elektronische Fallakte der Patientin eingestellt. (VISUS Technology Transfer GmbH)

Während des stationären Aufenthalts wird bei der Patientin eine arterielle Hypertonie diagnostiziert. Zur Einstellung der Medikation ist poststationär eine regelmäßige Blutdruckmessung erforderlich. Ein begleitendes Telemonitoring unterstützt die Patientin hierbei, indem Blutdruckwerte über die Versorgungsplattform „medPower“ an die behandelnden Ärzte versendet werden. Bei Auffälligkeiten wird die Patientin direkt in die ärztliche Praxis einbestellt. (SVA System Vertrieb Alexander GmbH)

Darüber hinaus wird der Patientin empfohlen, ihr Gewicht zu reduzieren, um weitere Risikofaktoren zu minimieren. Der „Adipositas Begleiter“ – eine App mit ergänzender telefonischer Betreuung – unterstützt sie u.a. dabei, neue Verhaltensweisen zur Gewichtsreduktion in ihren Alltag aufzunehmen. (Sanvartis GmbH)

Hand in Hand – Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten

Wie die Kooperation und Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten IT-unterstützt umgesetzt werden kann, machte Themeninsel 2 deutlich. Vorgestellt wurde eine 54-jährige Patientin, die ihre Hausärztin aufgrund akuter Herzprobleme aufsucht. Diese überweist die Patientin direkt zum Facharzt. Der

niedergelassene Kardiologe ordnet eine Koronarangiographie an, bei der eine Verengung der Herzgefäße festgestellt wird.

Um eine eindeutige Diagnose stellen und Behandlungsempfehlungen formulieren zu können, zieht der Kardiologe konsiliarisch eine Herzchirurgin (Klinik) hinzu. Zu diesem Zweck werden die Bild- und Befunddaten in eine IHE-konforme Patientenakte übertragen. Kardiologe und Herzchirurgin entscheiden, dass unter Berücksichtigung der vorliegenden klinischen Parameter und Befunde eine Bypass-OP in der Klinik durchgeführt werden soll. *(März Internetwork Services AG)*

Nach kurzer postoperativer Rekonvaleszenzphase wird die Patientin mit unauffälligem Verlauf in eine Reha-Klinik verlegt. Im Rahmen der weiteren Genesung tauchen Probleme auf (Tachykardie). Die betreuenden Medizinerinnen und Mediziner der Reha-Klinik befürchten das Auftreten einer Lungenembolie. Aufgrund der Komplexität des Falles beschließen sie, eine Zweitmeinung einzuholen. Die intensivmedizinische Expertise wird via Videokonferenz aus dem Uniklinikum Aachen hinzugezogen. Gemeinsam entwickeln die Ärzte beider Kliniken eine Behandlungsstrategie. *(Healthcare IT Solutions GmbH/Uniklinik Aachen)*

Nach der Entlassung aus der Reha-Klinik sucht die Patientin ihre Hausärztin und ihren niedergelassenen Kardiologen auf. Über eine elektronische Patientenakte mit integriertem Arzneimittelmodul sind die Behandelnden stets über den Therapieverlauf informiert. Eventuell bestehende Kontraindikationen bei der Medikation werden im Rahmen einer Arzneimitteltherapiesicherheitsprüfung angezeigt. *(PDE PIE Data Elektronik GmbH)*

Hand in Hand – Berufsgruppen-übergreifende Kommunikation

Themeninsel 3 veranschaulichte anhand der Geschichte einer multimorbiden, 93-jährigen Patientin, welchen Beitrag eHealth für die in-

terdisziplinäre, intersektorale Versorgung leisten kann. Bei der Patientin wird Brustkrebs diagnostiziert. Zur operativen Behandlung wird sie in eine Klinik eingewiesen.

Aufgrund der Multimorbidität besteht erhöhter Pflegebedarf. Sie wird daher direkt bei der Aufnahme ins Krankenhaus in ein IT-gestütztes Entlassmanagement aufgenommen, um die poststationäre Nachsorge durch die berufsgruppenübergreifende Nutzung von IT-Lösungen sicherzustellen. *(com2health GmbH)*

Nach erfolgreicher operativer Entfernung des Tumors wird eine ambulante Chemotherapie angeschlossen. Die Weiterbetreuung erfolgt in einem interprofessionellen Versorgungsteam aus Onkologen, Strahlentherapeuten, dem Hausarzt, dem ambulanten Pflegedienst und weiteren Professionen, die sich über eine gemeinsame medizinische Fallakte (EFA 2.0) und eine IT-Plattform über den Behandlungsverlauf austauschen. *(com2health GmbH/März Internetwork Services AG)*

Mit der Zeit verschlechtert sich der Gesundheitszustand der Patientin. Einige Wochen später stellt sie sich mit starken Rückenschmerzen orthopädisch vor. Ein Röntgenbild ergibt Metastasen der Wirbelkörper mit pathologischer Fraktur. Der betreuende Onkologe empfiehlt eine Palliativ-Behandlung und weist aufgrund der Komplexität des Falls in die Palliativmedizin am Uniklinikum Aachen ein. Das Palliativdatenset wird im Krankenhausinformationssystem „medico“ erfasst und eine Palliativ-Fallakte erstellt.

Anschließend folgt eine allgemeine ambulante Palliativversorgung. Die Patientin wird an eine entsprechende wohnortnahe Pflegeeinrichtung überwiesen. Mit der Palliativakte können medizinische Daten per iPad direkt am Krankenbett erfasst und abgerufen werden. So sind wichtige Informationen für alle an der Palliativversorgung Beteiligten verfügbar. *(Uniklinik Aachen)* ■ ANNE WEWER, ZTG

Interessierte können sich auf der ZTG-Webseite über aktuelle Entwicklungen im Bereich Telematik und Telemedizin informieren. Ein Video zum Markt der Möglichkeiten ist ebenfalls verfügbar unter www.ztg-nrw.de KV | 140429

Studien, die die Welt nicht braucht...

„Das deutsche Gesundheitssystem vergeudet Geld; würden die Mittel besser eingesetzt, könnten Patienten schwere Krankheiten überleben“, so titelte die Welt am Sonntag am 19. Januar. Grundlage der Berichterstattung: Eine aktuelle Auswertung der Wirtschaftsberatungsgesellschaft KPMG, die nach eigenem Bekunden „Expertenwissen für Klarheit in einer immer komplexeren Welt“ liefert.

Teure Behandlungen bei gleichzeitig nur mittelmäßigen Ergebnissen – so lautet die Quintessenz der KPMG mit Bezug auf das deutsche Gesundheitssystem. Die Autoren bemühen damit die altbekannte Formel, wonach die Versicherten hierzulande einen Mercedes bezahlen, für ihr Geld aber allenfalls einen Golf erhalten.

Herauslesen wollen die Berater ihren Befund aus der OECD-Gesundheitsstatistik. Spätestens ein zweiter Blick auf die exklusiv der Welt am Sonntag überlassenen Studienergebnisse offenbart: Die Reduktion von Komplexität im Gesundheitssystemvergleich ist analytisch und methodisch ein dickes Brett. Offenbar zu dick für KPMG.

Beispiel 1: Als Beleg für die allenfalls durchschnittliche Qualität des deutschen Gesundheitssystems führen die KPMG-Autoren den vergleichsweise hohen Anteil von Brustkrebspatientinnen an, die in Deutschland an ihrer Erkrankung sterben. Dabei wird ignoriert, dass die krankheitsspezifische Sterblichkeit in erster Linie damit zusammenhängt, wie häufig die betreffende Krankheit in einem Land überhaupt diagnostiziert und als todesursächlich dokumentiert wird.

Beide Punkte sagen aber nur wenig über die Qualität des jeweiligen Gesundheitswesens aus. Weit geeigneter als Qualitätsparameter in diesem Kontext wäre die Fünf-Jahres-

Überlebensrate bei Krebserkrankungen. Auch hierzu gibt es Daten der OECD. Sie zeigen Deutschland bei Brustkrebs mit 85 Prozent in der europäischen Spitzengruppe, knapp hinter Schweden und Norwegen mit je 86 Prozent. Gleiches gilt für die Behandlung des Kolonkarzinoms. Hier haben Patienten in Deutschland im europäischen Vergleich sogar die höchsten Überlebenschancen.

Beispiel 2: Das deutsche Gesundheitssystem ist seinen hohen Preis nicht wert – so die KPMG-Berater. Hoher Preis? Bezogen auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) geben nur die Niederlande (11,9 Prozent) und Frankreich (11,6) mehr Geld aus als Deutschland (11,3). Soweit, so gut. Der Anteil der Gesundheitsausgaben ist aber nur einer von mehreren Indikatoren für die Gesundheitsausgaben einer Nation – und nicht unbedingt der Bestgeeignete. Nach anderen Messzahlen (zum Beispiel den Ausgaben pro Kopf korrigiert nach Kaufkraftparitäten) rangiert Deutschland im Ranking der Industriestaaten wesentlich niedriger.

Beispiel 3: Die OECD-Statistik beinhaltet Daten, die die hohe Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland belegen. Diese aber bleiben in der KPMG-Studie unerwähnt. Klare und weltweit anerkannte Pluspunkte für Deutschland sind der umfangreiche Leistungskatalog und der leichte Zugang der Versicherten sowohl zur Basis- als auch zur Spitzenversorgung.

Ein unbestechlicher Indikator hierfür sind Wartezeiten für planbare Eingriffe. Diese tendieren in Deutschland gegen Null – allem politischen Aktionismus dieser Tage zum Trotz. Ganz anders stellt sich die Situation in den nationalen Gesundheitsdiensten Süd- und Nordeuropas dar. Hier führen die Wartezeiten von durchschnittlich 100 bis 150 Tagen laut OECD „zu großer Unzufriedenheit, weil die erwarteten Eingriffe aufgeschoben werden, während die Schmerzen und Einschränkungen bestehen bleiben“.

Vorteil für Deutschland auch in puncto Patientenzufriedenheit; ganz besonders im ambulanten Sektor. Ausdrücklich gilt dies laut OECD auch für die Konsultationsdauer, die der Arzt seinen Patienten widmet und seine Offenheit für deren Fragen. Dabei wird das Arzt-Patienten-Gespräch im nationalen Diskurs durchaus kritisch beurteilt. Auch von den Ärzten selbst, die ganz erheblich unter den problematischen Systemanreizen als Folge der gesetzlichen Honorarbegrenzungen leiden.

Fazit: Die Erkenntnisse der KPMG-Untersuchung sind dürftig. Ungewöhnlich bis ärgerlich ist zudem das Gebaren rund um deren „Veröffentlichung“. Diese findet zunächst nämlich überhaupt nicht statt. Erst vier Wochen nachdem die Welt am Sonntag die Studie exklusiv vermarkten darf, ist der zwölf Seiten (!) umfassende Text im Netz zu finden. Zwischenzeitlich ist das Medieninteresse längst abgeebbt. Das Kalkül scheint also aufzugehen: Geschickt entziehen sich die Autoren damit der fachlichen Diskussion – etwa um die Methodik ihrer Untersuchung.

Denn gerade in dieser Hinsicht kann das KPMG-Papier am allerwenigsten überzeugen: Kein einziges der für den Ländervergleich herangezogenen Qualitätsmerkmale wurde von den Autoren unter methodischen Aspekten kommentiert, geschweige denn kritisiert. So ist beispielsweise kaum nachvollziehbar, warum der Alkoholkonsum pro Kopf ein geeigneter Maßstab für

die Leistungsfähigkeit nationaler Gesundheitssysteme sein soll.

Die methodische Eigenleistung der KPMG bestand lediglich darin, einen Mittelwert zu bilden; und zwar – entgegen fachlicher Standards – aus den Rängen der ungewichteten OECD-Einzelindikatoren. Wenn am Ende aus diesem Kessel Bunt für das deutsche Gesundheitswesen Rang 8 von 24 herauskommt, ist dies ebenso aussagekräftig wie die nach exakt derselben Methode errechnete Bundesliga-Tabelle, bei der Bayern München auf Rang 6 stünde ...

Tröstlich für die Autoren mag der Hinweis sein, dass sich mit Ländervergleichen auch namhafte Experten in der Vergangenheit nicht immer mit Ruhm bekleckert haben. Nicht zuletzt gilt dies für die OECD selbst, die mit gelegentlich fragwürdigen Ranglisten massive und berechtigte Kritik erfahren musste.

■ SIMONE GRIMMEISEN

Bayern München im Ranking à la KPMG: Trotz teurer Spieler nur mittelmäßige Qualität

Rang	Club	KPMG- Index
1	 Borussia Dortmund	2333
2	 Hamburger SV	2188
3	 Bayer Leverkusen	1667
4	 VfL Wolfsburg	1556
5	 Hannover 96	1429
6	 Bayern München	1373
7	 FC Schalke 04	1321
8	 Bor. Mönchengladbach	1186
9	 1899 Hoffenheim	1077
10	 Hertha BSC	1077
11	 FC Augsburg	1029
12	 VfB Stuttgart	1029
13	 Eintracht Frankfurt	1000
13	 1. FC Nürnberg	959
15	 Werder Bremen	897
16	 SC Freiburg	795
17	 1. FSV Mainz 05	787
18	 Eintracht Braunschweig	700

Der Tabelle liegen folgende Indikatoren zugrunde: Tore, Quote verwandelter Elfmeter, Durchschnittsalter, Ballbesitz in Prozent, gewonnene Zweikämpfe, Chancen auf Kopfballtor, Anzahl Abseits pro Spiel

Quelle: Bild.de/Spieltags-Statistiken, Stand 12. Februar 2014

Idee und Berechnung: Miguel Tamayo (KVNO) unter Anwendung der KPMG-Indexmethode

MFA treffen Selbsthilfe

Die Deutsche Gesellschaft für bürgerorientiertes Versorgungsmanagement hat das Buch „Leuchttürme, Praxisbeispiele und Erfahrungen aktiver Patientenbeteiligung“ herausgegeben. Es bietet einen Überblick über Projekte, die in besonderer Weise die Bedürfnisse der Patienten aufnehmen. Darunter ist auch das Fortbildungskonzept für Praxispersonal der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Die Fortbildungsreihe läuft seit 2009 unter dem Titel „Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“. Basierend auf einem Manual der Kooperationsberatungsstellen für Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA) wurden 666 Medizinische Fachangestellte in 18 Veranstaltungen an zwölf Orten zum Thema ‚Patientenorientierung und Selbsthilfe‘ geschult.

Ein wichtiger Kooperationspartner der KOSA waren die regionalen Selbsthilfekontaktstellen, besonders in der Region Aachen, Bonn und Düren. Gemeinsam wurden die Veranstaltungen organisiert und die Ansprechpartner der örtlichen Patientenorganisationen einbezogen.

MFA und Selbsthilfe-Vertreter beim Austausch in Aachen.

Bedürfnisse der Patienten

Auf dieser wohnortnahen Fortbildung konnten die Medizinischen Fachangestellten regionale Vertreter aus der Selbsthilfe kennenlernen. Diese gaben aus ihrer Patientensicht Empfehlungen zum Umgang mit Patienten. Ein Beispiel: Nimmt man wahr, dass jemand in Not ist, zum Beispiel aufgrund einer chronischen Krankheit oder weil der Partner Alkoholiker ist, sollte man dies behutsam ansprechen: „Kann es sein, dass es Ihnen heute nicht so gut geht? (...) Es gibt noch mehr Leute, die Ähnliches erleben. Ich gebe Ihnen mal einen Flyer, damit können Sie sich informieren. Einen Versuch ist es wert.“ Oder: Kurz nach einer schwerwiegenden Diagnose können Patienten keine wichtigen Informationen aufnehmen, auch hier macht es Sinn, schriftliche Informationen mitzugeben. Die Selbsthilfe-Mitglieder sensibilisierten die Seminar Teilnehmerinnen für Möglichkeiten, sich gezielter auf Bedürfnisse und Befindlichkeiten der Patientinnen und Patienten einzustellen.

Aufgrund der guten Resonanz hat die KV Nordrhein die Fortbildungsreihe fortgesetzt – allerdings mit neuem Schwerpunkt. Im Fokus stehen nun psychische Erkrankungen. Mit dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte konnte die KOSA zudem einen weiteren kompetenten Kooperationspartner gewinnen. In den vergangenen Monaten haben schon 13 Termine mit 315 Teilnehmerinnen stattgefunden.

■ STEPHANIE THEISS



Hygienebeauftragte für die Praxis

In Einrichtungen für ambulantes Operieren muss ein Arzt eine Fortbildung zum Hygienebeauftragten absolviert haben. Dies verlangt das Infektionsschutzgesetz. Praxen, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, müssen zumindest einen hygienebeauftragten Mitarbeiter benennen.

Im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes hat der Gesetzgeber rechtliche Grundlagen zur Verbesserung der Hygienesituation in medizinischen Einrichtungen geschaffen. Einzelheiten regeln landesspezifische Verordnungen.

In NRW gilt die Verordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren (nach Paragraf 115b des Sozialgesetzbuchs V), Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken. Hier muss ein Arzt zum Hygienebeauftragten bestellt werden.

Fortbildungen

Die Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung bietet mehrere Kurse für Hygienebeauftragte an:

Hygienebeauftragter Arzt:

Kurs 1: 9./10. Mai und 28. Juni

Hygiene und Desinfektion in der Arztpraxis für Medizinische Fachangestellte:

Fortbildung 1: 14. Mai

Fortbildung 2: 18. Juni

Mehr Infos unter www.akademienordrhein.info

Anmeldung

Nordrheinische Akademie

Kirsten Lautenschlager

Telefon 0211 4302 2848

E-Mail lautenschlager.akademie@aekno.de

Der Hygienebeauftragte Arzt muss über Kenntnisse und Erfahrungen in der Hygiene und Infektionsprävention verfügen, fachlich weisungsbefugt sein und an einer Fortbildung in der Hygiene mit Erfolg teilgenommen haben. Hygienebeauftragte sind verpflichtet, sich laufend mit den neuesten Erkenntnissen über die Hygiene vertraut zu machen und müssen mindestens alle zwei Jahre an einer Hygiene-Fortbildung teilnehmen.

Invasive Eingriffe

Arztpraxen, die invasive Eingriffe durchführen, müssen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festlegen; dabei gilt bereits die Blutabnahme oder die Akupunktur als invasiver Eingriff. Außerdem müssen die Praxen eine Hygienebeauftragte oder einen Hygienebeauftragten benennen. Dies kann ein nichtärztlicher Mitarbeiter sein oder der Arzt selbst. Die Praxisleitung trägt die Gesamtverantwortung und muss die Eignung und fachliche Qualifikation der benannten Person sicherstellen.

■ FRANK NAUNDORF

Mehr Infos bei der Hygieneberatung der KV Nordrhein und unter www.kvno.de | [KV | 140433](https://www.kvno.de)



Dank hoher Hygienestandards sind Infektionen bei Operationen selten. Der Gesetzgeber verlangt, dass OP-Zentren einen Arzt als Hygienebeauftragten benennen.

Trinkwasserhygiene in Praxen

Trinkwasser als Reservoir für Krankheitserreger ist nicht erst seit dem Legionellenausbruch in Warstein im Sommer vergangenen Jahres bekannt. Immer wieder wird auch von Infektionen mit *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella* spp. und anderen Krankheitserregern berichtet, die im Zusammenhang mit wasserführenden Systemen stehen.

Trinkwasser ist nicht steril. Es wird vom Wasserversorger, zum Beispiel den Stadtwerken, keimarm geliefert, damit keine Infektionsgefahr davon ausgeht. Ab der Übergabestelle ist der Hauseigentümer bzw. der Betreiber dafür zuständig, dass sich die Keime nicht in solchen Maßen vermehren, dass sie die Gesundheit schädigen können.

Eine Maßnahme, um dieser Pflicht nach zu kommen, ist das regelmäßige Spülen von selten genutzten Leitungen. Durch diese Maßnahmen lässt sich die Biofilmbildung minimieren.

Achtung: Totleitungen

Bei einem Rückbau von Armaturen sollte die Installation bis zur nächst größeren Leitung bzw. Abzweigung zurückgebaut werden. Seltener genutzte oder nicht zurückgebaute Leitungen (sogenannte „Totleitungen“) bieten den hydrophilen Keimen, wie Pseudomonaden

und Legionellen, optimale Bedingungen zum Wachstum: Wasser, Zeit, Nährstoffe und eine ideale Temperatur. Die im Wasser befindlichen Keime könnten durch Aerosole während eines Wundverbands übertragen werden oder durch die von der Wasserarmatur kontaminierten Hände des Arztes bzw. der Mitarbeiterin.

Ein besonderes Problem in der Trinkwasserinstallation stellt das Legionellen-Wachstum dar. Legionellen sind weit verbreitete Umweltkeime, die natürlicherweise in Frischwasserbiotopen vorkommen. Durch die Inhalation legionellenhaltiger Aerosole werden zwei Krankheitsbilder hervorgerufen: die Legionärskrankheit und das Pontiac-Fieber. Jährlich werden 600 bis 700 Fälle in Deutschland gemeldet; die Dunkelziffer wird auf bis zu 20.000 Fälle geschätzt.

Während Pseudomonaden eher das kalte Leitungswasser bevorzugen, fühlen sich Legionel-

Hygieneberater der KV Nordrhein

Wenn Sie Fragen rund um das Thema Hygiene in der Praxis haben, sprechen Sie uns an. Gerne beraten wir Sie auch vor Ort in Ihrer Praxis.



Antje Günther
Telefon 0211 5970 8476
E-Mail antje.guenther@kvno.de



Patrick Ziech
Telefon 0211 5970 8489
E-Mail patrick.ziech@kvno.de

len bei Temperaturen zwischen 25 und 45°C wohl. Erst bei 60°C sind sie sicher abgetötet – weshalb der Warmwasser-Boiler nicht auf Temperaturen unter 60°C eingestellt werden sollte.

Duschen (zum Beispiel fürs Praxispersonal) sind die Haupt-Infektionsquellen für Legionellen, weshalb regelmäßige Spülmaßnahmen und entsprechende Laboruntersuchungen sinnvoll sind – auch aus Sicht des Arbeitsschutzes.

Kaum Kontrollen

Bisher fordert kaum ein Gesundheitsamt von den Arztpraxen routinemäßige Trinkwasseruntersuchungen. Am ehesten sind Einrichtungen für ambulantes Operieren und Dialysepraxen von diesen Anordnungen betroffen, weil sie aufgrund ihres Patientenklientels mit erhöhtem Infektionsrisiko auch in der Gesetzgebung eine herausragende Bedeutung haben.

Bei Praxisneubauten verlangt das zuständige Gesundheitsamt häufig Trinkwasseruntersuchungen auf bestimmte mikrobiologische und chemische Parameter. Diese sind dann als Teil der abschließenden Bauabnahme vorzulegen. Die Trinkwasserproben sind durch einen qualifizierten Probenehmer durchzuführen und in einem zugelassenen Labor zu untersuchen. Eine Liste der in NRW zugelassenen Labore finden Sie unter: www.lanuv.nrw.de

Welche Trinkwasseruntersuchungen sinnvoll sind und in welchem Rhythmus diese zu wiederholen sind, ist mit dem zuständigen Gesundheitsamt abzustimmen. Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene empfiehlt jährliche mikrobiologische Untersuchungen (Kaltwasser) bei folgenden medizinischen Anwendungen in der Praxis: Medizinprodukteaufbereitung, chirurgische Händedesinfektion, Endoskopie und Colonhydrotherapie. Im Rahmen der Organisationspflicht eines Praxisbetreibers sollte ein (Wasser-) Hygieneplan auf Grundlage einer Gefährdungsanalyse erstellt werden, in dem die Trinkwasseruntersuchungen beschrieben und die Entnahmestellen festgelegt werden.

Noch ein Aspekt ist beim Thema Trinkwasserhygiene zu berücksichtigen: die Aufbereitung der Medizinprodukte. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts darf ausschließlich Wasser für die Spülung im Rahmen der manuellen Aufbereitung verwendet werden, das mindestens Trinkwasserqualität hat. Ob das Trinkwasser aus der Hausinstallation diese (mikrobiologischen) Anforderungen erfüllt, kann nur durch Trinkwasseruntersuchungen festgestellt werden.

Kontamination durch Wasserspender

Seit einigen Jahren werden vermehrt Trinkwasserspender in Arztpraxen aufgestellt. Wegen der hohen Kontaminationsgefahr hat das Bundesinstitut für Risikobewertung dazu eine Empfehlung veröffentlicht. Besonders wichtig: regelmäßige Hygiene-Wartung (hygienische Instandhaltung, Reinigung und Desinfektion), maximale Standzeit von zwei Wochen und regelmäßige Untersuchungen auf mikrobiologische Parameter. Trinkbrunnen mit leitungsgebundenen Systemen sollten mindestens einmal jährlich nach den Vorgaben der Trinkwasserverordnung untersucht werden. ■ PATRICK ZIECH

Maßnahmen der Trinkwasserhygiene

- Perlatoren regelmäßig austauschen oder reinigen
- Den Wasserstrahl nicht direkt in den Syphon richten
- Waschbecken-Überläufe in unmittelbarer Nähe zu infektionssensiblen Arbeitsflächen vermeiden bzw. verschließen
- Zahl der Wasserentnahmestellen (Handwaschbecken, Duschen, etc.) möglichst gering halten
- Regelmäßiges Spülen der Leitungen (ein- bis zweimal pro Woche) um Stagnation und damit einer potentiellen Verkeimung vorzubeugen
- Die Warmwassertemperatur sollte direkt am Speicher 60°C und 55°C an der Entnahmestelle (Duscharmatur) betragen
- Den Nachfüllschlauch für die Heizungsanlage ausschließlich für die Befüllung anschließen, ansonsten zur Seite der Trinkwasserinstallation entfernen.
- Wisch- und Reinigungswasser nicht am (Hand-) Waschbecken entleeren
- Bei nicht leitungsgebundenen Wasserspendern („Water Cooler“) Standzeiten beachten

So überweisen Sie ins Krankenhaus

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im Februar und März drehten sich viele Fragen um die ambulante Behandlung im Krankenhaus.

Eine Überweisung zur ambulanten Behandlung ins Krankenhaus ausstellen – geht das?

Eigentlich nicht. In der Regel obliegt die ambulante Behandlung den niedergelassenen Ärzten und nicht den Krankenhäusern. Allerdings können sie zu ambulanten Operationen nach §115b an Krankenhäuser überweisen. Desweiteren können bestimmte Institutsambulanzen auf Überweisung ambulant tätig werden. Das gilt allerdings nicht für Notfallambulanzen.

Kann jeder Arzt eine Überweisung an einen ermächtigten Krankenhausarzt ausstellen?

Nein. In den vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Ermächtigungen ist festgelegt, welche Fachärzte an einen ermächtigten Krankenhausarzt überweisen können. Nur in seltenen Fällen kann ein ermächtigter Krankenhausarzt auf Überweisung eines Hausarztes tätig werden. Die individuellen Ermächtigungen können Sie auf unserer Homepage über die Arzt- & Psychotherapeutensuche unter „Erläuterungen“ bei den einzelnen ermächtigten Krankenhausärzten einsehen: www.kvno.de

Kann ein Patient einen ermächtigten Krankenhausarzt mit seiner eGK oder Krankenversicherungskarte direkt aufsuchen?

Nein. Ein ermächtigter Krankenhausarzt nimmt nicht in vollem Umfang an der Versorgung der Patienten teil. Er darf nur von niedergelassenen Fachärzten für bestimmte Leistungen hinzugezogen werden, die der Zulassungsausschuss genau festlegt. Also kann ein ermächtigter Arzt einen Patienten ambulant nur nach entsprechender Überweisung behandeln.

Wieso fordern Krankenhäuser Überweisungen für ambulante Behandlungen?

In einigen Krankenhäusern sind einzelne Ärzte zu genau definierten Leistungen der ambulanten Behandlung ermächtigt. Diese ermächtigten Ärzte können aber nur auf Grund einer hierzu ausgestellten Überweisung tätig werden. Nicht statthaft ist es hingegen, wenn ein Krankenhaus zusätzlich zu einer Einweisung eine Überweisung für vorbereitende Untersuchungen anfordert. Die prästationären Untersuchungen sind mit der Einweisung abgedeckt.

Kann ich eine Überweisung an einen bestimmten Kollegen ausstellen?

Eine Überweisung soll nicht auf den Namen eines bestimmten Vertragsarztes, sondern auf die entsprechende Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung ausgestellt werden. Dies erfolgt zur Gewährleistung der freien Arztwahl der Patienten. Eine namentliche Überweisung kann nur ausnahmsweise an ermächtigte Krankenhausärzte ausgestellt werden, zum Beispiel wenn Sie die konsiliarische Beratung eines bestimmten Chefarztes für erforderlich halten.

Serviceteams

Montag bis Donnerstag von 8 bis 17 Uhr, Freitag von 8 bis 13 Uhr.

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666 Telefax 0221 7763 6450

E-Mail service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888 Telefax 0211 5970 8889

E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Nordrheinischer Praxisbörsentag

Informationen rund um Praxisabgabe und Nachfolge

Samstag, 10. Mai 2014

9 bis 14 Uhr | KV Nordrhein | Tersteegenstr. 9 | 40474 Düsseldorf



informieren

Kurzvorträge für Abgeber und Nachfolger

- Perspektiven der Niederlassung
- Ablauf der Praxisabgabe
- Schritte in die Niederlassung
- Praxiswertermittlung
- Finanzplanung vor der Praxisabgabe
- Steuerliche Möglichkeiten beim Praxisverkauf
- Staatliche Förderkredite für die Praxenfinanzierung
- Betriebswirtschaftliche und steuerliche Aspekte eines Praxiserwerbs
- Honorar- und Abrechnungsinformationen

kontaktieren

Abgeber treffen Nachfolger: Der Nordrheinische Praxisbörsentag bietet die Möglichkeit, direkt mit Praxisabgebern, -nachfolgern, Anstellungssuchenden und Kooperationspartnern in Kontakt zu treten. An schwarzen Brettern können Sie Ihre Praxis vorstellen, Angebote formulieren oder eine Suchanzeige aufgeben.

Ein Anzeigenmuster, das Sie direkt ausgefüllt an uns mailen können, finden Sie auf www.kvno.de unter dem Termin Praxisbörsentag. Das Dokument steht auch im Faxabruf unter 0211 5970 7503 zur Verfügung. Sie können Ihre ausgefüllte Anzeige auch an 0211 5970 9981 faxen oder zum Praxisbörsentag mitbringen.

beraten

Niederlassung, Rechtsfragen, Kooperationen - Experten der KV Nordrhein beraten individuell. Eine Fachausstellung bietet weitere Informationen.

www.kvno.de



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Kein Widerspruch per E-Mail

Vieles lässt sich heute ohne großen Aufwand per E-Mail erledigen. Ist aber die Schriftform vorgeschrieben, müssen Sie immer noch zu einem Blatt Papier greifen und Ihre Erklärung mit einer Unterschrift versehen. Eine E-Mail reicht dann nicht aus. Dies gilt auch für Widersprüche.

Das Bundessozialgericht hat sich mit der Frage befasst, ob ein Widerspruch auch per E-Mail eingelegt werden kann. Der Kläger hatte einen Widerspruch per E-Mail an die Behörde geschickt. Die Verwaltung verlangte, den Widerspruch in Schriftform nachzuholen. Dieser Aufforderung kam der Kläger nicht nach. Die Behörde verwarf daraufhin den Widerspruch als unzulässig. Die dagegen gerichtete Klage blieb in allen Instanzen ohne Erfolg.

Nach dem Gesetz kann ein Widerspruch nur „schriftlich oder zur Niederschrift“ eingereicht werden. Dies soll gewährleisten, dass der Inhalt der Erklärung, die abgegeben werden soll, und die Person, von der sie ausgeht, zuverlässig entnommen werden kann. Eine handschriftliche Unterschriftsleistung wird regelmäßig verlangt.

Problematisch ist bei E-Mails, dass elektronische Daten verändert werden können. Die Gerichte sehen es ferner nicht als gewährleistet an, dass die E-Mail auch tatsächlich von dem Inhaber des betreffenden Mailkontos gesendet wurde. Will man sich auf den Inhalt einer abgesandten E-Mail berufen, muss man nicht nur das Absenden, sondern auch den Ausgang der E-Mail vom Mail-Server des Providers beweisen können. Kein leichtes Unterfangen.

Zum Einlegen eines Widerspruches fehlen dem elektronischen Brief die „Schriftformerfordernis“ und die Unterschrift. Auch wenn Tendenzen festzustellen sind, die elektronische Form als ein Unterfall der Schriftform zu bezeich-

nen, gehen die Gerichte bislang von einer Verletzung des Schriftformerfordernisses aus.

Elektronische Signatur

Das Schriftformerfordernis kann nur gewahrt werden, wenn eine E-Mail mit einer qualifizierten elektronischen Signatur übermittelt wird. Hierfür sind allerdings einige Voraussetzungen zu erfüllen. Zunächst muss die elektronische Übermittlung gesetzlich vorgesehen sein. Weiterhin muss die Behörde den Zugang für Dokumente mit qualifizierter elektronischer Signatur durch eine besondere Zugangs- und Übertragungssoftware eröffnen. Die Verfahren müssen durch Rechtsverordnung zugelassen werden.

Wie stellt sich die Rechtslage dar, wenn die Behörde einen Widerspruch, der nur mit einfacher E-Mail, also ohne qualifizierte elektronische Signatur, eingelegt wird, einfach akzeptiert und bescheidet? Also nach dem Motto verfährt: Wo kein Kläger, da kein Richter. Die Gerichte gestehen den Behörden derartige Befugnisse nicht zu, besonders wenn es sich um Verwaltungsakte mit einer Wirkung auf Dritte handelt. Dies ist beispielsweise bei einer Zweigpraxisgenehmigung der Fall. Der Genehmigungsempfänger ist begünstigt, der im selben Bereich tätige „Konkurrent“ nachteilig betroffen.

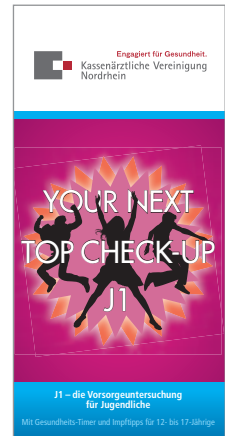
Fazit: Nach gegenwärtiger Rechtslage ist das Einlegen eines Widerspruches mittels einfacher E-Mail nicht möglich. Per Mail mit qualifizierter elektronischer Signatur könnte es in naher Zukunft möglich sein. ■ IRINA NEULEBEN

J1: Gesundheitsamt Aachen startet Kampagne

Das Gesundheitsamt der Städte-Region Aachen will mehr Jugendliche zur Teilnahme an der J1 gewinnen. Mit einer Kampagne, die im März beginnt, sollen rund 5.000 Schülerinnen und Schüler der siebten Jahrgangsstufe über die Notwendigkeit der Vorsorgeuntersuchung informiert werden. Zum Start spricht das Gesundheitsamt zunächst die Schülerinnen und Schüler der 13 Hauptschulen in der Städte-Region Aachen an. Bis zum Ende der zweijährigen Aktion sollen alle weiterführenden Schulen erreicht sein.

Unterstützt wird diese Kampagne des Gesundheitsamtes durch das kommunale Integrationszentrum und durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. Die KV stellt 15.000 Flyer „Your Next Top Check-Up J1“ zur Verfügung.


Die J1-Untersuchung ist eine Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche im Alter zwischen zwölf und 14 Jahren. Aufgrund der geringen Inanspruchnahme führt das Gesundheitsamt jetzt diese Kampagne durch. ■ MÖH



Intraartikuläre Injektion von Kortikoiden

Die intraartikuläre Injektion von Kortikoiden (zum Beispiel Facettengelenksinfiltration) ist arzneimittelrechtlich zugelassen. Die periradikuläre, epiperineurale oder epidurale Anwendung hingegen ist nicht von der arzneimittelrechtlichen Zulassung umfasst. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hatte dies im vergangenen Jahr klargestellt. Dieser Auffassung hatte sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Juni des vergangenen Jahres angeschlossen. Intraartikuläre Injektionen von Kortikoiden zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sind entweder in der Versichertenpauschale/

Grundpauschale enthalten oder können über die EBM-Nummern 34503 und 34504 abgerechnet werden, sofern die Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen entsprechend des Kapitals 34.5 EBM erfüllt sind. Der behandelnde Arzt verordnet das entsprechende Kortikoid hierbei auf einem Kassenrezept (Vordruck Muster 16). Von den beiden EBM-Nummern nicht umfasst sind Injektionen in (eine) Bandscheibe(n). Für die periradikuläre, epiperineurale oder epidurale Injektion ist dagegen nach wie vor nur eine private Abrechnung (IGeL) nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zulässig. ■ TIE



- Abrechnung online
- Abrechnungsunterlagen
- Kennzahlen der Praxis
- Honorardifferenzierung
- eQualitätszirkel
- eDokumentationen
- Vordrucke bestellen
- Praxisdaten ändern

Kontakt
KV Nordrhein
Communication Center
Telefon 0211 5970 8500
Telefax 0211 5970 9500
E-Mail portal@kvno.de

www.kvno-portal.de
Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

Gesundheitsminister Gröhe besucht Notfallpraxis



Neue Form der Zusammenarbeit: KV-Notdienst-Koordinator Peter Stöcker mit Minister Hermann Gröhe, Krankenhausdirektor Ralf Nennhaus, Landrat Hans-Jürgen Petrauschke und Ambulanz-Leiterin Inge Stock (v. l.).

Auch als frisch gebackener Bundesgesundheitsminister sucht Hermann Gröhe die Nähe zur Heimat: Der CDU-Politiker, der seinen Bundestagswahlkreis im Rhein-Kreis hat, erschien am 14. Februar zur Neueröffnung der Notfalldienstpraxis in Grevenbroich und

begab sich dazu direkt ins Elisabeth-Krankenhaus. Denn in deren Notfallbereich ist die KV-Notdienstpraxis seit diesem Jahr räumlich und organisatorisch integriert.

Die Notfallpatienten stehen im Eingangsbereich vor einer gemeinsamen Anmeldung. „Die diensthabenden Ärzte entscheiden, ob der Pa-

tient ambulant behandelt werden kann oder stationär aufgenommen werden muss“, erklärt Peter Stöcker. Der Internist koordiniert den ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV Nordrhein vor Ort – und schwärmt vom „gemeinsamen Geist“ in den neuen Räumen. Berührungspunkte unter den Kollegen seien die Ausnahme.

Gröhe lobte die Zusammenarbeit: „Wir brauchen faire Kooperationen, damit das Geschehen im Krankenhaus und in den Praxen besser ineinander greift“, sagte der Minister, der betonte, dass die niedergelassenen Ärzte als Freiberufler Eckpfeiler eines freiheitlichen Gesundheitssystems seien. Worte, die Bernhard Brautmeier, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein, gerne hörte. Er verwies auf die Effizienzvorteile gut geführter Notdienstpraxen und lobte das Engagement der Ärzte vor Ort. „Eine Zusammenarbeit in dieser Form gab es in Nordrhein bisher nicht.“ ■ HSCH

SAPV jetzt auch in Dormagen

Bei unheilbaren Erkrankungen oder Krebs im Endstadium steht die Linderung des Leidens durch die palliativmedizinische Versorgung im Vordergrund. Ein Vertragsabschluss über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ermöglicht nun Schwerstkranken in der Region Dormagen eine umfassende Versorgung in den eigenen vier Wänden, bei Bedarf rund um die Uhr. „Für unsere lokalen Versorgungsstrukturen ist dieser Vertrag von großer Bedeutung“, sagt Dr. Udo Kratel, Internist und Palliativmediziner aus Dormagen.

Das Palliative-Care-Team „SAPV-PCT Region Dormagen“ leistet im Rahmen des bestehenden Vertrags seit dem 1. März 2014 eine entsprechende häusliche Versorgung. Das Beson-

dere: „Wir haben zwei Palliative Care Pflegedienste – von Diakonie und Caritas – in das PCT integrieren können und haben es unter dem strukturellen und organisatorischen Dach der Hospizbewegung Dormagen gegründet. Damit haben wir eine enge Verbindung geschaffen zwischen der ehrenamtlichen Hospizarbeit und den professionellen Versorgern des PCT, das aus qualifizierten Palliativ-Ärzten und -pflegern besteht“, betont Kratel.

Das SAPV-Modul schließt sich in Dormagen an die bewährte allgemeine ambulante Palliativversorgung an. Den Vertrag mit dem PCT haben die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein geschlossen. ■ HEI

„Mein PraxisCheck“ mit Hygiene-Test online

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat ihr Serviceangebot „Mein PraxisCheck“ um einen Selbsttest zur Hygiene erweitert. Dieser unterstützt Praxen dabei, gesetzliche Vorschriften, berufsrechtliche Vorgaben und Empfehlungen des Robert Koch-Institutes umzusetzen.

Der kostenlose Test funktioniert so: Der Nutzer beantwortet 19 Fragen zu Aspekten wie Hygieneplan, Hautschutz, Desinfektion, mel-

depflichtige Krankheiten oder Infektionsschutz. Bei jeder Frage kann er zwischen vier Antwortmöglichkeiten wählen. Klickt er auf eine Antwort, erhält er sofort ein Feedback – und eventuell Vorschläge zur Optimierung. Am Ende des Tests kann er sich einen individuellen Auswertungsbogen als PDF herunterladen, der die Ergebnisse zusammenfasst und weitere Tipps gibt. Alle Nutzer bleiben anonym.



Das Angebot finden Sie unter www.kbv.de/MeinPraxisCheck

Mehr Ausweise, weniger Transplantationen

Die schlechte Nachricht zuerst: Die Zahl der Organtransplantationen ist weiter rückläufig. In Nordrhein-Westfalen haben im vergangenen Jahr 194 Menschen ihre Organe gespendet. Ein historisches Tief. Im Jahr zuvor zählte die Deutsche Stiftung Organtransplantation noch 231 Spender, 2011 waren es 243.

Es gibt eine Nachricht, die den rund 12.000 Menschen, die auf ein Spenderorgan warten, Hoffnung machen kann: Immer mehr Men-

schen bekunden inzwischen ihren Willen zur Organspende. Inzwischen haben 28 Prozent der Deutschen den Ausweis ausgefüllt. Das hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung jüngst in einer Umfrage ermittelt. Vor einem Jahr lag die Zahl noch bei 22 Prozent.

Der Organspende-Ausweis wird überwiegend (84 Prozent) dazu genutzt, einer Organspende zuzustimmen; nur vier Prozent dokumentieren ihren Widerspruch.



Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Methodenintegrativer Arbeitskreis
Kontakt Hartmut Reinhard Kujath
Alt Pempelfort 3
40211 Düsseldorf
Telefon 0211 640 141
Telefax 0211 171 1471
Ort Düsseldorf

Thema Hausärztl. Schmerztherapie
Kontakt Dr. med. Michael Küster
Weißdornweg 4-6
53177 Bonn-Bad Godesberg
Telefon 0228 932 3999
Telefax 0228 932 3988
E-Mail info@praxis-kuester.de
Ort Schmerzzentrum
Bad Godesberg

Thema Balintgruppe Brüggen
Kontakt Marlene Barghoorn
In der Haag 1 A
41379 Brüggen
Telefon 02163 578 433
Telefax 02163 519 776
E-Mail praxis.barghoorn@web.de
Ort Brüggen

Thema Akupunktur in Bonn
Kontakt Dr. med. Samiera Ibrahim
Koblenzer Straße 37
53173 Bonn
Telefon 0228 354 535
Telefax 0228 354 590
E-Mail samiera.ibrahim@hotmail.de
Ort Bonn, Praxisräume

Kontakt

Sabine Stromberg
Telefon 0211 5970 8361
Telefax 0211 5970 8160
E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de



Gesundheitskongress des Westens 2014

2. und 3. April 2014
KÖLN | Kongresszentrum Gürzenich

STRATEGISCHER FAKTOR PERSONAL



SONDERTARIF FÜR NIEDERGELASSENE

Informationen erhalten Sie im Kongressbüro oder online.

12

Der Kongress ist als ärztliche Fortbildung mit
FORTBILDUNGSPUNKTEN zertifiziert.

DAS KONGRESSPROGRAMM UND ANMELDUNG IM INTERNET

www.gesundheitskongress-des-westens.de

in Kooperation mit




Kongressbüro Gesundheitskongress des Westens

c/o welcome Veranstaltungs GmbH
Bachemer Straße 6-8
50226 Frechen

Fon: +49 (0) 2234 - 95322-51
E-Mail: info@gesundheitskongress-des-westens.de

Veranstalterin

 **WISO S. E. Consulting GmbH**
Dr. Ingrid Völker
Geschäftsführende Gesellschafterin
Nymphenburger Straße 9
10825 Berlin



Gesundheitskongress des Westens in Köln

In Zusammenarbeit mit den KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe beleuchtet der Gesundheitskongress des Westens am 2. April speziell für niedergelassene Ärzte wichtige Themen. Zum Beispiel: Erleichtern die im Versorgungsstrukturgesetz 2012 etablierten Maßnahmen wie die neue Bedarfsplanung, die Vereinfachungen bei Eröffnung einer Zweigpraxis und die Aufhebung der Residenzpflicht Landärzten das Leben? Darüber diskutieren Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender KV Nordrhein, Dr. Bernhard Gibis, Dezernatsleiter Verträge und Verordnungsmanagement bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Dr. Karl-Heinz Feldhoff, Leiter des Gesundheitsamtes im Kreis Heinsberg.

Auf dem Programm stehen zudem Veranstaltungen zur Polypharmazie und zur Umsetzung der Barrierefreiheit im ambulanten und stationären Bereich. Außerdem finden Diskussionen zu Themen statt wie: ‚Nach der Bundestagswahl: Was hat die Gesundheitsbranche zu erwarten‘ oder ‚Wie kann gute Qualität besser bezahlt werden?‘

ZERTIFIZIERT | ■■■■■ Punkte pro Kongresstag

Termin 2. und 3. April 2014
Ort Kongresszentrum Gürzenich
Martinstraße 29-37
50667 Köln
Kosten Sondertarif für
niedergelassene Ärzte
Anmeldung [www.gesundheitskongress-
des-westens.de](http://www.gesundheitskongress-
des-westens.de)
Kongressbüro Gesundheits-
kongress des Westens
c/o welcome
Veranstaltungs GmbH
Bachemer Straße 6-8
50226 Frechen
Telefax 02234 9532252

Nordrheinischer Praxisbörsentag

Informationen rund um die Praxisabgabe und Nachfolge bietet der nächste Praxisbörsentag in Düsseldorf. In Kurzvorträgen geht es unter anderem um die Perspektiven der Niederlassung, den Ablauf der Praxisabgabe, die Praxiswertermittlung, steuerliche Möglichkeiten beim Praxisverkauf oder -erwerb. Ein weiteres Thema ist der Überblick über die staatlichen Förderkredite für die Praxenfinanzierung. Der Praxisbörsentag ist ein Angebot für Praxisabgeber und Nachfolger, Anstellungssuchende sowie Kooperationspartner. Experten der KV Nordrhein beraten individuell zur Niederlassung, zu Rechtsfragen und Kooperationen. Eine große Fachausstellung bietet weitere Informationen.

Termin 10. Mai 2014
9 bis 14 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Anmeldung keine

Arbeitssicherheit & Hygiene

Neben den gesetzlichen Vorgaben gilt es bei den Themen Arbeitssicherheit und Hygiene zahlreiche Forderungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) zu beachten. Die Nordrheinische Akademie bietet den Kurs aus der Reihe „Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement“ an für Praxisinhaber, die sich einen Überblick über die umzusetzenden Forderungen der BGW verschaffen wollen und für Medizinische Fachangestellte, die diesen Bereich betreuen. Die Fortbildung vermittelt Grundlagen und informiert über die wichtigsten Gesetze und Berufsgenossenschaftlichen Regelwerke.

Der Kurs umfasst zwei Präsenzveranstaltungen zu je vier Unterrichtsstunden. Zwischen den beiden Präsenzveranstaltungen erarbeiten die Teilnehmer mit den erworbenen Kenntnissen praxisrelevante Aufgaben, die im zweiten Präsenzteil beispielhaft diskutiert werden.

Termin 6. Juni und 4. Juli 2014
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Infos Nordrheinische Akademie
Telefon 0211 4302 2834
Anmeldung Tanja.Kohnen@aekno.de
Gebühr 200 Euro je Teilnehmer/in

Veranstaltungen für Mitglieder

02.04.2014	Gemeinschaftshilfe der Ärzte im Regierungsbezirk Köln: Mitgliederversammlung, Köln
02./03.04.2014	WISO S.E. Consulting GmbH: Gesundheitskongress des Westens, Köln
■ 04./05.04.2014	KV Nordrhein/Ärzttekammer Nordrhein: Moderatorenausbildung, Grundkurs, Düsseldorf
05.04.2014	Institut für Allgemeinmedizin (ifam): 4. Tag der Allgemeinmedizin, Düsseldorf
16.4./16.5.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement „Datenschutz“, Düsseldorf
30.04.2014	IQN: „Hüftendoprothetik – Indikation, Operation, Nachsorge“, Düsseldorf
09.05.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement „Organisation des Notfallmanagements für Kinderarztpraxen“, Düsseldorf
■ 10.05.2014	KV Nordrhein: Nordrheinischer Praxisbörsentag, Düsseldorf
■ 14.05.2014	KV Nordrhein: Einführungsworkshop „Rational und rationell verordnen für neu niedergelassene Ärzte“, Köln
27.5.-30.5.2014	117. Deutscher Ärztetag, Düsseldorf
04.6./18.6.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement „Datenschutz“, Düsseldorf
06.6./04.7.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement „Arbeitssicherheit & Hygiene“, Düsseldorf
■ 07.06.2014	KV Nordrhein/Ärzttekammer Nordrhein: Moderatorenausbildung, Aufbaukurs, Düsseldorf

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

02.04.2014	KOSA: Selbsthilfe – Unterstützung für Praxis und Patienten: Schwerpunkt psychische Erkrankungen, Duisburg
02.04.2014	KV Nordrhein: EBM-Einführungsworkshop für Wiedereinsteigerinnen (Teil 1), Köln
04.04.2014	KV Nordrhein: Grundlagentraining für die Erstkraft und leitende Praxismitarbeiterinnen, Düsseldorf
09.04.2014	IQN/Nordrheinische Akademie: Diagnosekodierung in der hausärztlichen, internistischen und gynäkologischen Praxis – Aufbaukurs für MFA, Düsseldorf
16.04./16.5.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement „Datenschutz“, Düsseldorf
30.04.2014	KV Nordrhein: IGe-Leistungen, Köln
07.05.2014	KV Nordrhein: Infomarkt, Köln
09.05.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement „Organisation des Notfallmanagements für Kinderarztpraxen“, Düsseldorf
14.05.2014	Nordrheinische Akademie: Abrechnung Hausärzte, Düsseldorf
28.05.2014	KV Nordrhein: Pharmakotherapie, Köln
04.06./18.6.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement „Datenschutz“, Düsseldorf
06.06./04.7.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement „Arbeitssicherheit & Hygiene“, Düsseldorf

Veranstaltungen für Interessierte und Patienten

04.06.2014	KV Nordrhein/Rheinische Post: „Nierenerkrankungen – Diagnose und Therapie“, Düsseldorf
------------	--

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.kvno.de oder www.aekno.de

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

Frank Naundorf (verantwortlich)
Karin Hamacher, Dr. Heiko Schmitz

Redaktionsbeirat

Dr. Peter Potthoff, Bernd Brautmeier,
Frank Naundorf, Dr. Heiko Schmitz

Druck

Echo Verlag, Köln

Satz

Heike Merzhäuser | grafik+design | Bonn

Anschrift der Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
40182 Düsseldorf
Telefon 0211 5970 8106
Telefax 0211 5970 8100
E-Mail redaktion@kvno.de

Ansprechpartner

Montag bis Donnerstag von 8 bis 17 Uhr
Freitag von 8 bis 13 Uhr

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666
Telefax 0221 7763 6450
E-Mail service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888
Telefax 0211 5970 8889
E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Formularversand

Petersstraße 17-19
47798 Krefeld
Telefon 02151 3710 00
Telefax 02151 9370 655
E-Mail formular.versand@kvno.de

„KVNO aktuell“ erscheint als Mitteilungsorgan für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 23 500

Die mit dem Namen des Verfassers gekennzeichneten Beiträge geben die Meinung des Autors, aber nicht unbedingt die Ansicht der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernimmt die Redaktion keine Gewähr.

Vorschau „KVNO ■ aktuell“ 5 | 2014

■ ASV

Details des neuen Versorgungsbereichs

■ Dokumentieren

Typische Fehler im Praxisalltag

■ Adipositas

Eckpunkte für operative Eingriffe

■ Praxistipp

Häusliche Krankenpflege richtig verordnen

**Die nächste Ausgabe von „KVNO aktuell“
erscheint am 7. Mai 2014.**

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts
40182 Düsseldorf
E-Mail redaktion@kvno.de
Tel. 0211 5970 0 · Fax 0211 5970 8100

www.kvno.de



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein