

6+7 | 2015

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Hintergrund

Service | KVNO bietet unabhängige Beratung

Schwerpunkt

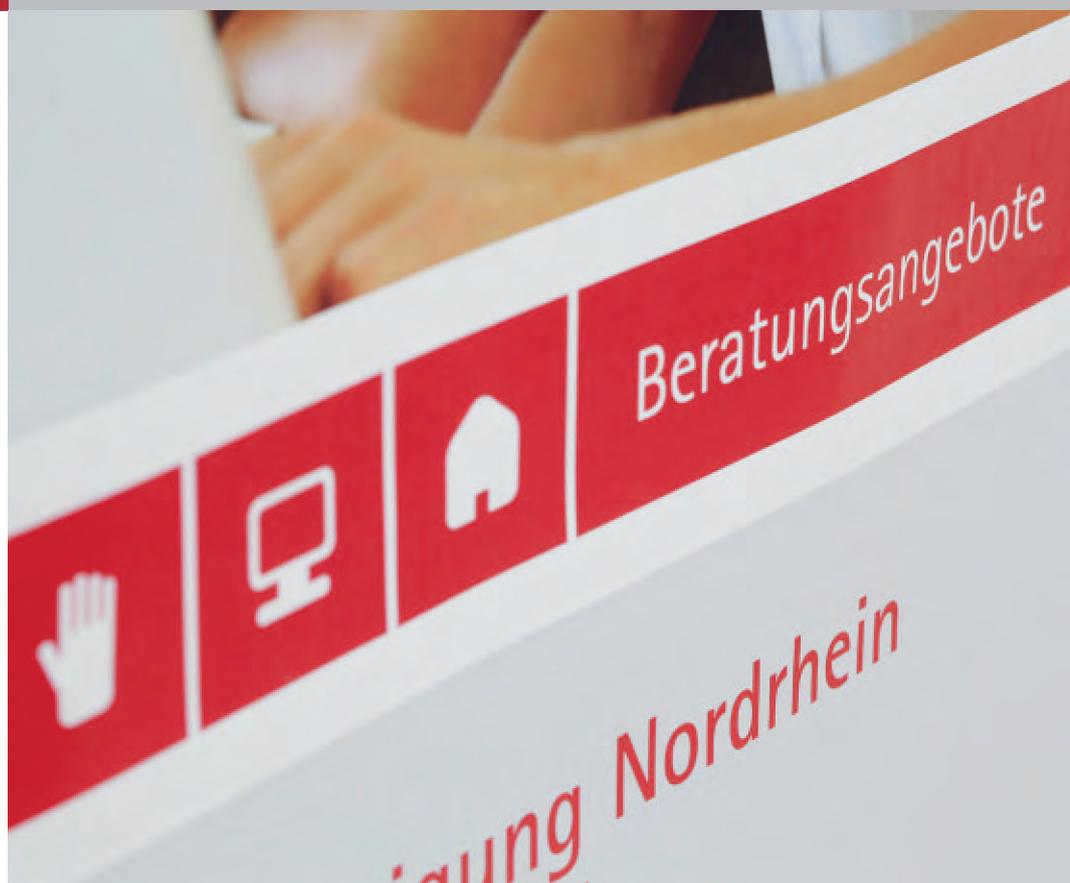
Notdienst | Kommunen über Reformpläne informiert

Aktuell

KV-Connect | Die 1-Click-Abrechnung startet

Verordnungsinfos

Expertenrat | Nutzen Sie den Medikations-Check



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Veranstaltung:
Verlässliche Infos zur
Notdienstreform

Aktuell

- 6 GKV-VSG:
Änderungen kurz
vor Schluss
- 8 Standpunkt:
Diagnose durch den Arzt
- 9 Masernkarten
für Ihre Praxis
- 10 KV-Connect:
1-Click-Abrechnung
startet
- 11 Imagekampagne
läuft weiter
- 12 Einweisung:
Mehrarbeit droht

■ Praxisinfo

- 14 Ergänzung der Chroniker-
pauschale entfällt
- 14 Humangenetische
Beurteilungen höher
vergütet

- 14 Deutsche BKK tritt
Homöopathievertrag bei
- 14 Qualitätssicherungs-
Richtlinie Dialyse
- 15 MMR-Impfung
Erwachsene ab 1. Juli
- 15 Neue Erklärungen für
DMP Diabetes und KHK

■ Verordnungsinfo

- 16 Medikations-Check:
Mehr Sicherheit
- 17 Therapiehinweis zu
Cilostazol aktualisiert
- 17 Praxisferne Rabatt-
Wunschliste
- 18 Kontrazeptiva auf
Kassenrezept
- 19 Quoten eingehalten?
Infos für das erste Quartal
- 19 Keine Zuzahlungen
bei Schwangerschafts-
beschwerden
- 19 Infliximab:
Biosimilars verfügbar

Hintergrund

- 20 Service:
Beratung aus erster Hand

Berichte

- 25 Broschüre informiert über
Kooperationsformen
- 25 „Gemeinde Profil“: Ärzte
für die Zukunft gesucht
- 25 Tipps für Niederlassung
und Praxisabgabe
- 26 Von ärztlicher Freiheit
und Verantwortung
- 28 Wohlfühlen mit
gesundem Darm

Service

- 29 Dokumentationspflicht
und Datenschutz
- 32 Versichertenpauschale
im Vertretungsfall

In Kürze

- 33 150 MFA beim
Fortbildungstag
- 33 Infos zum Kopfschmerz



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

wenn Sie diese Zeilen lesen, beginnt in Nordrhein-Westfalen schon die Sommerpause, die in diesem Jahr keine ereignisarme Zeit werden wird. In Berlin berät das Parlament abschließend über das auch an dieser Stelle schon vielfach kommentierte Versorgungsstärkungsgesetz, das Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe auf dem Ärztetag noch einmal wortreich verteidigt hat. Trotz einiger wesentlicher Nachbesserungen, die wir in dieser Ausgabe vorstellen und bewerten, besteht kein Grund zur Entwarnung.

Die Anhebung der Grenze beim Thema Praxisaufkauf von 110 auf 140 Prozent begrüßen wir, obwohl die aus unserer Sicht unsinnige Regelung damit nur modifiziert, aber nicht gestrichen wird. Dass zumindest in den regionalen KV-Vertreterversammlungen auf eine paritätische Stimmengewichtung zwischen Haus- und Fachärzten verzichtet werden soll, ist ebenfalls ein Fortschritt – in der KBV-VV allerdings wird das Gesetz greifen.

In Berlin beschäftigt uns derzeit nicht nur die Auseinandersetzung mit der Gesundheitspolitik, sondern auch eine Debatte rund um KBV-

Chef Andreas Gassen, dem einige KV-Vertreter öffentlich ihr Vertrauen entzogen haben. Die Auseinandersetzungen ließen sich durch eine Aussprache vor dem Ärztetag nicht beenden und werden uns in den kommenden Wochen weiter beschäftigen. Mehr dazu im Heft.

In unserer nächsten Vertreterversammlung steht unter anderem die Reform des Notdienstes auf der Agenda. Über den Sachstand dazu haben wir Anfang Mai die versammelten Vertreter von rund 150 Kreisen und Kommunen in Nordrhein informiert. Nachdem die Kammerversammlung die Beschlüsse unserer VV mit den Eckpunkten zur Reform abgelehnt hat, ist es zu einem ersten Austausch zwischen KV, Kammer und der Krankenhausgesellschaft gekommen.

Wir sondieren derzeit, ob und wie eine Kooperation im Notdienst, zumindest im Sitzdienst für Erwachsene, intensiviert werden könnte. Entscheidend wird jedoch sein, welche Schlussfolgerungen unsere Vertreterversammlung aus dem Verlauf der Diskussion seit den Reformbeschlüssen vom Februar ziehen wird. Wir halten Sie auf dem Laufenden.

Herzliche Grüße

Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur.
Vorsitzender

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender

Verlässliche Infos zur Notdienstreform

Rund 150 Bürgermeister, Landräte und weitere Repräsentanten aus Kreisen und Kommunen in Nordrhein waren Anfang Mai der Einladung von KV und Ärztekammer Nordrhein ins Haus der Ärzteschaft gefolgt. KV-Chef Dr. med. Peter Potthoff und Kammerpräsident Rudolf Henke informierten über die Beschlüsse beider Körperschaften zur Reform des ärztlichen Notdienstes und gaben Auskunft über den Stand der Planungen. Dabei stellten sie sich kritischen Fragen der Kommunalpolitiker.

Nach den Beschlüssen der KV-Vertreterversammlung im Februar hatten sich Mandats- und Funktionsträger aus vielen Kommunen ablehnend zu den Reformplänen geäußert. Mehrere Kreis- und Stadtparlamente verabschiedeten entsprechende Resolutionen, und vielerorts meldeten sich Bürgerinitiativen per Unterschriftenlisten und mit Online-Petitionen zu Wort. Ihr Plädoyer: Die Reformpläne der KV gefährdeten die Notdienst-Versorgung; die bestehenden Strukturen und Angebote seien ohne Abstriche zu erhalten.

Manche Kommunalpolitiker sahen sich in ihrer Skepsis auch durch die Ärztekammer bestätigt: Im März hatte die Kammerversammlung in mehreren Entschlüssen ihre Ablehnung der KV-Reformpläne zum Ausdruck gebracht. Das nährte in der Folge manche Hoffnung von Kommunalpolitikern, die Reformpläne der KV seien damit vom Tisch. Deshalb stand im Haus der Ärzteschaft neben kritischen Anmerkun-

gen der Landräte und Bürgermeister die Frage im Zentrum, wie es denn nun mit dem ambulanten Notdienst in Nordrhein weiter gehe.

Fehlinformationen korrigiert

Der Auftakt des Treffens stand im Zeichen der Sachaufklärung. Johannes Reimann, Leiter des KV-Referats Gesundheitspolitik, erläuterte die Hintergründe, Ziele und Inhalte der von der KV-Vertreterversammlung beschlossenen Reform. Anhand kartographischer Darstellungen skizzierte Reimann Überlegungen und Berechnungen, die den Strukturentscheidungen für den allgemein- und fachärztlichen Notdienst zu Grunde liegen.

Reimann korrigierte dabei auch manche Fehlinformation, die sich in der medialen Berichterstattung zur Notdienstreform verfestigt hatte. Etwa die angebliche „Halbierung“ der Zahl der allgemeinärztlichen Notdienstpraxen von 84 auf 41. „Tatsächlich existieren in

Der KVNO-Vorsitzende Dr. med. Peter Potthoff (l.) und Ärztekammer-Präsident Rudolf Henke informierten die Bürgermeister und Landräte aus erster Hand. Das Interesse war sehr groß, die Aufmerksamkeit auch.





Die geplante Reform des ärztlichen Notdienstes beschäftigt die Menschen in Kreisen und Kommunen. Intensiv diskutierten Kommunalpolitiker mit den Repäsentaten der ärztlichen Selbstverwaltung.

Nordrhein aktuell 61 Notdienstpraxen – ohne fachärztliche Praxen –, die höchst ungleich über die KV-Region verteilt sind“, so Reimann. Daher sei auf Basis des neuen Konzepts – bezogen auf die gesamte Fläche des Landesteils – sogar eine bessere Erreichbarkeit für die Patienten gewährleistet, auch wenn sich lokal mancher Weg zur nächsten Praxis tatsächlich geringfügig verlängere.

Kammer-Justiziar Dr. Dirk Schulenburg nahm zu den Entschließungen der Kammerversammlung Stellung und legte den Gästen dar, weshalb überhaupt zwei Körperschaften mit der Struktur des ambulanten Notdienstes befasst sind. Schulenburg betonte, dass die Kammer den KV-Beschlüssen kein eigenes Reformkonzept der Kammer entgegengestellt habe. Vielmehr seien die Entschließungen Ausdruck unterschiedlicher Einwände, die Vertreter der Krankenhausärzte und niedergelassene Mandatsträger in der Kammerversammlung

gegen die KV-Reformpläne artikuliert hätten. So fordere eine Entschließung einen grundsätzlichen Neustart der Reformdiskussion, während eine weitere die engere Verzahnung des ambulanten Notdienstes mit dem Geschehen in den Ambulanzen der Krankenhäuser anmahne. Eine weitere Entschließung plädierte schließlich für einen weitgehenden Fortbestand der „regional gewachsenen und bewährten Strukturen“.

Kooperation mit Kliniken möglich

Vor dem Hintergrund der geltenden Beschlusslage bei KV und Kammer legte KV-Chef Potthoff die Handlungsoptionen dar. „Auch wenn das Votum der Ärztekammer die Beschlüsse unserer vertragsärztlichen Selbstverwaltung nicht außer Kraft setzt, so stellen die Entschließungen der Kammer zumindest in Teilen die Umsetzung der Reform in Frage“, so Potthoff. Um deshalb gemeinsame Schnittmengen zwischen ambulanten und stationären Notdienststrukturen zu identifizieren, seien zwischenzeitlich Gespräche zwischen den Spitzen von KV, Kammer und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen aufgenommen worden. Ziel sei es, mögliche Wege und Vorteile einer zukünftigen Kooperation auszuloten.



Keinen Zweifel ließ auch Kammerpräsident Henke daran, „dass das Notfall-System insgesamt optimiert werden kann, wenn dabei

die Wechselwirkungen zwischen vertragsärztlichem Notfalldienst, den Notfallambulanzen der Krankenhäuser und dem Rettungsdienst angemessen berücksichtigt werden.“ Anzustreben sei daher ein zwischen den ärztlichen Körperschaften, den Krankenhäusern und dem Rettungsdienst abgestimmtes Reformvorhaben.

Dieser Ansatz trage zudem einem aktuellen politischen Auftrag Rechnung: So sehe das für Mitte 2015 vom Gesetzgeber angekündigte Versorgungstärkungsgesetz vor, dass die KV bei der Organisation des vertragsärztlichen Notfalldienstes regelhaft mit den Krankenhäusern kooperieren solle: „Eine mit allen abgestimmte Reform, die bereits die kommende Gesetzgebung berücksichtigt, hätte Charme“, sagte Henke.

Auch Kommunen in der Pflicht

Nach den Statements von KV und Kammer nahmen die Fragen und Anmerkungen der Kreis- und Kommunalvertreter breiten Raum ein. Ein Schwerpunkt: Die aus Sicht der Kommunen mangelnde Transparenz und die fehlende Beteiligung der Kommunalpolitik an den Reformplänen. KV-Vorsitzender Potthoff erinnerte an die Diskussion und Beschlussfassung durch die KV-Vertreterversammlung in öffentlicher Sitzung und die unmittelbare Information der Fach- und Publikumsmedien über die VV-Beschlüsse. Von einer Re-

form hinter verschlossenen Türen könne keine Rede sein.

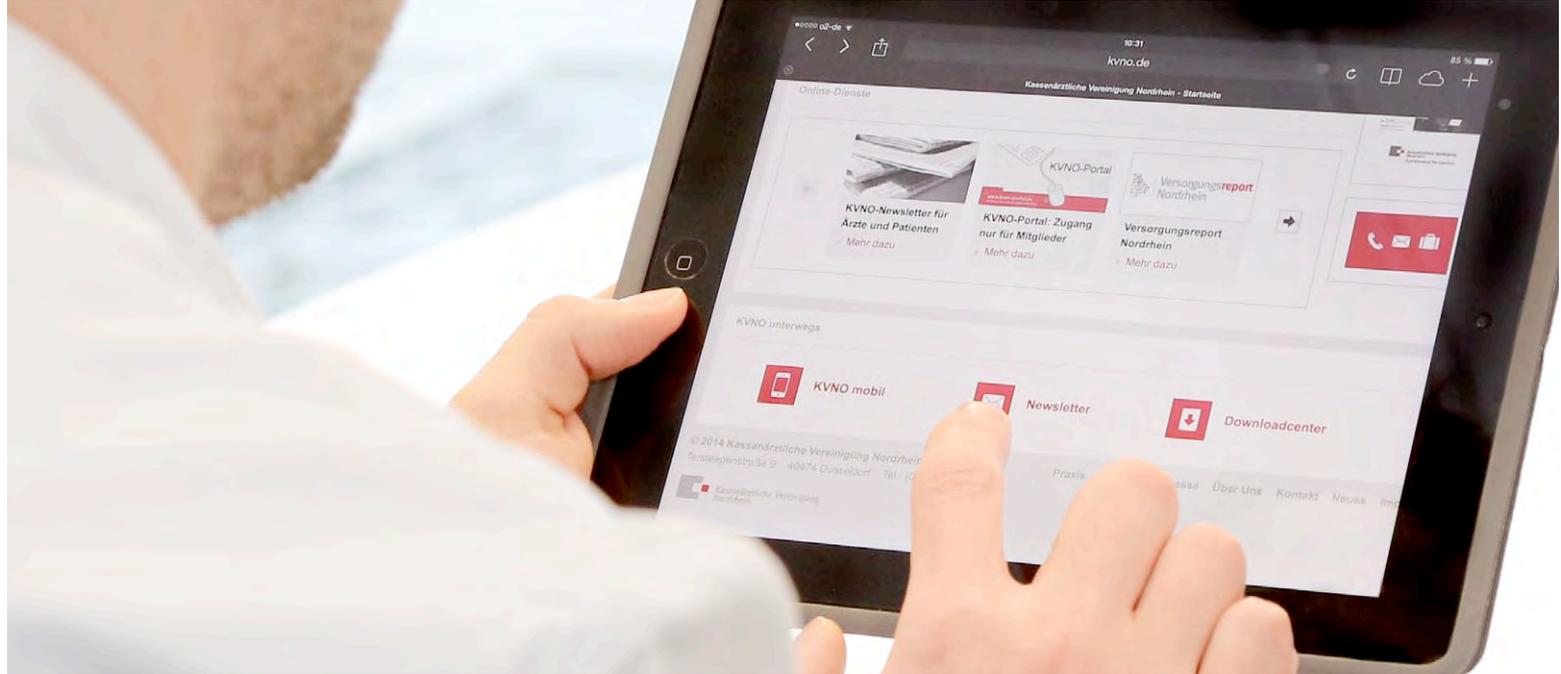
Eine weitere Sorge der anwesenden Kommunalpolitiker galt den Bürgern mit eingeschränkter Mobilität: Wie sollen angesichts wegfallender Standorte von Notdienstpraxen alte und chronisch kranke Personen ohne eigenes Fahrzeug versorgt werden? Dieser Kritik trat Potthoff mit Verweis auf den in der Debatte häufig „vergessenen“ Fahrdienst entgegen, der auch immobilen Patienten einen Zugang zum ambulanten Notdienst gewährleiste. Gleichwohl, so Potthoff, sei es nicht Bestandteil des Sicherstellungsauftrags der KV, Defizite der Sozial- und Strukturpolitik zu kompensieren – etwa im öffentlichen Nahverkehr. Hier stünden auch die Kommunen in der Pflicht.

Mit Nachdruck widersprach Potthoff auch der Einschätzung mancher Kommunalvertreter, die geplanten Strukturen im Notdienst steigerten die Inanspruchnahme der Klinikambulanzen, die schon heute an der Belastungsgrenze arbeiteten. Potthoff: „Die Fallzahlen der Ambulanzen in Kölner Krankenhäusern liegen über dem Landesdurchschnitt, obwohl wir dort zehn Notdienstpraxen haben.“ Eine effektive Entlastung der Kliniken könne nicht durch noch mehr Notdienstpraxen erreicht werden. Mit Blick auf die außergewöhnlich hohe Krankenhausdichte in NRW konstatierte Potthoff: „Im Zweifel liegt das nächste Krankenhaus fast immer näher als die nächste Notdienstpraxis.“ Auch deshalb sollte über kooperative Modelle nachgedacht werden.

Am Ende der Veranstaltung versicherten Potthoff und Henke, dass KV und Ärztekammer Nordrhein beim Thema Notdienst im Gespräch blieben – auch mit den Kommunen in Nordrhein beziehungsweise mit deren Spitzenverbänden auf Landesebene. Letztlich aber müsse über die Zukunft des Notdienstes die ärztliche Selbstverwaltung entscheiden. Sie trage die Verantwortung dafür. ■ KVNO

Neue Medien im Angebot

Die KV Nordrhein hat sämtliche Informationen zur geplanten Reform des ambulanten ärztlichen Notdienstes auf einer neuen Webseite gebündelt: Unter www.notdienstreform-nordhein.de finden Interessierte, ob Bürger, Ärzte oder Medienvertreter, die wichtigsten Beschlüsse, Presseinformationen, Fragen und Antworten zu den Plänen und bisherigen Entscheidungen. Außerdem soll die Seite über Struktur und Funktion des ambulanten Notdienstes informieren – und deutlich machen, dass der Notdienst keine verlängerte Sprechstunde sein kann und soll.



Neues auf den Punkt gebracht

Besser informiert mit den Newslettern der KV Nordrhein

■ KVNO-Ticker

Der Nachrichtendienst der KV Nordrhein – inklusive aktueller Honorar-Informationen.

■ Praxis & Patient

Neues zu aktuellen Entwicklungen in der ambulanten Versorgung in Nordrhein für Patienten – und die Praxishomepage.

■ VIN – VerordnungsInfo Nordrhein

Der Newsletter liefert aktuelle Regelungen und praktische Tipps zum Verordnen von Arznei- und Heilmitteln.

■ Internet

Der Newsletter informiert regelmäßig über aktuelle Neuigkeiten im Internetangebot der KV Nordrhein.

■ IT-Telematik

Für Anbieter von Gesundheits-IT und Systembetreuer von Praxis-EDV: News rund um die Telematik in Nordrhein.

■ IT-Beratung

Online-Abrechnung, Praxisverwaltungssysteme oder Datenschutz – aktuelle Infos rund um IT in der Arztpraxis.

■ MFA aktuell

Aktuelle Informationen exklusiv für MFA – das Wichtigste rund um Abrechnung, Fortbildung und neue Verträge.



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein



www.kvno.de

Änderungen kurz vor Schluss

Lange war es erstaunlich ruhig um die Gesundheitsreform, die in der Ministerialsemantik unter dem Namen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (kurz GKV-VSG) firmiert. Doch nun haben sich die Gesundheitspolitiker der Großen Koalition doch noch auf etliche, zum Teil substantielle, Änderungen am Gesetzesentwurf geeinigt.

KVNO Aktuell dokumentiert die zentralen Änderungsanträge, die die Große Koalition in die abschließenden Beratungen des GKV-VSG im Bundestag einbringen wird:

Der „Praxisaufkauf“ kommt – aber abgemildert

In rechnerisch überversorgten Gebieten sollen Arztsitze durch die Kassenärztliche Vereinigung nun ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent „stillgelegt“ und entschädigt werden. Bisher geplant war ein Aufkauf ab 110 Prozent. Allerdings: Die „Kann-Regelung“ ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent bleibt bestehen.

Für die Feststellung des für den Aufkauf der Praxen relevanten Verkehrswerts gilt, dass der materielle und immaterielle Praxiswert berücksichtigt werden – nicht aber der „theoretisch erzielbare höhere Verkaufspreis im Sinne eines echten Marktwertes bei Praxisfortführung durch einen Nachfolger“. Ebenfalls neu: Im Rahmen von Zulassungsverfahren sind Ärzte, die bereits eine mindestens fünfjährige Tätigkeit in unterversorgten Gebieten nachweisen können, künftig zwingend zu bevorzugen.

Die Terminservicestellen kommen – auch für die Psychotherapie

Die von den KVen einzurichtenden Terminservicestellen müssen ab 2017 – bzw. unmittelbar nach Einführung der „psychotherapeutischen Sprechstunden“ gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss – auch Erst-

gespräche im Rahmen dieses Therapieangebots vermitteln. Und dies ebenfalls innerhalb einer Vier-Wochen-Frist. Laut Begründung des Änderungsantrags gilt dies auch für die Vermittlung von Folgeterminen, die sich aus dem Erstgespräch ergeben. Zudem wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) verpflichtet, dem Bundesministerium für Gesundheit jährlich über die Arbeit und die Vermittlungsergebnisse der Terminservicestellen zu berichten.

Die Stimmenparität kommt – aber nur in der KBV-VV

Die innerhalb der Ärzteschaft heftig diskutierte Regelung, nach der in den Vertreterversammlungen der KVen Hausärzte und Fachärzte getrennt über ihre jeweiligen Belange abstimmen, wird auf die Vertreterversammlung der KBV begrenzt. Ebenso die – zunächst auch für alle Länder-KVen geplante – paritätische Stimmengewichtung bei gemeinsamen Abstimmungen (wir berichteten).

Die Weiterbildungsförderung wird ausgedehnt – auf grundversorgende Fachärzte

Neben den 7.500 Stellen für Allgemeinmediziner, sollen künftig zusätzlich bis zu 1.000 Weiterbildungsstellen für „allgemein-versorgende Fachärzte“ gefördert werden. Welche Fächer von dieser Regelung umfasst sind, legen die Vertragspartner fest: KBV, Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband der Krankenkassen. Gesetz sind hierbei laut Änderungsantrag Pädiater, Gynäkologen und konservativ tätige Augenärzte.

Die Bedarfsplanung wird erneut reformiert – bedarfsgerecht und kleinräumig

Nach der umfassenden Reform in 2012 wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) verpflichtet, bis Ende 2016 erneut eine Überarbeitung der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorzunehmen. Die Koalition will, dass die ambulante Bedarfsplanung „bedarfsgerechter und kleinräumiger“ wird – wobei letzteres Kriterium künftig besonders für die Psychotherapie gelten soll. Ferner muss der G-BA bei der Berechnung der Verhältniszahlen von Einwohnern zu Ärzten neben der demographischen Entwicklung künftig auch die regionale Sozial- und Morbiditätsstruktur berücksichtigen. Das ist eine erhebliche methodische Herausforderung, wie die jüngsten Debatten aus der Versorgungsforschung zeigen.

Die sektorübergreifende Versorgung geht voran – beschleunigt

Offensichtlich ernst ist es der Politik mit Etablierung des „dritten Sektors“, der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV): Um den ambulanten und den stationären Sek-

tor enger zu verzahnen, entfällt die bisherige Beschränkung der ASV auf schwere Verlaufsformen bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen. Zudem wird der Bestandschutz für Krankenhäuser mit Genehmigungen auf der Grundlage des „alten“ Paragraphen 116b SGB V auf drei Jahre befristet – und nicht wie ursprünglich geplant unbegrenzt gewährt.

Auch der Zugang zu den Hochschulambulanzen wird deutlich erleichtert: Der noch im Kabinettsentwurf enthaltene Überweisungsverbot soll entfallen. Versorgt werden können künftig nicht nur komplexe und schwere Verläufe, sondern auch alle seltenen Krankheiten. Dies bleibt nicht ohne Konsequenz auf die Mengenentwicklung in der ASV: Wegen der zu erwartenden Verlagerungseffekte schreibt der Gesetzgeber für diesen Bereich die Bereinigung der fachärztlichen Gesamtvergütung vor – unter Rückgriff auf Regelungen, die vom Bewertungsausschuss konsentiert werden sollen.

■ SIMONE GRIMMEISEN | JOHANNES REIMANN

Niedergelassene in NRW weiter im Nachteil

Allen Änderungen zum Trotz: Ein gerade für die Vertragsärzte in NRW bedeutsames Thema stand in den Gesprächen der gesundheitspolitischen Emissäre von CDU/CSU und SPD offenbar nicht auf der Tagesordnung: die Angleichung der ambulanten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV). Hier bleibt es aller Voraussicht nach bei der Regelung des Kabinettsentwurfs. Das bedeutet: Die Anhebung der mGV kommt erst ab 2017, und sie kommt nur schrittweise.

Vor allem aber: Sie ist an Nebenbedingungen geknüpft, die eine effektive Schließung der Honorarlücke zu Lasten der NRW-KVen in weite Ferne rücken. Dies betrifft besonders die „Verrechnung“ einer möglichen Anpassung der mGV mit den Leistungsangeboten anderer Sektoren. Im Klartext: Die hohe Krankenhausdichte hierzulande dürfte einer angemessenen ambulanten Vergütung auf lange Sicht entgegenstehen. Das „Versorgungsstärkungsgesetz“ wird in dieser Hinsicht seiner Bezeichnung nicht gerecht.

Therapie braucht Diagnose durch den Arzt

Dr. Roland Tenbrock

Wer hat die Hoheit über die Therapie? Bislang waren es im ambulanten Bereich die Ärzte. Doch dagegen reitet die Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Fraktion eine Attacke: In ihrem Positionspapier fordert sie, einen Direktzugang für qualifizierte Therapeuten zu prüfen. Das hieße, dass Physiotherapeuten, Logopäden, Masseure und andere Heilmittelerbringer Patienten künftig auch ohne ärztliche Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln dürften. Ein Irrweg, meint Dr. Roland Tenbrock, Vorsitzender des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie in Nordrhein (BVOU).

Gravierende Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, wie ein Bruch an der Wirbelsäule oder eine Entzündung der Bandscheibe, sind nicht immer offensichtlich. Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie ziehen viele mögliche Diagnosen und die Kombination unterschiedlicher Symptome in Betracht. Die Analyse von Blutwerten, Röntgenaufnahmen, Computertomographie und Magnetresonanztomographie ordnen zu Recht wir Ärzte an – denn wir können die Ergebnisse auch adäquat einordnen.

Im Interesse der Gesundheit des Patienten sollte der Weg zu einer physiotherapeutischen Behandlung nicht an einer Arztpraxis vorbeiführen. Auch weil es wir Ärzte sind, die den Behandlungspfad für unsere Patienten weitgehend steuern – und dafür ja leider auch im Bereich der Heil- und Arzneimittel Budgetverantwortung tragen.

Das am 24. März verabschiedete Papier stammt nach Presseberichten maßgeblich aus der Feder des Nordrhein-Bundestagsabgeordneten und Physiotherapeuten Dr. Roy Küh-

ne. Hauptargumente für die geplante Diagnose- und Therapieverantwortung durch Physiotherapeuten sind angebliche Einsparpotenziale. Auch das Vermeiden von drohenden Versorgungsengpässen durch steigende Patientenzahlen wird angeführt.

Ein wenig scheinheilig klingt das schon. Denn Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) setzt mit dem „GKV-Versorgungsstärkungsgesetz“ zurzeit Regelungen durch, die darauf abzielen, vermeintliche Überversorgung von Fachärzten besonders in Großstädten abzubauen – aber auch hier will die Arbeitsgruppe seiner Parteifreunde ja den Direktzugang ermöglichen.

Klingt paradox. Vermutlich gibt es andere Gründe für die Initiative der CDU/CSU-Arbeitsgruppe. Möglicherweise sind es wirtschaftliche Erwägungen, die einen derart gravierenden Eingriff in die Versorgungslandschaft rechtfertigen. Doch angesichts eines Regelleistungsvolumens von derzeit 21,36 Euro (2. Quartal 2015 / Orthopädie) ist das Kostenargument sicher zu hinterfragen. Unterm Strich dürfte es sogar teurer werden.



Dr. Roland Tenbrock ist niedergelassener Orthopäde in Düsseldorf und Vorsitzender des BVOU in Nordrhein.

Denn im Falle des Direktzugangs ist ein Anstieg von Fehlbehandlungen möglich. Die Diagnosestellung ist nämlich kein Lehr- und Prüfungselement in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten. Das lässt sich auch nicht mit Zusatzkursen oder wenigen Stunden der Physiotherapieausbildung machen.

Die Zusammenarbeit in unseren Praxisteamen, mit Orthopädie-Schuhmachern, mit Physiotherapeuten und vielen anderen ist wichtig. Doch Diagnose stellen, Therapie planen und Verordnungen ausstellen – das sind allein ärztliche Aufgaben. Und die sind im Interesse unserer Patientinnen und Patienten nicht delegierbar.

Masernimpfung: Pop-Art für Ihre Praxis

Angesichts des starken Anstiegs von Masernerkrankungen in diesem Jahr haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Aktion zur Masernimpfung gestartet.

Mit Info-Karten im Pop-Art-Stil können Sie auch in Ihrer Praxis auf die Masernimpfung aufmerksam machen. Im Fokus stehen nach 1970 geborene Erwachsene, denn die besitzen häufig keinen ausreichenden Impfschutz. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts haben nur knapp 60 Prozent der 18- bis 44-Jährigen die erste Masernimpfung erhalten, noch weniger Menschen die zweite Impfung. Folge: Mehr als die Hälfte aller Masernfälle betreffen derzeit Jugendliche und Erwachsene.

Säuglinge und Immungeschwächte

Masern sind keine harmlose Kinderkrankheit. Sie können von Komplikationen wie einer Lungenentzündung oder auch einer Entzündung des Gehirns begleitet werden. Schwere Verläufe sind bei Jugendlichen und Erwach-

senen deutlich häufiger als bei Kindern. Mit einer Impfung schützt man nicht nur sich selbst, sondern auch Menschen, die nicht geimpft werden können, zum Beispiel Säuglinge in den ersten Lebensmonaten und Immungeschwächte.

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hatte 2010 ihre Empfehlung zur Standardimpfung gegen Masern auf jüngere Erwachsene erweitert. Zusätzlich zur zweimaligen Impfung von Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr empfiehlt die STIKO allen nach 1970 geborenen Erwachsenen in folgenden Fällen eine einmalige Impfung:

- wenn sie bisher nicht gegen Masern geimpft sind,
- nur einmal in der Kindheit geimpft wurden oder
- der Impfstatus gegen Masern unklar ist.

Die STIKO-Empfehlungen wurden in die Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses übernommen. Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen die Impfung also.



Materialien der Masern-Aktion

Außer der Info-Karte gibt es zwei Patienteninfos zum Thema Masern: einmal zur Nachholimpfung für Erwachsene und einmal zur Impfung von Kindern. Speziell für Ärzte gibt es außerdem eine Praxisinfo. Und mit dem Online-Test „Mein PraxisCheck Impfen“ können Praxen ihr Impfmanagement einfach überprüfen und optimieren.

Alle Infos unter www.kbv.de | KV 150709

Kontakt

Dieser Ausgabe von KVNO aktuell liegt eine Info-Karte bei. Wenn Sie die Aktion zur Masernimpfung unterstützen möchten und dafür Karten für Ihre Praxis benötigen, senden wir Ihnen diese gerne kostenlos zu.

Bitte senden Sie mir EXEMPLARE der Info-Karte zu.

E-Mail bestellung.koeln@kvno.de | Telefax 0221 7763 6266

1-Click-Abrechnung startet

KV-Connect ermöglicht den sicheren Datenaustausch zwischen Ärzten, Psychotherapeuten, Kassenärztlichen Vereinigungen und weiteren medizinischen Partnern wie Krankenhäuser – direkt aus der Praxissoftware heraus. KV-Connect löst das Kommunikationsverfahren D2D zum 15. Februar 2016 ab. Praxen, die weiterhin direkt aus ihrem Praxisverwaltungssystem heraus Nachrichten senden und empfangen möchten, sollten also den Wechsel zu KV-Connect gemeinsam mit ihrem Softwarehaus rechtzeitig ins Auge fassen.

KV-Connect startet zunächst mit einer Anwendung: die 1-Click-Abrechnung. Schon die Abrechnung des 2. Quartals 2015 können Praxen via KV-Connect an die KV Nordrhein senden. Dabei sind – wie bei D2D gewohnt – Echt- und Testabrechnungen möglich. Auch die elektronisch signierte Sammelerklärung lässt sich zusätzlich zur Abrechnungsdatei übermitteln. Softwarehäuser, die den Nachweis erbringen, dass sie die verschiedenen Funktionen bei der 1-Click-Abrechnung (zum Beispiel die Signatur der eSammelerklärung) beherrschen, werden auf den KVNO-Webseiten veröffentlicht.

Um Missverständnisse zu vermeiden: Für die Onlineabrechnung ist KV-Connect keine Pflicht, sondern gegebenenfalls eine sinnvolle Option. Ärzte und Psychotherapeuten, die le-

diglich ihre Abrechnungsdatei zur Quartalsabrechnung online einreichen möchten, können nach wie vor kostengünstig das KVNO-Portal für die Onlineabrechnung verwenden, beispielsweise mit dem eToken.

Um KV-Connect zu nutzen, sind drei Voraussetzungen zu erfüllen:

- KV-SafeNet-Anbindung
- KV-Connect-Zugangsdaten, die Praxen von der KV Nordrhein auf Antrag erhalten und
- die Integration bzw. Freischaltung von KV-Connect durch das Softwarehaus

Weitere Anwendungen in Vorbereitung

Bei KV-Connect werden weitere Anwendungen wie eHautkrebs-Screening, eKoloskopie, eArztbrief oder DALE-UV voraussichtlich im Laufe der nächsten Monate von den meisten Praxissoftwares umgesetzt. Die Übermittlung der elektronischen Dokumentation für Disease-Management-Programme (eDMP) an die Datenstellen wird voraussichtlich im 4. Quartal 2015 möglich sein.

Verantwortlich für die Organisation und Spezifizierung der unterschiedlichen Anwendungsszenarien ist die KV Telematik GmbH. Auf deren Webseiten (www.kv-telematik.de) sind die Softwarehäuser gelistet (Audit-Liste), die das KV-Connect für eine Anwendung (derzeit eArztbrief) erfolgreich abgeschlossen haben.

■ FRANZ-JOSEF ESCHWEILER | NICOLE BIELSKI

Informationsmaterial zu KV-Connect und die Anmeldung für Betriebsstätten finden Sie unter www.kvno.de/kv-connect | KV | 150710



© apops | fotolia

Auf die Leistung kommt es an

Nach der politisch gefärbten Offensive im Frühjahr widmet sich die Imagekampagne im weiteren Verlauf dieses Jahres wieder der Arbeit und den Leistungen der niedergelassenen Mediziner und Therapeuten. Die Motive zeigen neue Gesichtern und Claims.

Pointierte Stellungnahmen zum Versorgungsstärkungsgesetz prägten die Kampagne der Kassenärztlichen Vereinigungen in den ersten Monaten dieses Jahres. So war es im vergangenen Jahr von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beschlossen worden. „Ursprünglich war es nicht Absicht der Kampagne, im engeren Sinne politisch Stellung zu beziehen“, sagte KBV-Chef Dr. Andreas Gassen beim Ärztetag in Frankfurt. Aber die deutliche Kritik an den Plänen der Bundesregierung stieß auf breite Resonanz.

Dennoch sei es richtig, die Kampagne ab jetzt wieder an den positiven Aspekten der Versorgung auszurichten, so Gassen. Im Zentrum stehe nun die Frage, was die Niedergelassenen im Gegensatz zu den Krankenhäusern auszeichnet – und was Patienten eben nur bei ihrem Arzt finden. Vom 29. Mai bis 11. Juni waren die neuen Kampagnenmotive zum Schwerpunktthema „Leistung“ auf rund 4.500 Citylight- und Großflächenplakaten in nahezu allen Groß- und Landeshauptstädten deutschlandweit sichtbar.

„A!“: Neues Magazin fürs Wartezimmer
Neu ist das Patientenmagazin „A!“ zur Wartezimmerlektüre für die Patienten. „Auf unterhaltsame Weise soll es unter anderem über die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Niedergelassenen informieren, ohne missionarisch daherzukommen“, sagt Gassen. Inhaltlicher Schwerpunkt der ersten Ausgabe ist das Thema „Zeit“ – vom Zeitmanagement der Mediziner bis zu den Wartezeiten. „Wir haben



diesen Ansatz der ‚Kundenansprache‘ gewählt, weil sich herausgestellt hat, dass die Praxen selbst einer der besten Kanäle sind, um die Menschen zu erreichen.“

Am 3. Juni hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Kampagnen-Neustart medial angekündigt. Parallel wurde die Online-Werbung verstärkt, besonders auf Seiten mit Gesundheitsthemen sowie in Medien wie FAZ.net, Süddeutsche.de und Zeit.de. Wer die Online-Banner anklickt, landet auf der Kampagnenseite www.ihre-aerzte.de. Dort gibt es weiterführende Informationen zum Schwerpunktthema, also zur Leistungsfähigkeit der Praxen und des ambulanten Systems. Die Seite wird monatlich um weitere thematische Beiträge ergänzt. ■ DR. HEIKO SCHMITZ

Mehr Infos zur Kampagne unter www.ihre-aerzte.de

KV | 150711

Die Kampagne geht weiter. Sie rückt nun die Leistungen der Ärzte und Therapeuten in den Fokus.

Mehrarbeit und Haftungsrisiken

Vertragsärzte müssen vor einer Einweisung ins Krankenhaus alle ambulanten Behandlungsangebote als Alternative in Erwägung ziehen. Das bedeutet, dass sie sich über sämtliche Angebote informieren müssen. Dies verlangt die seit Anfang Mai geltende neue Fassung der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen hat – gegen die Stimmen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).



Niedergelassene Ärzte sollen vor einer Verordnung zur stationären Behandlung sämtliche ambulante Alternativen zur Klinik ausschließen.

Vor der Verordnung einer stationären Behandlung müssen niedergelassene Ärzte nicht nur abwägen, ob sie selbst (gegebenenfalls mit Unterstützung durch häusliche Krankenpflege) die ambulante Behandlung leisten können. Sie müssen auch prüfen, ob dies möglich ist unter Einbeziehung zum Beispiel von Schwerpunktpraxen, ermächtigten Ärzten oder Hochschulambulanzen. Die Richtlinie listet hierzu elf Punkte auf, die Vertragsärzte in Erwägung zu ziehen haben.

„Dass Vertragsärzte zuerst alternative ambulante Behandlungsmöglichkeiten abwägen, bevor sie einen Patienten ins Kranken-

haus schicken, ist eine Selbstverständlichkeit“, sagt KBV-Vorstand Dipl.-Med. Regina Feldmann. Dass sie aber alle vorhandenen Möglichkeiten in Erwägung ziehen müssen, unabhängig davon, ob sie diese überhaupt kennen (können), sei im Praxisalltag nicht zu leisten.

Risiko: Prüfungen

Die neue Richtlinie bringe einen enormen Aufwand mit sich. Zudem bestehe durch die neue Regelung das Risiko, dass Vertragsärzte sich im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung für Krankenhauseinweisungen rechtfertigen müssen, fügte Feldmann hinzu.

Die Regelung ist Teil der Krankenhauseinweisungs-Richtlinie, die der G-BA überarbeitet hat. Hintergrund der Überarbeitung war, die vielen neu entstandenen ambulanten Angebote abzubilden und sie von der stationären Behandlung abzugrenzen. Denn immer mehr Untersuchungen und Behandlungen können heutzutage ambulant durchgeführt werden. Ein Beispiel ist die ambulante spezialfachärztliche Versorgung, in der neben Klinikärzten auch Vertragsärzte tätig sein können.

Die KBV hatte sich in den Beratungen zur Neufassung dafür eingesetzt, dass Vertragsärzte bei der Abwägung, welche ambulanten Behandlungsformen alternativ zur Krankenhausbehandlung infrage kommen, nur die ihnen bekannten Behandlungsangebote berücksichtigen müssen. Damit konnte sich die KBV

jedoch nicht gegen den GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft durchsetzen.

Besondere Brisanz erhält das Thema auch dadurch, dass verschiedene Krankenhäuser für ambulante Behandlungen im Krankenhaus Verordnungen zur stationären Behandlung anfordern – entgegen den Regularien des Vertragsarztrechts. Vorsicht ist geboten, denn das Ausstellen einer solchen Verordnung könnte Gegenstand einer Wirtschaftlichkeitsprüfung werden.

Anlässlich der Diskussion um die neue Richtlinie lohnt sich auch ein Blick auf die lange bestehende Rechtslage. Denn der Verordnungsvordruck von Krankenhausbehandlung enthält auf der Rückseite den Hinweis, dass die Versicherten die Verordnung vor Aufsuchen des Krankenhauses ihrer Krankenkasse vorzulegen haben. Es sei denn, es handelt sich um einen Notfall. Geschieht das nicht, kann die Krankenkasse die Kostenübernahme ablehnen. Dieser Ablauf indes findet kaum statt. Die Kostenträger scheinen dieses Procedere weitgehend auszublenden. ■ KVNO

Die Krankenhauseinweisungs-Richtlinie finden Sie unter www.g-ba.de
KV | 150713

Die neuen Vorgaben

§ 3 Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung

- (1) Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt hat vor der Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung abzuwägen, ob sie oder er selbst, gegebenenfalls mit Einbindung der häuslichen Krankenpflege, die ambulante Behandlung fortsetzen kann oder ob eine ambulante Weiterbehandlung – gegebenenfalls auf Überweisung – beispielsweise durch
- a) eine weitere Vertragsärztin oder einen weiteren Vertragsarzt mit entsprechender Zusatzqualifikation oder eine Schwerpunktpraxis,
 - b) eine Notfallpraxis im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung,
 - c) eine oder einen in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung oder einer stationären Pflegeeinrichtung tätige Ärztin oder tätigen Arzt mit einer Ermächtigung zur ambulanten Behandlung (§ 116 SGB V),
 - d) ein Krankenhaus, das zur Durchführung ambulanter Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe zugelassen ist (§ 115b SGB V),
 - e) ein Krankenhaus, das zur ambulanten Behandlung bei Unterversorgung oder zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zugelassen ist (§ 116a SGB V),
 - f) an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser, die zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zugelassen sind (§ 116b SGB V) oder Krankenhäuser, die zur ambulanten Behandlung nach § 116b Absatz 2 Satz 1 in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung zugelassen sind,
 - g) Hochschulambulanzen bzw. psychiatrische/psychosomatische Institutsambulanzen oder Ambulanzen an Ausbildungsstätten (§§ 117 und 118 SGB V),
 - h) geriatrische Fachkrankenhäuser oder Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständiger geriatrischer Abteilung im Hinblick auf ambulante geriatrische Versorgung sowie Krankenhausärztinnen oder Krankenhausärzte mit Ermächtigung zur ambulanten geriatrischen Behandlung (§ 118a Absatz 1 SGB V),
 - i) sozialpädiatrische Zentren oder Kinderspezialambulanzen (§§ 119, 116a in Verbindung mit § 120 Absatz 1a SGB V),
 - k) Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 119a SGB V),
 - l) Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen bei einer anderen Vertragsärztin, einem anderen Vertragsarzt oder in einem Krankenhaus (§ 137f in Verbindung mit § 137g SGB V)
- oder
- m) einen Leistungserbringer im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung (§ 140a SGB V), soweit der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt bekannt, ausreicht und stationäre Krankenhausbehandlung vermieden werden kann.
- (...)
- (3) ¹Die Behandlung einer akuten Erkrankung muss stationär erfolgen, wenn sie wegen Gefährdung von Gesundheit und Leben der Patientin oder des Patienten nicht oder nicht rechtzeitig ambulant durchgeführt werden kann. ²Das schließt die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Überwachung der Vitalparameter der Patientin oder des Patienten ein."

Quelle: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie)

Automatische Ergänzung der Chronikerpauschale entfällt

Zum 3. Quartal 2014 wurde die Systematik zur Abrechnung der Chronikerpauschale geändert. Praxen müssen seitdem nicht nur die Ziffern 03221/04221, sondern auch die 03220/04220 in der Abrechnung eintragen. Bislang hat die KV Nordrhein die Abrechnung automatisch um die Chronikerpauschale 03220/04220 ergänzt, da die Änderung noch nicht in jeder Praxissoftware berücksichtigt war. Das ändert sich zum 3. Quartal 2015.

Grund: Mittlerweile sind alle Softwareprogramme der Praxisverwaltungssysteme auf die neue Systematik eingerichtet. Deshalb bitten wir Sie, ab dem 3. Quartal 2015 diese Leistung bei der Abrechnung selber einzutragen, da die automatische Ergänzung durch die KV Nordrhein ab Juli dieses Jahres entfällt.

Ab Oktober: Humangenetische Beurteilungen höher vergütet

Humangenetische Beratungen und Beurteilungen werden ab Oktober höher vergütet. Darauf haben sich Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss verständigt.

Nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses werden zum 1. Oktober 2015 mehrere neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen (GOP 11233 bis 11236). Nach einer Basisleistung (GOP 11233) für eine Beratung und Beurteilung bis zu 20 Minuten Dauer sind Zuschläge mehrfach berechnungsfähig, die den Aufwand nach medizinischen Kriterien differenzieren.

Die neuen GOP ersetzen die bestehenden GOP 11231 (Humangenetische Beurteilung nach Fremdbefunden) und 11232 (Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidenten genetischen und/oder teratogenen Risikos)

sowie die GOP 11220 für die zeitaufwändige Beratung. Die neuen GOP 11233 bis 11236 sind nur von Fachärzten und von Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechnungsfähig.

Mehr Infos unter www.kbv.de | KV | 150714

Beitritt der Deutschen BKK zum Homöopathievertrag

Zum 1. Juli 2015 tritt die Deutsche BKK dem Homöopathievertrag nach § 73c SGB V der AG Vertragskoordination mit der Securvita Krankenkasse bei. Für Versicherte der Deutschen BKK können deshalb ab dem 1. Juli 2015 (nach der Fusion der Deutschen BKK und der BKK Essanelle) Leistungen erbracht und abgerechnet werden.

Es nehmen nun folgende Betriebskrankenkassen an dem Vertrag teil: BKK Linde, Daimler BKK, BKK 24, BKK PFAFF, BKK Herkules, actimonda BKK, Novitas BKK, Deutsche BKK.

Weitere Infos unter www.kvno.de | KV | 150714

Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse geändert

In die Stammdaten der Anlage 1 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (QSD-RL) wurden Klarstellungen aufgenommen:

Dokumentation bei Dialyseverfahrenswechsel (Feld 3.2): Bei Wechsel des Dialyseverfahrens innerhalb eines Quartals sind nur Parameter für das Dialyseverfahren zu dokumentieren, für das auch eine Referenzdialyse durchgeführt wurde.

Berechnung im Zusammenhang mit dem Merkmal „Zugangsart“ (Feld 3.6): Für den Datenanalysten musste die Rechenvorschrift ergänzt werden, da dieser mit einem Grenzwert versehene Qualitätsparameter nur für Patienten mit Hämodialyse und nur bei ständiger Dialysepflicht gilt.

Der Jahresbericht 2013 des Zentralen Datenanalytisten zur Qualitätssicherung in der Dialyse ist einschließlich einer Erläuterung zur Einordnung der Ergebnisse im Internet beim Gemeinsamen Bundesausschuss abrufbar.

Hier finden Sie auch die zusammenfassenden Berichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu den Tätigkeitsberichten der Qualitätssicherungs-Kommissionen und letztendlich des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung zu den Benchmarkdaten.

Mehr Infos unter www.g-ba.de | **KV | 150715**

MMR-Impfung für vor 1971 geborene Erwachsene ab 1. Juli

Die zum 1. September 2013 geschlossene Vereinbarung über die Durchführung der MMR-Impfung für Erwachsene, die vor 1970 geboren sind, wird ab 1. Juli 2015 mit wenigen Änderungen fortgeführt. Hierauf haben sich die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein und die AOK Rheinland/Hamburg verständigt.

Im Rahmen der Schutzimpfungs-Richtlinie können Versicherte, die nach 1970 geboren sind, gegen MMR geimpft werden. Der Impfstoff kann als Sprechstundenbedarf bezogen werden. Für vor 1971 geborene Patienten übernimmt die AOK die MMR-Impfung als Satzungsleistung. Der Impfstoff muss in diesen Fällen auf den Namen des Patienten zu Lasten der AOK verordnet werden. Die Vereinbarung gilt für alle Ärzte im Bereich der KV Nordrhein, die die Anforderungen entsprechend der regionalen Impfvereinbarung in der jeweils gültigen Fassung erfüllen.

Die übrigen Regelungen, die noch bis 30. Juni 2015 gültig sind, gelten weiterhin. Die Vergütung für die MMR-Impfung als Satzungsleistung der AOK wird jedoch angehoben und ab 1. Juli 2015 mit 9,50 Euro je Impfung vergütet (bisherige Vergütung: 8,25 Euro).

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvno.de
KV | 150715

Neue Teilnahmeerklärungen für die DMP Diabetes und KHK

Ab dem 1. Juli 2015 müssen Praxen für die Teilnahme neuer Patienten an den Disease-Management-Programmen (DMP) Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2 und Koronare Herzkrankheit (KHK) neue Teilnahmeerklärungen verwenden.

Die neuen Formulare sind nötig, weil die oben genannten DMP-Verträge zum 1. Juli an die DMP-Anforderungen-Richtlinie angepasst wurden. Die Änderungen betreffen sowohl die Teilnahmeerklärungen als auch die Dokumentationen für diese Programme.

Praxen, die Patienten in den genannten DMP betreuen, hat die KV Nordrhein Anfang Juni eine Erstaussstattung mit den neuen Teilnahmeerklärungen zugesendet. Die bisher verwendeten Formulare verlieren zum 30. Juni ihre Gültigkeit und können nicht mehr verwendet werden.

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

Medikations-Check: Experten für die Sicherheit

Welche Arzneimittel kann ich in der Schwangerschaft verordnen? Wann ist ein Off-Label-Use möglich? Welche Verordnungs-Alternativen gibt es bei bestimmten Unverträglichkeiten? Solche Fragen aus den nordrheinischen Praxen beantwortet ein Expertenteam von Apothekern für die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein. Einige dieser Spezialisten sind schon seit Jahren auch als Pharmakotherapieberater für die KV Nordrhein tätig.

Dieser Medikations-Check unterstützt die Mitglieder der KV Nordrhein bei der Beurteilung komplexer Arzneimitteltherapien – und dient somit zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit. Zu den Themen des Medikations-Checks gehören beispielsweise:

- Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit
- Pharmakodynamik und Pharmakokinetik von Arzneimitteln und ihre Bedeutung in der ambulanten Arzneimittelversorgung
- Therapeutisches Drug-Monitoring (TDM)
- Geriatrische Pharmazie (einschl. Priscus-Liste)
- Arzneimitteltherapiesicherheit
- Unerwünschte Arzneimittelwirkungen einschließlich pharmakotherapeutischer Alternativen
- Off-Label-Use
- Dosierungen
- Unabhängige Bewertung von Studien über neue Arzneimittel

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein startet hiermit ein bundesweit einmaliges

Projekt. Denn anders als bei den bisher existierenden Programmen zur Arzneimittelberatung durch Apotheker, Universitäten oder Krankenkassen bleiben die Entscheidung und Therapieverantwortung allein beim Arzt, auch wenn er sich qualifiziert beraten lässt. Die Berater haben keinen Kontakt zum Patienten und beraten auf Basis von anonym übermittelten Angaben. Die Anfragen werden anonym weitergeleitet, die anfragende Praxis bekommt über die Kassenärztliche Vereinigung die schriftliche Antwort.

So funktioniert der Medikations-Check: Der Arzt füllt ein Kontakt-Formular aus, das im Internet-Angebot der KV Nordrhein zu finden ist. Die Frage zur Medikation beurteilt das Experten-Team unter Berücksichtigung der zur Verfügung gestellten anonymisierten Daten. Die Antwort erhält die Praxis innerhalb eines Werktages. Für die Bearbeitung der Frage werden die Indikation und Begleiterkrankungen einschließlich der relevanten Laborwerte nach evidenzbasierten und leitliniengestützten Kriterien, der aktuelle Stand der Wissenschaft sowie wirtschaftliche und zulassungsrelevante Aspekte berücksichtigt.

Bitte beachten Sie: Die Anfrage können Praxen nur über das Kontaktformular stellen. Das Anhängen von Dokumenten wie Entlassbriefe ist nicht möglich. Denn nicht gesendet werden sollen patientenindividuelle Daten wie Name und Geburtsdatum.

Das Kontaktformular finden Sie unter www.kvno.de
KV 150716

Kontakt

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

Hilfsmittelberatung
Telefon 0211 5970 8070
Telefax 0211 5970 8136
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

Therapiehinweis zu Cilostazol aktualisiert

Der Therapiehinweis zu Cilostazol (Pletal, Generika) in der Anlage IV der Arzneimittel-Richtlinie ist überarbeitet worden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) weist mit den Änderungen auf die eingeschränkte Zulassung als Zweitlinienpräparat bei Claudicatio intermittens hin. Für eine wirtschaftliche Verordnung sollten kumulativ folgende Voraussetzungen vorliegen:

- die Gehleistung ist nicht durch andere Faktoren limitiert, z. B. eine Gonarthrose oder Polyneuropathie,
- revascularisierende Interventionen sind nicht angezeigt,
- ein Gehtraining ist erfolglos geblieben oder kann nicht durchgeführt werden,
- das Rauchen wurde eingestellt,
- aufgrund der Claudicatio bestehen im All-

tag relevante Einschränkungen, und selbst moderate Verlängerungen der Gehstrecke können ein Zugewinn an Lebensqualität bedeuten. Davon kann bei maximalen Gehstrecken unter 200 Metern meist ausgegangen werden.

Die Indikation für Cilostazol sollte neben anderen Behandlungsmethoden sorgfältig gestellt werden. Besonders streng sollte die Indikation auch bei über 70-jährigen Patienten mit bestehender ASS- und Statin-Medikation gestellt werden. Ferner soll der Behandlungserfolg nach drei Monaten evaluiert werden. Wenn er ausbleibt, sollte das Präparat abgesetzt werden. Wenn es länger angewendet wird, sollte jährlich der Therapieerfolg dokumentiert werden. ■ HON

Die Therapiehinweise sind Bestandteil der Arzneimittel-Richtlinie. Die aktuelle Version finden Sie auf der Homepage des G-BA unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien | KV | 150717

Praxisferne Rabatt-Wunschliste der Ersatzkassen

Für Arzneimittel der sogenannten Substitutionsausschlussliste informieren mehrere Ersatzkassen per Brief über ihre bestehenden Rabattverträge. In dem Schreiben werden die Ärzte aufgefordert, bei der Verordnung die Rabattverträge zu beachten und die Medikamente mit dem Präparatenamen gezielt zu verordnen.

Zu beachten seien nicht nur die Verträge der einzelnen Kasse mit verschiedenen Herstellern, sondern auch noch divergierende Laufzeiten der Verträge. „Es ist im Praxisalltag nicht leistbar, sich bei einer Vielzahl von Verordnungen durch Papierlisten zu wühlen oder Recherchen auf den Internetseiten der Krankenkassen zu betreiben, um die Rabattwünsche der Kassen zu erfüllen“, sagt Dr. med. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein.

Zum Hintergrund: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte im September 2014

eine Liste mit sieben Wirkstoffen veröffentlicht, bei denen die Arzneimittel in der Apotheke nicht im Rahmen von aut idem getauscht werden dürfen. Die Wirkstoffe haben eine enge therapeutische Breite, so dass ein häufiger Präparatewechsel die Wirksamkeit beeinflussen könnte. Praxen müssen deswegen eine „eindeutige“ Verordnung ausstellen; eine Wirkstoffverordnung ist bei den Präparaten nicht möglich.

In dem Schreiben der Ersatzkassen vom 21. April 2015 verlangen diese von den Praxen nun einen erheblichen Mehraufwand. Die Ärzte sollen nicht nur die Präparate auswählen, die im Rahmen der G-BA-Regelung therapeutisch angezeigt sind, sondern auch noch die spezifischen Rabattverträge der jeweiligen Kasse mit verschiedenen Herstellern berücksichtigen. Auch die Laufzeit sollen die Praxen beachten – zwischen Mai 2015 und Juni 2017 gibt es derzeit neun Vertragslaufzeiten. ■ HON

Kontrazeptiva auf Kassenrezept



Für Frauen bis 20 Jahre tragen die gesetzlichen Kassen die Kosten für „die Pille“ und andere empfängnisverhütende Mittel.

Die Verordnung der „Pille“ und anderer empfängnisverhütender Mittel ist nur auf Privat-rezept möglich. Ausnahme: Bei medizinischer Indikation und für Versicherte bis zum 20. Geburtstag können Sie empfängnisverhütende Mittel wie die Pille oder eine Spirale auf einem Kassenrezept verordnen. Bei der Pille sollte darauf geachtet werden, dass unmittelbar vor dem 20. Geburtstag nur noch die kleinste Packungsgröße verordnet wird.

Ist Ihre Patientin minderjährig, kommt die Verordnung empfängnisverhütender Mittel ohne Kenntnis oder Zustimmung des Erziehungsberechtigten nur in Betracht, wenn Sie im Einzelfall von der Einwilligungsfähigkeit Ihrer Patientin überzeugt sind. Gesetzliche Altersgrenzen sind nicht normiert. Bei unter 14-Jährigen ist die Zustimmung der Eltern in aller Regel erforderlich; Ausnahmen sind möglich, sollten aber unbedingt sorgfältig dokumentiert werden. Patientinnen zwischen 14 und 16 Jahren können Sie Verhütungsmittel ohne Einwilligung der Eltern verordnen, wenn Sie sich hinreichend vergewissert haben, dass Ihre Patientin die Aufklärung verstanden hat und sich der Bedeutung und Tragweite ihres Handelns bewusst ist. Ab 16 Jahren besteht

in der Regel Einwilligungsfähigkeit; allerdings kommt es auch hier auf die Patientin, die konkrete Maßnahme, mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen an.

Bei über 20-Jährigen ist die Verordnung empfängnisverhütender Mittel zu Lasten der Krankenkassen nur bei medizinischer Indikation, beispielsweise bei Dysmenorrhoe oder Akne möglich. Achten Sie darauf, dass die verordneten Mittel für die jeweilige Indikation auch zugelassen sind. Bei Mitteln, die ausschließlich zur Empfängnisverhütung zugelassen sind, stellen Krankenkassen Regressanträge, selbst wenn sie bei über 20-Jährigen mit medizinischer Indikation verordnet werden. Die Indikation sollte streng gestellt werden und gegenüber der verhütenden Wirkung im Vordergrund stehen.

Eine medizinische Indikation zur Übernahme von Verhütungsmitteln durch die GKV ist auch gegeben, wenn die Patientin auf Grund einer Erkrankung nicht schwanger werden darf, zum Beispiel während einer Chemotherapie oder Strahlentherapie bei Tumorerkrankungen.

Die „Pille danach“ ist seit 15. März 2015 aus der Rezeptpflicht entlassen worden (wir berichteten). Für Frauen bis 20 Jahre übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten, wenn die „Pille danach“ auf einem Kassenrezept verordnet wird. Beispiel: Eine 19-Jährige kommt in Ihre Praxis, weil sie in der Nacht zuvor Geschlechtsverkehr hatte, und möchte nun die „Pille danach“. Sie dürfen ihr die „Pille danach“ verordnen, die junge Frau kann das Rezept in der Apotheke einlösen. Die gesetzliche Krankenversicherung trägt die Kosten.

Beachten Sie: Wenn die junge Patientin das Präparat schon in der Apotheke gekauft hat, ist eine Rückdatierung des Kassenrezept-

tes nicht zulässig. Beispiel: Eine 19-jährige Patientin kommt am Montag in die Praxis, weil sie am Wochenende die „Pille danach“ erworben hat und nun ein Rezept möchte,

um die Ausgaben erstattet zu bekommen. Die Verordnung ist nicht zulässig, die junge Frau muss das Mittel aus eigener Tasche bezahlen.

■ HON

Quoten eingehalten? Infos für das erste Quartal

Mit dem Abrechnungspaket für das erste Quartal 2015 erhalten Sie auch die Quotenschreiben. Darin ist aufgeführt, ob Sie die zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen in Nordrhein vereinbarten Zielwerte in Ihrer Praxis eingehalten haben.

Die Generika-, Me-too- und DDD-Quoten haben sich inhaltlich gegenüber 2014 nicht verändert. Jedoch wurden die Zielwerte angepasst. So ist beispielsweise in vier Fachgrup-

pen die Generikaquote erhöht und in sieben Fachgruppen die Me-too-Quote abgesenkt worden. Einerseits stehen mehr Wirkstoffe als patentfreie Präparate zur Verfügung, andererseits wurden in 2014 sechzehn Präparate von der Me-too-Liste gestrichen. ■ HON

*Die Quotenmitteilung sowie eine Frühinformation über die Arzneimittelverordnungen Ihrer Praxis finden Sie im KVNO-Portal im Bereich Abrechnungen. Infos zu den Quoten hatten wir den Praxen in KVNO extra im Januar 2015 angeboten. Sie finden die Ausgabe zur Arznei- und Heilmittelvereinbarung wie auch eine komprimierte Quotenübersicht unter www.kvno.de | **KV | 150719***

Keine Zuzahlungen bei Schwangerschaftsbeschwerden

Für verordnete Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel gegen Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung müssen gesetzlich versicherte Patientinnen keine Rezeptgebühr zahlen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Abschnitt G der Mutterschafts-Richtlinie neu gefasst. Die sonstigen Verordnungseinschränkungen, beispielsweise aufgrund der Arzneimittel-Richtlinie gelten jedoch auch für Schwangere. Der Landesapothekerverband weist darauf hin, dass

ein Zusatz wie „Gravidität“ auf dem Rezept die Abrechnung erleichtert. Denn Krankenkassen würden das Feld „Gebühr frei“ dahingehend kontrollieren, ob für den Versicherten eine Befreiung vorliegt. Eine Befreiung aufgrund einer Schwangerschaft ist jedoch nicht hinterlegt, sodass einzelne Krankenkassen Retaxierungen gegenüber den Apotheken vornehmen, wenn kein zusätzlicher Vermerk auf dem Rezept vorgenommen wurde. Eine vertragliche Grundlage gibt es hierfür jedoch nicht. ■ HON

Infliximab: Biosimilars verfügbar

Zu dem TNF-alpha-Inhibitor Infliximab sind die ersten Biosimilars erhältlich. Das Originalpräparat Remicade und die beiden Biosimilars Remsima und Inflectra sind zugelassen zur Behandlung der Rheumatoiden Arthritis (in Kombination mit Methotrexat), Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa, Morbus Bechterew und der Psoriasis Arthritis.

Aufgrund des Preisvorteils von circa 20 Prozent empfehlen die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen in Nordrhein bei Umstellungen und bei Neueinstellungen aus wirtschaftlichen Gründen die Biosimilars zu verwenden. In einem gemeinsamen Anschreiben wurden die verordnenden Praxen informiert.



Das Anschreiben finden Sie unter www.kvno.de

Beratung aus erster Hand

Die Anforderungen an niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sind hoch. Sie sind nicht nur Mediziner und Therapeuten, sondern als niedergelassene Praxisinhaber auch Unternehmer, Investoren und Arbeitgeber. Sie müssen sich mit Arznei- und Hilfsmitteln auskennen, den rechtlichen Rahmen ihrer Tätigkeit im Blick behalten, wirtschaftlich und qualitätsgesichert arbeiten. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein unterstützt die Praxen dabei seit Jahren mit verschiedenen Beratungsleistungen. Ab sofort gibt es weitere kostenlose Services.

„Wir stellen Ihnen unser Know-how zur Verfügung und haben dazu unser Dienstleistungs- und Beratungsangebot weiterentwickelt“, erklärt Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein. So wurde der Kreis der Berater erweitert, und die Services wurden noch besser miteinander vernetzt. „Am Ende des Tages muss sich Ihre Arbeit auch für Sie lohnen. Sie müssen Ihre Praxis dauerhaft erfolgreich führen können. Dabei wollen wir Sie unterstützen“, so Potthoff.

„Beratertag“: Angebote zum Anfassen
Präsentiert wurden die Angebote beim „Beratertag“ der KV Nordrhein, der am 6. Mai im

Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf stattfand. Den Tag nutzten Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinische Fachangestellte, um sich über die einzelnen Leistungen zu informieren. Vor allem die neu entwickelten Angebote stießen auf großes Interesse – zum Beispiel die Beratung zu Fragen des „Praxismarketings“ oder einer „Praxisführungsstrategie“ im Rahmen der betriebswirtschaftlichen Beratung.

Beim neuen „Praxislotsenkonzept“ werden junge Ärztinnen und Ärzte über zwei Jahre lang von der Niederlassung bis in die Etablierungsphase von der KV eng begleitet. „Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sind heute

► WEITER AUF SEITE 22

Über 2.000 Beratungen führt das Beraterteam der KV Nordrhein pro Quartal durch – professionell, kostenfrei und unabhängig. Den Beratertag im Mai nutzten Ärzte und Psychotherapeuten, um sich über die Services zu informieren.





Abrechnungsberatung

Bezirksstelle Düsseldorf



Susann Degenhardt
Telefon 0211 5970 8780
Telefax 0211 5970 8610
susann.degenhardt@kvno.de



Ulrike Donner
Telefon 0211 5970 8779
Telefax 0211 5970 8610
ulrike.donner@kvno.de



Olga Lykova
Telefon 0211 5970 8704
Telefax 0211 5970 8610
olga.lykova@kvno.de

Bezirksstelle Köln



Michael Sybertz
Telefon 0221 7763 6447
Telefax 0221 7763 5447
michael.sybertz@kvno.de



Jasmin Krahe
Telefon 0221 7763 6446
Telefax 0221 7763 5446
jasmin.krahe@kvno.de



Betriebswirtschaftliche Beratung



Niederlassungsberatung

Niederlassungsberatung

Bezirksstelle Düsseldorf

niederlassungsberatung.kv24@kvno.de



Anna Zahler
Telefon 0211 5970 8526
Telefax 0211 5970 9981
anna.zahler@kvno.de



Katja Wellner
Telefon 0211 5970 8518
Telefax 0211 5970 9981
katja.wellner@kvno.de



Britta Matuschek
Telefon 0211 5970 8517
Telefax 0211 5970 9981
britta.matuschek@kvno.de



Linda Pawelski
Telefon 0211 5970 8516
Telefax 0211 5970 9981
linda.pawelski@kvno.de

Niederlassungsberatung

Bezirksstelle Köln

niederlassungsberatung.kv27@kvno.de



Michaela Donk
Telefon 0221 7763 6528
Telefax 0221 7763 6540
michaela.donk@kvno.de



Alexander Konrad
Telefon 0221 7763 6529
Telefax 0221 7763 6540
alexander.konrad@kvno.de



Oliver Pellarin
Telefon 0221 7763 6539
Telefax 0221 7763 6540
oliver.pellarin@kvno.de



Saskia Rußert
Telefon 0221 7763 6541
Telefax 0221 7763 6540
saskia.russert@kvno.de

Ihre Berater



Verordnungsberatung



Apotheker
Dr. Holger Neye



Beratende Ärztinnen
Cristina Deibert

und Dr. Patricia Shadiakhy
Mitarbeiterinnen der Abteilung

Telefon 0211 5970 8111
(Arznei- und Heilmittel)

Telefon 0211 5970 8666
(Sprechstundenbedarf)

Telefax 0211 5970 8136
(Arznei- und Heilmittel, Hilfsmittel,
Sprechstundenbedarf)

hilfsmittel@kvno.de
pharma@kvno.de
heilmittel@kvno.de
ssb@kvno.de



Prüfverfahrensberatung



Margit Karls
Telefon 0211 5970 8396
Telefax 0211 5970 9396
margit.karls@kvno.de



IT-Beratung



Claudia Pintaric
Abteilungsleitung
it-beratung@kvno.de



Franz-Josef Eschweiler
Telefon 0211 5970 8197
it-beratung@kvno.de



Nicole Bielski
Telefon 0211 5970 8188
it-beratung@kvno.de



Sandra Onckels
Telefon 0211 5970 8099
it-beratung@kvno.de



Hygieneberatung



Anna-Lena Poth
Telefon 0211 5970 8476
hygiene@kvno.de



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

mehr denn je auch Unternehmer, Arbeitgeber und Praxis-Manager. Umso wichtiger ist deshalb eine kompetente und fachkundige Unterstützung", betont Bernhard Brautmeier, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein.

IT-Fragen im Fokus

Da neben den betriebswirtschaftlichen Aspekten auch zunehmend Fragen des Datenschutzes oder zu Online-Diensten für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten an Bedeutung gewinnen, rückte der Beratertag bewusst auch das Thema „Praxis-IT“ in den Fokus.

Anfangen von der EDV-Ausstattung der Praxisräume bis hin zur geeigneten Praxisverwaltungssoftware: Die in Nordrhein niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten können ab sofort auch in diesen Themenfeldern von neu aufgestellten Beratungskapazitäten ihrer KV profitieren. „Unsere Niederlassungsberater bieten den Mitgliedern bereits bei den ersten Kontakten initiativ weitere für sie geeignete Beratungen an“, sagt Norbert Effenberg, Geschäftsführer und Leiter der Stabsstelle zentrale Koordination/Beratung der KV Nordrhein.

■ FRANK NAUNDORF

Mehr Infos zu den Beratungsangeboten unter www.kvno.de | [KV| 150722](tel:150722)



» Die Beratungsangebote sind gut. Besonders wichtig sind Hinweise rund um die Abrechnung, um eine Praxis zu führen. Darauf kann man heutzutage nicht verzichten.«

THOMAS KOLBUSZ | ORTHOPÄDE | MÖNCHENGLADBACH

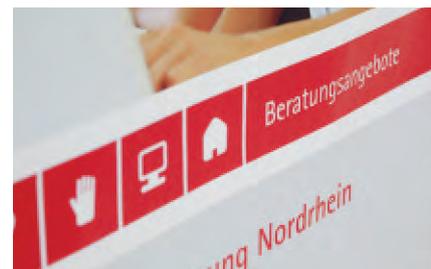
» Ich fühle mich gut beraten. Der Beratertag ist eine sehr gute Idee, denn hier gibt es eine geballte Ladung umfassender und objektiver hilfreicher Infos.«

KLAUS SEIDEL | KARDIOLOGE | MÖNCHENGLADBACH



» Ich nehme die Angebote telefonisch und persönlich wahr. Ob Fragen zu Arzneimitteln oder zum Jobsharing – sie werden kompetent und freundlich beantwortet.«

DR. TAMMO MÜLLER | ALLGEMEINMEDIZINER | ALPEN



Beratungsangebote im Überblick



Abrechnungsberatung

Die Abrechnungsberater unterstützen

Sie in allen Fragen zur Honorarsystematik und -verteilung. Wir beantworten unter anderem Fragen von neu niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten zum Honorar und analysieren Abrechnungen etablierter Mitglieder bei Honorarveränderungen.

Anhand von Simulationsberechnungen zeigen wir, wie sich Ihre Umsätze durch eine neue Praxiskonstellation verändern können. Fachgebiets- und themenbezogene Vorträge für Ärzte, Psychotherapeuten und Praxisteams runden unser Angebot ab. Im persönlichen Gespräch erörtern wir Lösungsmöglichkeiten für Ihre individuellen Honorarfragen.



Betriebswirtschaftliche Beratung

Wir beraten Sie bei der Gründung und/

oder Führung Ihrer Praxis. Unsere Beratungsschwerpunkte sind: Liquiditätsanalyse, Investitions- und Kostenanalyse, Praxismarketing, Praxiswertermittlung, Versorgungsanalyse und Praxisführungsstrategie.

Beispiel Liquiditätsanalyse: Die Zahlungsfähigkeit bildet die Grundlage für die wirtschaftliche Stabilität einer Praxis. Wir erstellen die Liquiditätsanalyse anhand der betriebswirtschaftlichen Auswertungen sowie der Gewinn- und Verlustrechnungen der jüngsten drei Geschäftsjahre. Nehmen Sie frühzeitig Kontakt mit uns auf – damit Sie Ihre Ziele wie gewünscht erreichen.



Niederlassungsberatung

Wir unterstützen Sie in allen Fragen rund

um die Niederlassung – von A wie Anstellung bis Z wie Zulassung. Im Gespräch bieten wir individuelle Lösungen für Ihre persönliche Situation.

Außerdem bieten wir regelmäßige Veranstaltungen an, beispielsweise den Praxisbörsentag. Gerne sind wir Ihnen bei der Suche eines Nachfolgers oder Angestellten behilflich und nehmen Sie in unsere internen Vermittlungslisten auf. Sprechen Sie uns an.



IT-Beratung

Wir unterstützen Sie bei Fragen rund um

den IT-Einsatz in der Praxis, Online-Dienste der KV Nordrhein sowie Fragen zu Telematik und Datenschutz. Im persönlichen Gespräch in der Hauptstelle Düsseldorf, der Bezirksstelle Köln und in der Kreisstelle Aachen beantworten wir zum Beispiel Fragen zum Einsatz Ihres Praxisverwaltungssystems oder rund um die Online-Abrechnung.

► WEITER AUF SEITE 24

Wir organisieren themenbezogene Präsentationen und Seminare für kleine Gruppen von Ärzten, Psychotherapeuten und Medizinischen Fachangestellten. Um Sie ständig über neue IT-Themen, die für Ihre Praxis relevant sind, zu informieren, bieten wir auch Informationsveranstaltungen an.



Hygieneberatung

Mit den richtigen Hygienemaßnahmen

schützen Sie die Gesundheit Ihrer Patienten und Ihres Praxispersonals – und natürlich auch sich selbst. Doch welche Maßnahmen sollten Sie ergreifen?

Zur Hygiene gibt es eine Fülle von Gesetzen, Verordnungen, Normen, Empfehlungen und Informationen aus Fachkreisen. Sie reichen von baulichen, technischen oder organisatorischen Maßnahmen über Vorschriften zur Reinigung, Desinfektion und Sterilisation bis hin zum Hygienemanagement. Wir zeigen Ihnen Wege, diese Vorgaben in der Praxis umzusetzen.



Prüfverfahrensberatung

Wirtschaftlichkeitsprüfungen betreffen

besonders die Behandlungs- und die Verordnungsweise. Sie können zu Honorarkürzung und Regress führen und damit unter Umständen zu finanziellen Einbußen für schon vor längerer Zeit geleistete Arbeit.

Wie beraten Sie, wenn Sie von einem Prüfverfahren betroffen sind. Wir unterstützen Sie bei der Vorbereitung von Stellungnahmen gegenüber der Prüfungsstelle und zeigen Begründungsmöglichkeiten auf unter Zuhilfenahme der Instrumente (Gesamtübersicht vor Prüfung, Frequenztabellen, Quartalsbilanzen, Morbiditätsstatistiken), die von der KV Nordrhein hierzu zur Verfügung gestellt werden.



Verordnungsberatung

Wir beraten alle Mitglieder der KV Nord-

rhein, die Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel verordnen – besonders neu niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Praxen, die im Rahmen einer Richtgrößenprüfung eine „schriftliche Beratung“ erhalten, und Praxen, die eine „Beratung vor Regress“ erhalten, laden wir zu einem persönlichen Gespräch ein.

In den Beratungen gehen wir auf die Verordnungssicherheit, auf gesetzliche Grundlagen und den Umgang mit Verordnungsstatistiken ein – und natürlich erhalten Sie Hinweise, wie Sie Regresse vermeiden. Und wenn Sie eine kurze Frage haben, klären wir die rasch am Telefon oder per E-Mail.

Serviceheft informiert über Kooperationsformen

Die Servicebroschüre „Arbeiten im Team“ richtet sich an Ärzte, Psychotherapeuten und an Interessierte, die sich niederlassen wollen. Sie erfahren auf 20 Seiten, welche Kooperationsmöglichkeiten eine Einzelpraxis heute hat, wie die Zusammenarbeit in einer Gemeinschaftspraxis funktioniert oder was bei der Gründung eines Praxisnetzes zu beachten ist. Auch Jobsharing oder die Anstellung werden thematisiert.

Das Serviceheft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bietet grundlegende Infor-

mationen wie Merkmale, Anforderungen und Besonderheiten der jeweiligen Praxisform und Zusammenarbeit. Darüber hinaus berichten Ärzte von ihren Erfahrungen, die sie bei der Gründung einer Praxisgemeinschaft oder als Angestellte in einer Gemeinschaftspraxis sammelten.

Die Broschüre „Arbeiten im Team – Informationen zu Praxisformen und Möglichkeiten der Kooperation“ aus der Reihe „PraxisWissen“ können Sie im Internet herunterladen und in gedruckter Form bei der KBV kostenlos per E-Mail bestellen unter versand@kbv.de **KV | 150725**



Die Broschüre zum Herunterladen finden Sie unter www.kbv.de

„Gemeinde Profil“: Ärzte für die Zukunft gesucht

Die Städte und Gemeinden in Nordrhein erhalten mit dem „Gemeinde Profil“ im Internet-Angebot der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein noch eine Möglichkeit, sich niederlassungswilligen Ärzten und Psychotherapeuten vorzustellen. Die Kommunen können ihre Vorzüge kurz darstellen und Ansprechpartner für Ärzte nennen, die Interesse an einer Praxisübernahme oder -gründung haben.

„Wer sich in ländlichen Bereichen niederlassen möchte, braucht Informationen zur Ver-

kehrsanbindung und zu geeigneten Immobilien, aber auch zu Kinderbetreuung, Schulen und Freizeitangeboten“, sagt Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein. „Unser Angebot soll helfen, Kommunen und Ärzte zusammenzubringen.“

Der neue Service ist ein Baustein innerhalb der Angebote, mit denen die KV Nordrhein dem vor allem in ländlichen Regionen drohenden Ärztemangel entgegenwirken möchte. Die ersten Kommunen haben bereits ihr „Gemeinde Profil“ eingetragen.

Tipps für Niederlassung und Praxisabgabe

Rund 250 Interessierte Ärztinnen und Ärzte haben sich am 9. Mai beim 14. Praxisbörsentag in Düsseldorf informiert, wie sie auf bestem Wege ihre Praxis abgeben oder einsteigen können. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein bot neun Fachvorträge, zum Beispiel zum Ablauf der Praxisabgabe, den richtigen Schritten in die Niederlassung oder die Praxiswertermittlung. Wie immer gut nachgefragt waren die an Pinnwänden angebrachten Anzeigen, auf denen Praxen angeboten oder gesucht werden können.

Dr. Guido Pukies, Hausarzt aus Neuss, berichtete über sein erstes Jahr nach der Niederlassung. Deutlich hob er den Stellenwert einer Praxishomepage und die Bewertungen in Ärzteportalen hervor. Praxisabgeber und Nachfolger trafen sich am Meetingpoint.

Rund 250 Ärzte und Psychotherapeuten kamen zum Praxisbörsentag ins Haus der Ärzteschaft.



Von ärztlicher Freiheit und Verantwortung

Als Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery in der Paulskirche den Ärztetag mit einem Plädoyer für die ärztliche Freiberuflichkeit eröffnete, hatten die Delegierten der Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ihren Showdown schon hinter sich. Auf der KBV-VV ging es nicht um eine Positionierung der Vertragsärzteschaft, sondern allein ums eigene Spitzenpersonal. Im Mittelpunkt standen Vorwürfe von KV-Vertretern an KBV-Chef Dr. med. Andreas Gassen.

Das Rededuell zwischen Montgomery, dem Präsidenten der Bundesärztekammer (BÄK), und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe bei der Eröffnung des 118. Ärztetags in Frankfurt am Main endete Unentschieden. Trotz aller Meinungsverschiedenheiten gingen Politik und Standesvertreter recht freundlich miteinander um. Montgomerys zentrale Botschaft: „Freiberuflichkeit sichert freie medizinische Entscheidungen. Sie sichert die Unabhängigkeit des Patient-Arzt-Verhältnisses. Sie sichert damit Patientenrechte“, sagte der BÄK-Chef.

In der KBV-VV ging es weniger staatstragend und freundlich zu – und das nicht erst in der geschlossenen Sitzung am Nachmittag. Deren

Ergebnis erwarteten die Medienvertreter am Montagabend mit Spannung, schließlich waren in der Woche zuvor schwere Vorwürfe an Andreas Gassen adressiert worden.

Dem KBV-Chef halten KV-Vertreter vor, den Spitzenverband Fachärzte (SpiFa), dessen Vorsitzender Gassen bis vor kurzem ebenfalls war, in die Lage versetzen zu wollen, Leistungen innerhalb der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) abrechnen zu können. Damit könnten perspektivisch erhebliche Umsätze aus dem KV-System zum Verband verlagert werden. Von verlorenem Vertrauen war die Rede – und von personellen Konsequenzen, die ausblieben.

Ärztetag in Bildern (v. l.): Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe verteidigte in seiner Rede zur Eröffnung des Ärztetages das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz. Vor der KBV-VV demonstrierten Psychotherapeuten für höhere Honorare. KBV-Chef Dr. med. Andreas Gassen musste sich gegen massive Vorwürfe aus den Reihen der KVen verteidigen.



Auseinandersetzung nicht beendet

Gassen hatte die Vorwürfe bereits im öffentlichen Teil der VV in einer persönlichen Erklärung zurückgewiesen, angemahnt, wieder miteinander und nicht übereinander zu reden und Aufklärung versprochen. Nach der stundenlangen Klausur am Nachmittag sagte er Journalisten, dass er „maximale Transparenz“ hergestellt habe. Seine Wahrnehmung sei, dass bezüglich der Kritik an seiner Person „das Thema geschlossen“ sei – was seine Kritiker anders bewerteten. Sie sehen weiteren Klärungsbedarf und die Vorwürfe nicht ausgeräumt.

Die Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen aus Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern sowie aus Westfalen-Lippe und Nordrhein teilten in einer Presseerklärung am 13. Mai mit: „Die im Anschluss an die interne KBV-VV in Frankfurt getroffenen Aussagen werden von uns nicht geteilt“. Eine endgültige Bewertung werde erst möglich sein, „wenn die ungeklärten Probleme abgearbeitet und plausibel erklärt“ wurden. Fortsetzung folgt.

Zur Rolle der Selbstverwaltung

Der Ärztetag interessierte angesichts dieser Gemengelage nur am Rande. Gassen nutzte

seine Rede dazu, Selbstverständnis und Rolle der ärztlichen Selbstverwaltung sehr grundsätzlich anzusprechen: „Wir werden in Zukunft daran gemessen werden, wie die Versorgung für die Patienten gelingt, nicht für die Ärzte. Und wenn es uns nicht gelingt, hier zu überzeugen, dann brauchen wir auch keine Interessensvertretung der Ärzte mehr.“

Um eigene Interessen ging es rund um die Vertreterversammlung bei den Psychotherapeuten, die in großer Zahl für eine bessere Honorierung demonstrierten. Doch auch dies blieb Begleitmusik – den Ton an gab die Debatte um die Zukunft des Systems und seiner Protagonisten.

Gassen trat die Flucht nach vorn an: Das KV-System laufe Gefahr, die Zukunft zu verschlafen, weil es sich zu sehr mit sich selber beschäftige und dadurch vor allem als Besitzstandswahrer und Verhinderer, nicht aber als Gestalter wahrgenommen werde – etwa bei der unsinnigen „Dämonisierung“ der Krankenhäuser und der ASV. „Ich möchte mich nicht damit abfinden, dass KBV und KVen nur noch als ausführendes Organ fungieren“, sagte Gassen, auch wenn die Politik dieser Entwicklung mit dem geplanten Versorgungsstärkungsgesetz Vorschub leiste. ■ DR. HEIKO SCHMITZ



Wohlfühlen mit gesundem Darm

Keine Scheu, offen über das Thema Darmerkrankungen zu reden, bewiesen rund 200 Gäste beim Ratgeber Gesundheit der KV Nordrhein und der Rheinischen Post. Die Zahl infektiöser Darmerkrankungen stieg zuletzt rapide.

Ein ernstes Thema, das viele Patienten mit sich an einem stillen Ort ausmachen, wurde bei der Ratgeberveranstaltung offen im Haus der Ärzteschaft besprochen. Es ging um Darmerkrankungen, deren Ursachen oft schwer herauszufinden sind. Aktuelle Angaben des Statistischen Bundesamtes aus dem April 2015 zeigen, dass immer mehr Menschen betroffen sind: Mit infektiösen Darmerkrankungen kommen inzwischen

mehr als doppelt so viele Patienten wie noch im Jahr 2000 ins Krankenhaus: 266 000 Patienten wurden allein 2013 behandelt. So entsprach der Abend, der unter dem Motto „Besser leben mit gesundem Darm“ stand, dem großen Informationsbedarf der rund 200 Gäste.

Mischkost ist Trumpf

Dr. med. Ursula Kihm, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Ernährungswissenschaftlerin, erklärte, wie der Darm als unterschätztes Organ stets auf Neue die Verdauung bewältigt. „Sie fängt schon im Mund an – mit dem Zerkleinern der Nahrung“, so die Spezialistin, deren Credo lautet: „Für eine gute Verdauung ist vor allem die individuelle Verträglichkeit entscheidend.“ Weil es nicht „die“ gesunde Ernährung für alle gebe, könnten Protokolle zu eigenen Gewohnheiten und eine Ernährungstherapie helfen, den richtigen Weg für sich selbst zu finden.

Trends wie vegetarische oder vegane Ernährung seien dabei nicht unbedingt hilfreich. „Die Ernährung für einen gesunden Darm ist eine Mischkost“, so Kihm. Sie ist der Überzeugung: Wer Verdauung und Darmflora richtig berücksichtigt, erhöht die Chancen, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen und starkes Übergewicht (Adipositas) vorzubeugen oder erfolgreich zu behandeln.

Funktionelle vs. organische Krankheiten

Der Darm rückt für viele Menschen erst in den Mittelpunkt des Interesses, wenn sie unter Problemen und Unverträglichkeiten leiden. Ein chronischer Durchfall kann die Folge sein – „dieser dauert länger als einen Monat“, erklärt Dr. med. Christoph Athmann, Facharzt für Gastroenterologie und Innere Medizin. Er stellte die Unterschiede zwischen der Diagnose und Behandlung von organischen Krankheiten (wie etwa Polypen oder Darmkrebs) sowie funktionellen Erkrankungen (beispielsweise Verstopfung oder Durchfälle bis hin zu Morbus Crohn) dar.

Exemplarisch erklärte Athmann den Ablauf einer Dickdarmspiegelung zur Abklärung von Beschwerden wie chronischen Entzündungen. Darmprobleme können unter anderem durch Allergien oder Unverträglichkeiten verursacht werden, hervorgerufen durch Laktose, Fruktose, Sorbit oder Gluten (Zöliakie). Atemtests helfen beispielsweise bei der Diagnose einer Laktoseintoleranz, eine Dünndarmbiopsie und eine serologische Untersuchung können nachweisen, ob ein Patient unter einer Zöliakie leidet und die Ernährung entsprechend umstellen muss.

■ NATASCHA PLANKERMANN



„Die“ gesunde Ernährung für alle gibt es nicht. Für einen gesunden Darm ist Mischkost die richtige Wahl.

Dokumentationspflicht und Datenschutz

Der Datenschutz spielt besonders bei der Dokumentation eine große Rolle. Ärzte müssen vor allem das Patientengeheimnis wahren.

Bei der Weitergabe von Dokumentationen und bei der Einsichtnahme durch Patienten sind besondere Vorkehrungen zum Schutz der Daten zu treffen. Macht der Patient von seinem Recht auf Einsichtnahme Gebrauch, kann er Kopien der Patientenakte verlangen – wenn eine elektronische Patientenakte geführt wird, auch die Herausgabe in Dateiform. Die Praxis kann vom Patienten verlangen, die dabei anfallenden Kosten zu erstatten.

Im Zweifel unter Aufsicht

Wird dem Patienten die Einsichtnahme in seine Patientenakte in der Praxis eingeräumt, ist darauf zu achten, dass der Patient keine Informationen über andere Patienten erlangen kann. Es sind daher besondere Vorsichts- und Schutzmaßnahmen in der Praxis zu treffen, sodass sichergestellt ist, dass der Patient nur in seine Patientenakte Einsicht nehmen kann. Gegebenenfalls muss das Praxispersonal während der Einsichtnahme anwesend sein.

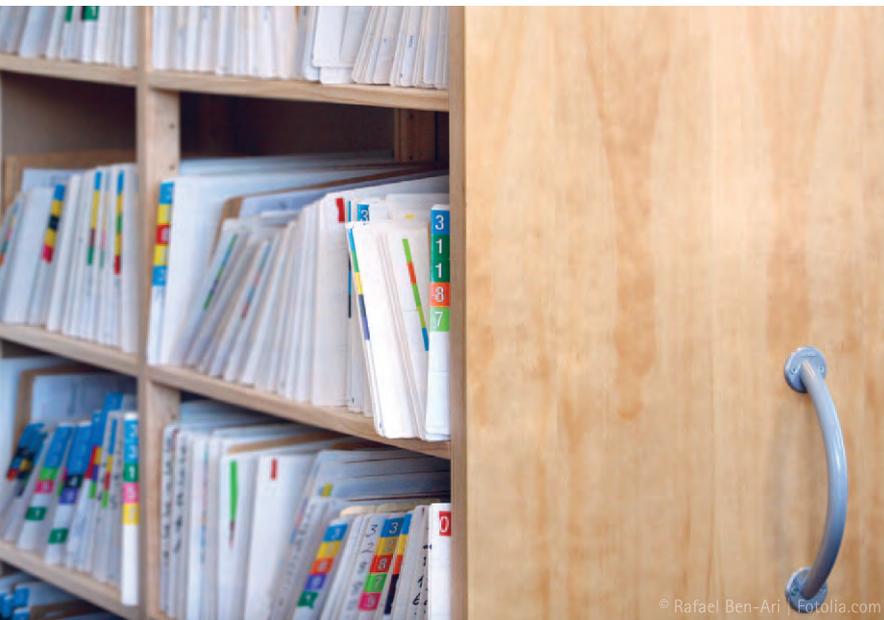
Die Patientendaten und die Dokumentationen können an Dritte weitergegeben werden, wenn dies durch eine gesetzliche Vorschrift oder durch die Einwilligung des Patienten legitimiert wird. Eine gesetzliche Legitimation besteht für die Übermittlung an die Kassenärztliche Vereinigung, etwa zum Zweck der Abrechnung oder zum Zweck der Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfung, ebenso für die Übermittlung an die Prüfungsstellen zum Zweck der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Eine gesetzliche Legitimation besteht ebenfalls zur Übermittlung von Daten an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Weitere gesetzliche Übermittlungsbefugnisse gibt es zum Beispiel im Infektionsschutzgesetz, in den Krebsregistergesetzen der Länder oder in der Röntgen- oder Strahlenschutzverordnung. Eine Übermittlungsbefugnis liegt ebenfalls vor, wenn das Vertrauen in die ärztliche Schweigepflicht gegenüber anderen Rechtsinteressen zurücktritt (sogenannter rechtfertigender Notstand gemäß § 34 Strafgesetzbuch).

Zum Beispiel dürfte der Arzt dem Partner eines Patienten eine bestehende HIV-Infektion mitteilen, sofern seine Bemühungen erfolglos waren, den Patienten anzuhalten, seine Krankheit dem Partner zu offenbaren (OLG Frankfurt, MedR 2000, Seite 196–198). Der Arzt darf auch das Jugendamt informieren, wenn er bei der Behandlung Symptome einer wiederholten Kindesmisshandlung feststellt und Gespräche mit den Eltern scheitern (KG Berlin, Az.: 20U19/12). Bestehen bedeutende berechnete Interessen, etwa zur Durchsetzung von Honoraransprüchen gegen den Patienten, kann der Arzt auch hier befugt sein, Patientendaten im erforderlichen Umfang etwa an die Gerichte weiterzugeben.

Ferner kann der Patient ausdrücklich oder konkludent seine Einwilligung zur Weitergabe der Patientenunterlagen geben. Die Einwilligung

muss hierzu hinreichend bestimmt sein. Sie muss auf einer freien Willensbildung und Entscheidung des Patienten beruhen, und der Patient muss wissen, zu welchem Zweck die Unterlagen weitergegeben werden. Ratsam ist, sich von dem Patienten die Einwilligungserklärung schriftlich geben zu lassen. Dies ist auch bei Anfragen von privaten Versicherungen zu empfehlen, besonders wenn die Versicherung keine aktuelle auf den konkreten Fall bezogene Entscheidungserklärung des Patienten vorlegen kann.



Patienten dürfen weder im Empfangsbereich noch in den Behandlungsräumen Einblick in die Akten anderer nehmen können.

In der Regel kann bei einer Überweisung durch den Hausarzt und der Übermittlung der Untersuchungsergebnisse im normalen Behandlungsablauf von einer stillschweigenden Einwilligung ausgegangen werden. Generell sollte also eine Einwilligungserklärung auch im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zwischen Hausarzt, Facharzt und sonstigen Leistungserbringern vorliegen.

Schutz vor Einsichtnahme Dritter

Sowohl bei papiergebundenen Patientenakten als auch bei der elektronischen Datenverar-

beitung ist zu gewährleisten, dass unbefugte Dritte und andere Patienten weder im Empfangsbereich noch in den Behandlungsräumen Einblick auf die Patientendaten erhalten. Die Computerbildschirme sind so zu schützen, dass sie nur von dem Arzt oder dem Praxispersonal eingesehen werden können. So wäre zum Beispiel der Bildschirmschoner einzuschalten, sobald der Arzt oder das Praxispersonal den Behandlungsraum verlässt.

Auch die Papierpatientenakten dürfen nicht in der Weise aufbewahrt werden, dass Unbefugten der Zugriff möglich wäre. Dementsprechend dürfen die Patientenkarteeien für die nächsten Patienten nicht so bereitgelegt werden, dass andere Patienten diese einsehen oder an sich nehmen könnten.

Besonderheiten bei der BAG

Besteht eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG, früher Gemeinschaftspraxis genannt), wird der Behandlungsvertrag mit allen ärztlichen Partnern geschlossen. Das bedeutet, dass in einer BAG grundsätzlich alle beteiligten Ärzte Zugriff auf die Patientendaten haben. Eine Ausnahme besteht, wenn ein Patient bei Vertragsschluss etwas anderes vereinbart hat.

Besteht eine sogenannte Organisationsgemeinschaft (Praxisgemeinschaft, Laborgemeinschaft), müssen alle Partner der Gemeinschaft den Datenschutz einhalten. Der Zugriff auf Daten der Patienten der anderen Partner muss unmöglich gemacht werden. Dies gilt auch im Bereich der EDV.

Verkauf der Praxis

Auch bei Praxisaufgabe, Veräußerung der Praxis oder bei Tod des Praxisinhabers sind die Patientenunterlagen weiterhin sicher aufzubewahren. Im Falle der Praxisübergabe an ei-

nen Nachfolger müssen besondere Vorkehrungen getroffen werden. So sind ärztliche Aufzeichnungen unter Verschluss zu halten und dürfen nur mit Einwilligung des Patienten von dem Nachfolger eingesehen und an diesen weitergegeben werden. Mit dem Praxisnachfolger wird eine Verwahrungsklausel vereinbart: Ohne ausdrückliches und gegebenenfalls schriftlich erklärtes Einverständnis des Patienten darf er keinen Einblick in die Praxisunterlagen nehmen.

Etabliert hat sich bei der Aufbewahrung durch den Nachfolger das „Zwei-Schrank-Modell“. Die Unterlagen vom Vorgänger werden dabei getrennt von der eigenen Kartei in einem gesonderten Schrank gelagert. Gibt ein Patient seine Einwilligung, werden diese Unterlagen in den eigenen Schrank überführt. Dasselbe gilt für die EDV. Das heißt, dass zwei getrennte EDV-Systeme bestehen.

Gibt der Praxisinhaber die Praxis auf, muss er weiterhin für die Aufbewahrung der Unterlagen sorgen. Er müsste die Krankenunterlagen in eigenen oder angemieteten Räumen sicher aufbewahren. Verstirbt der Praxisinhaber, sind die Erben als Gesamtrechtsnachfolger des Verstorbenen zur Aufbewahrung der Patientenunterlagen verpflichtet. Die Erben

dürfen keinen Unbefugten Einblick in die Unterlagen nehmen lassen.

Löschen oder Sperren von Daten

Ist es unzulässig, die Daten zu speichern oder ihre Kenntnis nicht mehr erforderlich, kann es eine Pflicht zum Löschen geben. Unrichtige Daten sind zu berichtigen. Dabei ist zu beachten, dass die Patientenakte auch in diesem Fall so zu führen ist, dass der ursprüngliche Inhalt der Dokumentation erkennbar ist.

Werden die patientenbezogenen Daten gesperrt oder gelöscht, muss auch hierbei der Datenschutz garantiert werden. Die Unterlagen oder Daten sind so zu vernichten, dass das Patientengeheimnis gewahrt bleibt. Problematisch wird es, wenn die Unterlagen oder Daten extern entsorgt werden sollten. Dies müsste gegebenenfalls unter Aufsicht des Praxispersonals erfolgen, sodass eine Einsichtnahme des externen Dienstleisters verhindert wird. Oder die Unterlagen bzw. Datenträger müssen in verschlossenen Behältnissen unmittelbar vernichtet werden.

■ IRINA NEULEBEN

*Weitere Hinweise zu Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis finden Sie in einer Empfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer, vor allem in der technischen Anlage unter www.kbv.de | **KV | 150731***

Versichertenpauschale im Vertretungsfall

Am 1. April 2015 hatte sich der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wieder in einigen Bereichen geändert. Besonders die neuen Regelungen zur hausärztlichen Versichertenpauschale im Vertretungsfall und die Änderungen der Gebührenordnungspositionen (GOP) im Notfalldienst wurden bei den Serviceteams abgefragt.

Welche GOP rechne ich jetzt für die Versichertenpauschale im Vertretungsfall ab?

Bitte tragen Sie für die Versichertenpauschale als Hausarzt die GOP 03000 ein, auch im Vertreterfall. Als Kinder- und Jugendmediziner nehmen Sie die GOP 04000. Die besondere Pauschale im Vertreterfall ist entfallen.

Bedeutet der Wegfall der besonderen Versichertenpauschale im Vertreterfall dass auch der Vertreterschein entfällt?

Nein. Wenn Sie im Rahmen einer Urlaubs-/ Krankheitsvertretung tätig werden, legen Sie diesen Fall bitte weiterhin als Vertreterfall an und füllen das Muster 19 aus. Das ist auch deshalb wichtig, weil der/die vertretene Kollege/in mittels der Durchschrift dieses Formulars über die Vertretungsbehandlung informiert wird.

Sind für die GOP 01210 bzw. 01212 Uhrzeitangaben erforderlich?

Ja, der EBM schreibt bei der Abrechnung der GOP 01210 und 01212 die Angabe der Uhrzeit der Inanspruchnahme vor.

Wann rechne ich im organisierten Notfalldienst die Pauschalen nach den GOP 01210 bzw. 01212 ab?

Die GOP 01210 wird bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Notfalldienst an Wochentagen zwischen 7 und 19 Uhr abgerechnet. In der Nacht (zwischen 19 und 7 Uhr des Folgetages) und ganztätig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, Heiligabend und Silvester rechnen Sie für

den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im organisierten Notfalldienst die GOP 01212 ab.

Welche GOP rechne ich für den Hausbesuch im organisierten Notfalldienst ab?

Der Besuch im organisierten Notfalldienst wird zwischen 7 und 19 Uhr mit der GOP 01418 abgerechnet. In der Nacht (zwischen 19 und 7 Uhr) tragen Sie hierfür die GOP 01418N ein.

Muss ich bei der GOP 01418 auch eine Uhrzeit angeben?

Ja, der EBM schreibt auch bei der Abrechnung der GOP 01418 die Angabe der Uhrzeit vor, also die Zeit der Inanspruchnahme. Das gilt ebenfalls für die GOP 01418N.

Meine Software kennt die GOP 01418N nicht. Was mache ich in diesem Fall?

Sie haben die Möglichkeit, diese GOP in Ihrer Software manuell anzulegen. Möglicherweise müssen Sie sich hierzu an Ihren Softwareanbieter wenden.

Kann ich neben einem Besuch im organisierten Notfalldienst auch die Pauschale abrechnen?

Ja. Die Pauschale für den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (GOP 01210 bzw. 01212) ist neben dem Besuch (GOP 01418 bzw. 01418N) abzurechnen. Bei einem weiteren Kontakt sind – uhrzeitabhängig – die Notfallkonsultationspauschalen nach den GOP 01214, 01216 bzw. 01218 abrechnungsfähig. Auch hier ist eine Uhrzeitangabe erforderlich.

150 MFA beim Fortbildungstag

Neue Impulse für den Praxisalltag – so lautete der Titel einer Fortbildungsveranstaltung für Medizinische Fachangestellte (MFA), die das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) mit dem Verband medizinischer Fachberufe (VMF) Ende April zum zweiten Mal veranstaltete. Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), und Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, begrüßten die 150 Teilnehmerinnen und unterstrichen die zunehmende Bedeutung von MFA in der ambulanten Versorgung.

Anna-Lena Poth, Hygieneberaterin der KV Nordrhein, referierte über die gesetzlichen Grundlagen der Hygiene, die in jeder Praxis relevant sind. Sie verwies auf das umfangreiche Angebot der Hygieneberatung der KV, die nicht nur Fragen beantwortet und bei der Lösung von Problemen hilft, sondern auch eine Vor-Ort-Analyse anbietet.

Qualitätsmanagement ist ein Steuerungsinstrument, mit dem sich die theoretischen

Grundlagen der Hygiene praktisch umsetzen lassen. Welche Schritte hierzu erforderlich sind, stellte Tanja Whittington, MFA in einer allgemeinmedizinisch, hausärztlich-internistischer Praxis in Dortmund, vor. So

könnte man anhand einfacher Dokumentenvorlagen eine Soll- und eine Ist-Analyse erstellen und daraus einen Maßnahmenkatalog entwickeln, der in einem weiteren Schritt zu einem Hygieneplan ausgearbeitet werden kann.

Den dritten Themenschwerpunkt der Fortbildung bildete das Thema „Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung im Praxisalltag“. Hierzu referierten Svenja Gräfe und Monika Rueb vom VMF. Ihre Botschaft: Wer versteht, welche Elemente eine erfolgreiche Kommunikation ausmachen, kann auch wesentlich besser mit Störfaktoren umgehen. ■ LEV



Auch die zweite Fortbildung „Neue Impulse für den Praxisalltag“ war ein voller Erfolg. Die Themen Hygiene, Qualitätsmanagement und Kommunikation beschäftigen die MFA.

„Gewitter im Kopf“: Infos zum Kopfschmerz

„Wenn der Schädel zu platzen droht: Kopfschmerzen und Migräne“ war das Thema der Patientenveranstaltung am 22. April im Forum Volkshochschule. Bei der Kooperationsveranstaltung mit der VHS Köln informierten sich die Gäste über Ursachen, Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten des unliebsamen „Gewitters im Kopf“.

Der Kölner Hausarzt Dr. Frieder Hutterer klärte über Arten von Kopfschmerzen auf. Ihm war wichtig, die Angst vor einer ernsthaften Erkrankung bei Schmerzgefühlen im Kopf zu nehmen: Bei über 90 Prozent der Fälle handelt es sich um „primäre“ Kopfschmerzerkrankungen. Weit seltener gibt es den „sekundär-

en“ Kopfschmerz, der als Begleiterscheinung einer anderen Erkrankung auftritt.

Der Neurologe und Psychologe Dr. Frieder Nau verwies bei den Ursachen von Kopfschmerzen auch auf den Auslöser Spannung, der immer häufiger durch den eigenen Anspruch an Perfektion entstehen kann. Ein weiterer Auslöser ist Alltagsstress, oft in Verbindung mit Mehrfachbelastung. Die Kölner Physiotherapeutin Ute Jansen erläuterte verschiedene Techniken, die aus physiotherapeutischer Sicht bei Kopfschmerzen und Migräne helfen können. Zum Einsatz kommen Haltungsschulung, Aktivierung von Muskulatur oder auch Akupressur. ■ IBO



Start-up in die Niederlassung – Die Arztpraxis organisiert und sicher

Informationstag für Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassungsphase

Freitag | 28. August 2015 | 10 – 16.30 Uhr

Bezirksstelle Köln | Sedanstr. 10-16 | 50668 Köln

Moderation: **Dr. med. Oscar Pfeifer**

10.00 Uhr Begrüßung und Einführung

Bernhard Brautmeier | Stellvertretender Vorsitzender | KV Nordrhein

10.20 Uhr Prozesse zuverlässig steuern – Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement im Niederlassungsalltag

Dr. med. Oscar Pfeifer | Facharzt für Allgemeinmedizin | Essen

11.45 Uhr Pause

12.00 Uhr Datenschutz in der Arztpraxis

Dr. med. Oscar Pfeifer | Facharzt für Allgemeinmedizin | Essen

12.30 Uhr Der Arzt als Ausbilder von Medizinischen Fachangestellten

Cornelia Grün | Referentin Ausbildungswesen MFA | Ärztekammer Nordrhein

13.00 Uhr Mittagspause

14.00 Uhr Regelungen für den Arzt als Arbeitgeber

Dipl.-Ing. Jörg Damm | Sicherheitsingenieur | ZAS Safety Consult

14.45 Uhr Aufgaben und Leistungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Bianca Milde und Lena Hohlfeld | Präventionsberaterinnen | BGW-Bezirksstelle Köln

15.15 Uhr Pause

15.30 Uhr Hygiene – Schutz für Patienten und Mitarbeiter

Kirsten Mühlenkamp | stellv. Abteilungsleiterin Qualitätssicherung | KV Nordrhein

16.30 Uhr Ende der Veranstaltung

Begrenzte Teilnehmerzahl

Anmeldung erforderlich unter

E-Mail anmeldung@kvno.de

Fax 0211 5970 9990

Zertifizierung beantragt



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

www.kvno.de

Fortbildung: Arzt und Behörden

Für Ärzte gibt es eine Vielzahl von Schnittstellen mit Behörden. Kann ein Gericht oder die Polizei Ärzten eigentlich auch helfen? In Berichten hört man immer wieder, dass das Gesundheitsamt mit Nachfragen nervt, oder dass Ärzte von Beamten gedrängt wurden, etwas zu tun oder auch zu unterlassen, was als nicht korrekt empfunden wird. In der Veranstaltung erläutern Experten aus Behörden wie der Polizei, dem Amtsgericht und dem Gesundheitsamt, wie besser zusammengearbeitet werden kann und wie die rechtliche Sachlage aussieht, sodass es zu möglichst wenigen Missverständnissen im Umgang miteinander kommt. Abschließend gibt ein Kollege Tipps zum Umgang mit dem unangekündigten Besuch von Ermittlungsbehörden.

ZERTIFIZIERT | 4 Punkte

Termin 12. August 2015

16 bis 19.30 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft

Tersteegenstr. 9

40474 Düsseldorf

Info IQN

Anmeldung iqn@aekno.de

Telefon 0211 4302 5751

Fachtagung „Barrieren abbauen in der Praxis“

Die Landesgesundheitskonferenz (LGK) hat 2013 eine EntschlieÙung verabschiedet, die die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung, die für Menschen mit Behinderungen eine besondere Bedeutung erlangen können, in den Blick nimmt. Bereits seit Jahren ist die „Barrierefreiheit“ ein Thema in der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Dabei darf der Abbau von Barrieren nicht auf bauliche Hürden beschränkt bleiben, sondern muss ebenso kommunikative Hemmnisse berücksichtigen. Die Tagung stellt bewährte und neue Inklusionsansätze in Praxen vor. Aus der Ärzteschaft gibt es Erfahrungsberichte, ein Architekt klärt über barrierefreies Bauen und gesetzliche Grundlagen auf. Die Beauftragten der Landesregierung für Patienten beziehungsweise für Menschen mit Behinderung informieren über Wünsche von Menschen mit Beeinträchtigungen und geben Hinweise zu Verbesserungsmöglichkeiten in der ambulanten Versorgung.

ZERTIFIZIERT | 4 Punkte

Termin 2. September 2015

15 bis 18 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft

Tersteegenstr. 9

40474 Düsseldorf

Info KV Nordrhein/KOSA

Anmeldung kosa@kvno.de

Telefax 0211 5970 8082

Kongress: Zehn Jahre ambulante Palliativversorgung in Nordrhein

„Zu Hause sterben – würdevoll und selbstbestimmt“. Dies wünschen sich viele Schwerstkranke und Sterbende. Vor zehn Jahren haben die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassen begonnen, die Voraussetzungen und Strukturen dafür zu schaffen, dass der Wunsch Realität werden kann. Inzwischen gibt es in Nordrhein eine nahezu flächendeckende allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die KV Nordrhein blickt mit allen Beteiligten – Palliativärzten, Palliative Care Teams, Palliativpflege- und Hospizdiensten – auf zehn Jahre ambulante Palliativversorgung zurück. Dabei sollen auch die Perspektiven dieser nicht nur gesundheits-, sondern auch gesellschaftspolitisch wichtigen Versorgungsform diskutiert werden.

ZERTIFIZIERT | beantragt

Termin 12. September 2015

10.30 bis 16 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft

Tersteegenstr. 3

40474 Düsseldorf

Anmeldung anmeldung@kvno.de

Telefax 0211 5970 9990

Mehr Infos über unsere Veranstaltungen unter ► www.kvno.de/termine

Veranstaltungen für Mitglieder

01.07.2015	KV Nordrhein: Grundlagenseminar EBM, Köln
12.08.2015	IQN: Arzt und Behörden, Düsseldorf
15.08.2015	Nordrheinische Akademie: Organisation des Notfallmanagements für Kinderarztpraxen, Düsseldorf
21.08.2015	Nordrheinische Akademie: Organisation des Notfallmanagements für Arztpraxen, Düsseldorf
26.08.2015	IQN: Postoperative Therapie – Gefahren, Defizite, Lösungen, Düsseldorf
■ 28.08.2015	KV Nordrhein: Start-up in die Niederlassung, Köln
28./29.08.2015 (und 27.09.)	Nordrheinische Akademie: Hygienebeauftragte/r Arzt/Ärztin für den ambulant operierenden Bereich, Düsseldorf
■ 02.09.2015	KV Nordrhein: Barrieren abbauen in der Praxis, Düsseldorf
04.09.2015	Nordrheinische Akademie: Moderatorenschulung – Grundkurs, Düsseldorf
■ 12.09.2015	KV Nordrhein: Kongress „Zehn Jahre ambulante Palliativversorgung in Nordrhein“, Düsseldorf
18./19.09. (und 27./28.11.)	Nordrheinische Akademie: Geriatrische Grundversorgung, Düsseldorf
18.09.2015	Nordrheinische Akademie: Allgemeines Hygiene-Update – Was gibt es Neues? Düsseldorf
30.09.2015	Nordrheinische Akademie: Honorarverteilung, Düsseldorf

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

03.07.2015	KV Nordrhein: Stärkung von Selbst- und Persönlichkeitskompetenzen, Köln
12.08.2015	KV Nordrhein: Workshop EBM für Wiedereinsteiger/innen, Teil 1, Düsseldorf
12.08.2015	Nordrheinische Akademie: Diagnosekodierung in der hausärztlichen, internistischen und gynäkologischen Praxis – Aufbaukurs, Düsseldorf
14./15.08.2015	Nordrheinische Akademie: Perfekt am Telefon, Düsseldorf
15.08.2015	Nordrheinische Akademie: Organisation des Notfallmanagements für Kinderarztpraxen, Düsseldorf
19.08.2015	KV Nordrhein: Workshop EBM für Wiedereinsteiger/innen, Teil 2, Düsseldorf
21.08.2015	KV Nordrhein: „Du gehst mir auf den Geist“ – Umgang mit schwierigen Menschen, Köln
21.08.2015	Nordrheinische Akademie: Organisation des Notfallmanagements für Arztpraxen, Düsseldorf
26.08.2015	KV Nordrhein: Unterstützung für Patient und Praxis: „Psychische Störungen“, Gummersbach
26.08.2015	KV Nordrhein: Workshop EBM für Wiedereinsteiger/innen, Teil 1, Köln
02.09.2015	KV Nordrhein: Abrechnung Hausärzte, Köln
09.09.2015	Nordrheinische Akademie: Diagnosekodierung in der Praxis – Grundlagenwissen, Düsseldorf
09.09.2015	KV Nordrhein: Workshop EBM für Wiedereinsteiger/innen, Teil 2, Köln

Veranstaltungen für Patienten

08.09.2015	KV Nordrhein/Rheinische Post: „Das große Vergessen – Demenzerkrankungen“, Düsseldorf
23.09.2015	KV Nordrhein/VHS Köln: „Wenn die Hormone verrückt spielen – Wechseljahre“, Köln

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.kvno.de/termine

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

Frank Naundorf (verantwortlich)

Dr. Heiko Schmitz

Simone Heimann

Redaktionsbeirat

Dr. Peter Potthoff, Bernhard 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“ 8 | 2015

■ GKV-VSG

Die Gesundheitsreform im Überblick

■ Analyse

Entwicklung der ärztlichen Vergütung

■ ADHS

Ergebnisse des Vertrages mit der AOK

■ Diabetes

Mit DMP gegen die Volkskrankheit

Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell

erscheint am 20. August 2015

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