

Hintergrund

Diabetes | Gute Konzepte gegen die Volkskrankheit

Schwerpunkt

Ersatzkassen | Palliativ-Versorgung besser vergütet

Aktuell

AOK-Vertrag | Hausärzte steigern Fallwert auf 67 Euro

Praxisinfos

Hausbesuche | Praxisassistentin kann Langzeit-EKG abnehmen

Beilage

Impfen | Übersicht Symbol- und Dokumentationsnummern

alle
7 Sekunden



STIRBT WELTWEIT EIN
MENSCH AN DIABETES

Gesundheitskosten

1 €



von **9** €

ENTFÄLLT AUF DIABETES



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Palliativ-Versorgung:
Neuer Vertrag
mit Ersatzkassen
- 4 Hospiz- und
Palliativgesetz

Aktuell

- 6 Vergütungsvereinbarung:
3,2 Prozent mehr Honorar
- 7 Hausärzte-Strukturvertrag:
Steigern Sie den Fallwert
- 9 Medizinische Versorgung
von Flüchtlingen
- 11 ADHS-Vertrag:
Positive Zwischenbilanz
- 12 Präventionsgesetz:
Im vierten Anlauf ins Ziel

■ Praxisinfo

- 14 Praxisassistenten:
Langzeit-EKG bei Haus-
besuchen abnehmen
- 14 BKK DKM: Influenza-
Impfung nicht mehr
als Satzungsleistung
- 14 Abrechnung
Blutgasanalyse
- 14 SSB-Vereinbarung zum
1. Juli 2015 angepasst
- 15 Deutsche BKK tritt
Homöopathie-Vertrag bei
- 15 Vergütung Notfalldienst:
Uhrzeit angeben
- 15 Verordnung von
Blutzuckertestgeräten
und -streifen

- 16 Hautkrebsvorsorge-
Vertrag mit der HEK:
Teilnahme neu beantragen
- 16 PVS: Neuerungen
zum dritten Quartal 2015
- 17 Formular für melde-
pflichtige Krankheiten
überarbeitet
- 17 Laborquote und Referenz-
Fallwerte 2. Halbjahr 2015
- 17 Ab 2016 neues
AU-Formular
- 18 Psychoanalytische Einzel-
und Gruppentherapie
kombinierbar
- 18 Deutsche BKK kündigt
Vertrag zur HPV-Impfung
- 18 Sammelerklärung nur
noch zum Herunterladen
- 18 Wuppertal: Keine
Zuzahlung mehr für
Asylbewerber
- 19 Amblyopie-screening:
Vertrag mit Knappschaft

■ Verordnungsinfo

- 20 Vorname und Telefon-
nummer aufs Rezept
- 20 Bei Änderungen: Unter-
schrift und Datum
- 21 „Off label“ auch bei
falscher Dosierung
- 22 Anträge wegen unzu-
lässiger Verordnungen
- 23 Substitutionsausschluss-
liste: Lieferengpässe
und Zuzahlungen

Hintergrund

- 24 Diabetes mellitus:
Konzepte gegen
die Volkskrankheit

Berichte

- 28 Vertreterversammlung:
Neue Perspektive
für den Notdienst
- 30 Beschlüsse der VV
- 33 Veranstaltung:
Barrieren abbauen

Service

- 35 Rund ums Recht:
Vor- und nachstationäre
Behandlung
- 38 Grundsätzliches
zu Gesprächen

In Kürze

- 39 35 Kommunen werben
um Ärzte
- 39 Keine GEMA-Gebühr
für Musik in der Praxis
- 40 Antikorruptionsgesetz
verunsichert Ärzte
- 40 MFA in der Top Ten
der Ausbildungsberufe
- 41 Zi startet Befragung
zu Praxiskosten
- 41 Kreisstelle Rhein-Sieg-
Kreis umgezogen
- 41 Qualitätszirkel suchen
Mitglieder



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

beim Thema Notdienst besteht in einem Punkt Einigkeit: Es besteht Reformbedarf. Viele Kassenärztliche Vereinigungen haben den ambulanten Notdienst in den vergangenen Jahren aus guten Gründen reformiert. Auch in Nordrhein steht die Neustrukturierung auf der Agenda. Es war unsere Vertreterversammlung (VV), die schon 2011 Reformbedarf angemahnt und Reformziele formuliert hat, die unverändert gelten. Dazu gehört: Ungleiche Belastungen bei der Zahl der Notdienste und bei den Kosten für die Infrastruktur im Notdienst zu beenden. Und die Strukturen wirtschaftlich und effizient zu gestalten, natürlich unter Wahrung einer weiterhin flächendeckenden Sicherstellung und Erreichbarkeit des Notdienstes.

Im Februar dieses Jahres hat unsere VV Beschlüsse gefasst, mit denen wir diese Ziele erreichen und unseren Notdienst zukunftssicher machen wollten. Wir haben Sie an dieser Stelle in der vorigen Ausgabe aber auch darüber informiert, dass die Beschlüsse der VV im März von der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein abgelehnt worden sind. Daraufhin kam es zu Gesprächen zwischen KV, Kam-

mer und der Krankenhausgesellschaft (KGNW), aus denen sich eine weitere Option für die künftige Struktur des Notdienstes ergeben hat.

Um auch in Zukunft eine Zusammenarbeit mit der Kammer im Notdienst zu ermöglichen, hat unsere VV Ende Juni den Vorstand damit beauftragt, eine Kooperation im Notdienst auszuloten, die über die aktuell fast überall gegebene räumliche Nähe der Notdienstpraxen zu den Kliniken hinausgeht. Wir arbeiten an einer Rahmenvereinbarung mit der KGNW, auf deren Basis der allgemein-ärztliche Sitzdienst für Erwachsene künftig von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in den Kliniken erbracht werden könnte.

Das ist zweifellos ein Novum, mit dem wir Probleme wie die zum Teil mangelhafte Patientensteuerung im Notdienst sowie die ineffiziente „Konkurrenzsituation“ im Notdienst zwischen Kliniken und Niedergelassenen gleich mit lösen könnten. Wir werden daher versuchen, aus der Option eines kooperativen Notdienstes eine reale Zusammenarbeit zu machen, um somit die von unserer Selbstverwaltung gesteckten Ziele zu erreichen.

Herzliche Grüße

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

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender

Palliativ-Versorgung besser vergütet

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat den Palliativ-Vertrag mit den Ersatzkassen erweitert. Die neuen Regelungen gelten seit 1. Juli 2015 und verbessern einige Punkte des Vertrages, der bereits 2007 geschlossen wurde. Ärzte in Nordrhein können Ersatzkassenversicherte in der allgemeinen ambulanten Palliativ-Versorgung (AAPV) nun weitgehend so behandeln wie die Versicherten der Primärkassen.



© Photographee.eu - Fotolia

Schwerstkranke und Sterbende in ihrer häuslichen Umgebung umfassend zu betreuen, ist Ziel der ambulanten Palliativ-Versorgung. Im Rheinland sind dafür schon vor zehn Jahren besondere Verträge geschlossen worden.

Die betreuenden Haus- und Fachärzte haben mehr Möglichkeiten, einen Hausbesuch durchzuführen. Neu aufgenommen wurde ein telefonisches Konsil für die koordinierenden Haus- und Fachärzte. „Mit unserem Vertrag realisieren wir in Nordrhein bereits heute, was der Gesetzgeber nächstes Jahr mit seinem Palliativ- und Hospizgesetz erreichen möchte“, sagt Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein.

Die Vereinbarung mit den Ersatzkassen (Barmer GEK, Techniker Krankenkasse, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse, Hanseatische Krankenkasse und Handelskrankenkasse) schafft darüber hinaus einen fließenden Übergang von der allgemeinen ambulanten Pal-

liativ-Versorgung (AAPV) zur spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung (SAPV). Ein besonders qualifizierter Bereitschaftsdienst steht in beiden Versorgungsebenen rund um die Uhr bereit.

Hausbesuch: 55,18 Euro

An dem Vertrag teilnehmen können Ärzte, die über eine palliativmedizinische Weiterbildung verfügen. Sie profitieren von einem deutlich höheren Punktwert für geplante Hausbesuche, der jährlich angepasst werden wird. Außerdem gibt es noch einen Zuschlag für den besonderen Aufwand bei Besuchen. Unterm Strich erhalten Ärzte für den Hausbesuch (EBM-Nummer 01410) jetzt 30,18 Euro plus einen Zuschlag von 25 Euro. Zu den Hausbesuchen gehören nun auch (Mit-)Besuche in beschützenden Wohnheimen/Einrichtungen bzw. Pflege- und Altenheimen.

Auch die Honorare der qualifizierten Palliativärzte (QPA) steigen. Die Bereitschaftspauschale liegt nun bei 100 Euro je Quartal, die Pauschale für das telefonische Konsil steigt auf 15 Euro und die Pauschale für ein vom koordinierenden Arzt angeforderten Besuch auf 25 Euro. Die Honorare erhalten alle teilnehmenden Ärzte außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung.

Die Abläufe im Rahmen des Palliativ-Vertrags mit den Ersatzkassen sind nun weitgehend so geregelt wie im Vertrag mit den Primär-

Vergütungen für Haus- und Fachärzte und QPA

Der Vergütungspunktwert für Hausbesuche wurde deutlich erhöht. Außerdem wurde das Honorar für die im Vertrag fixierten Leistungen stark angehoben:

Symbolnummer	Leistungs-Pauschalen	Vergütung in Euro
91100	Eingangsdagnostik	25,00
91101	Betreuung Patient/Angehörige vor Ort, Überprüfung Schmerztherapie (zusätzlich zu den EBM-Nrn. 01410-01413, 01415)	25,00
91102	Koordinationspauschale je Quartal	25,00
91103	telefonisches Konsil mit QPA und/oder ambulantem Pflegedienst	15,00
91110	QPA-Bereitschaftspauschale	100,00
91111	QPA: telefonische palliativmedizinische Beratung des Hausarztes, je Konsil	15,00
91112	QPA: vom Haus-/Facharzt angeforderter Besuch zur Vermeidung stationärer Behandlung (zusätzlich zu den EBM-Nrn. 01410-01413, 01415)	25,00

kassen. Das soll die Arbeit in den Praxen erleichtern. Und es gibt weitere Regelungen, die den bürokratischen Aufwand verringern: So ist zum Beispiel die Pflicht zum Initialbesuch des Haus-/Facharztes mit dem QPA beim Patienten weggefallen. Ärzte, die bereits an dem zum 30. Juni 2015 beendeten Palliativ-Vertrag teilnehmen, nehmen automatisch auch an diesem Vertrag teil, ein erneutes Genehmigungsverfahren findet nicht statt.

An der Vereinbarung nehmen 1.447 Haus- und Fachärzte sowie 366 QPA teil. Sie werden von rund 80 Palliativpflegediensten unterstützt. Für die ambulante Palliativ-Versorgung von rund 3.000 Menschen stellen die Ersatzkassen in Nordrhein jährlich rund 3,5 Millionen Euro bereit. ■ FRANK NAUNDORF

Alle Infos zum Vertrag unter www.kvno.de

KV | 150803

Kongress: Zehn Jahre ambulante Palliativ-Versorgung in Nordrhein

Im Haus der Ärzteschaft findet am 12. September der Kongress „Zehn Jahre ambulante Palliativ-Versorgung in Nordrhein“ statt, bei dem vor allem die Palliativversorger zu Wort kommen.

Vor zehn Jahren haben die KV Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassen begonnen, die Strukturen zu schaffen, damit Palliativpatienten zuhause sterben können – würdevoll und selbstbestimmt. Inzwischen gibt es in Nordrhein eine nahezu flächendeckende allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung. Im Rahmen des Kongresses blicken die Versorger – Palliativärzte, Palliative-Care-Teams, Palliativpflege- und

Hospizdienste – auf zehn Jahre ambulante Palliativ-Versorgung zurück. Doch auch die Perspektiven dieser gesundheits- und gesellschaftspolitisch wichtigen Versorgungsform stehen auf der Agenda. Den Kongress eröffnet Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens.

Termin 12. September 2015, 10.30-16 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Anmeldung anmeldung@kvno.de
Telefax 0211 5970 9990
Info www.kvno.de | **KV | 150810**
zertifiziert 6 Punkte

Nordrhein ist Vorbild

Schwerstkranke und Sterbende sollen ab 2016 besser versorgt werden. Dies ist das Ziel des geplanten „Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativ-Versorgung in Deutschland“, kurz Hospiz- und Palliativgesetz (HPG). Bei den Regelungen zur ambulanten Palliativ-Versorgung wurden die langjährigen Erfahrungen aus Nordrhein berücksichtigt.

Die Palliativ-Versorgung soll Bestandteil der Regelversorgung werden. Durch Maßnahmen in den Bereichen der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung und des Krankenhausfinanzierungsgesetzes soll ein flächendeckendes Angebot entstehen. Hier stehen die ländlichen Regionen im Fokus.

Die AAPV wird Regelleistung

Für die Vertragsärzte sind besonders die geplanten Regelungen zur ambulanten Palliativ-Versorgung und zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen relevant. Im Bereich der allgemeinen ambulanten Palliativ-Versorgung (AAPV) werden Qualität, Kooperation und Koordination gestärkt.

Die Selbstverwaltungspartner der Ärzteschaft und Krankenkassen sollen im vertragsärztlichen Bereich zusätzlich vergütete Leistungen für eine „besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung“ vereinbaren. Die Einführung dieser Ebene war überfällig. Denn bisher hat sich die AAPV, die den größten Teil der ambulant zu versorgenden Palliativpatienten betrifft, nur in Nordrhein und Westfalen durchsetzen können. Die im HPG grob skizzierten Anforderungen entsprechen denen der bereits seit zehn Jahren etablierten nordrheinischen AAPV.

Die bereits bestehenden „Initiativen für eine vernetzte Palliativ-Versorgung in Selektivverträgen“ würdigt das Gesetz; ihnen wird Bestandsschutz zugesichert. Dennoch könnten

die im Bundesmantelvertrag noch zu konkretisierenden Regelungen von den nordrheinischen abweichen. Wenn das geschieht, müssten die bestehenden Verträge zur AAPV angepasst werden.

Wie kommt die SAPV aufs Land?

Um den Ausbau der spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung (SAPV) besonders in ländlichen Regionen zu beschleunigen, wird ein Schiedsverfahren eingeführt. Doch wer soll „geschiedst“ werden? In den ländlichen Regionen fehlen oft die Vertragspartner, da ausgebildete Palliativmediziner und -pflegekräfte Mangelware sind.

AAPV und SAPV sollen auch in selektivvertraglichen Versorgungsformen zusammen vereinbart werden können. Dieser Weg wurde zum Beispiel in Westfalen-Lippe beschritten. Auch Verträge im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b Sozialgesetzbuch V) und der integrierten Versorgung (§ 140a Sozialgesetzbuch V) sollen möglich sein. Auch bei dieser Regelung verspricht sich der Gesetzgeber eine schnellere Verbreitung der SAPV in ländlichen Gebieten.

Hospiz und Pflege

In den stationären Pflegeeinrichtungen erhält die Sterbebegleitung mehr Gewicht und wird als Bestandteil des Versorgungsauftrages der sozialen Pflegeversicherung ausdrücklich in das Gesetz aufgenommen. Um die ärztliche Versorgung in vollstationären Pflegeeinrich-

tungen zu verbessern, werden die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, Kooperationsverträge mit Vertragsärzten abzuschließen.

Für die Teilnahme an diesen Verträgen sollen die Vertragsärzte eine Vergütung erhalten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung spricht sich dafür aus, auch die bestehenden Kooperationen zu vergüten, die nicht an Verträge gebunden sind.

Weitere Regelungen des HPG:

- häusliche Krankenpflege: Leistungen der ambulanten Palliativpflege sollen in die häusliche Krankenpflege aufgenommen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erhält den Auftrag, die behandlungspflegerischen Maßnahmen und Leistungen der Palliativpflege zu konkretisieren.
- stationäre Hospize: Die finanzielle Ausstattung wird unter anderem durch die Erhöhung des Mindestzuschusses der Krankenkassen verbessert.
- ambulante Hospizdienste: Bei den Zuschüssen werden künftig neben den Personalkosten auch die Sachkosten berücksichtigt. Die finanzielle Förderung durch die Krankenkassen soll zeitnäher als bisher erfolgen.
- Krankenhäuser: Für Palliativstationen können krankenhaushausindividuelle Entgelte mit den Kostenträgern vereinbart werden.

KOMMENTAR:

Ein halbherziger Wurf?

Der Gesetzesentwurf enthält einige gute und richtige Ansätze zum Ausbau der Hospiz- und Palliativ-Versorgung. Allerdings sind die Ausführungen im Bereich der AAPV zu vage, um abschließend beurteilt zu werden.

Die Regelungen zur SAPV sind gut gemeint, aber wenig durchdacht. Dies gilt vor allem mit Blick auf das Schiedsverfahren und die Verträge der hausarztzentrierten Versorgung. Letztere könnten auf Kosten der Qualität gehen, denn diese Verträge würden der SAPV kaum gerecht, da sich die gewünschte multiprofessionelle Teamleistung gar nicht abbilden lässt.

Erfreulich ist, dass sowohl die Ausführungen im Gesetzesentwurf als auch in der Begründung zeigen, dass bestehende regionale Regelungen zur ambulanten Palliativ-Versorgung nicht konterkariert werden sollen. Bleibt zu hoffen, dass die konkreten Anforderungen an die neue Versorgungsebene die nordrheinische Vertragswelt nicht zu sehr durcheinander bringen. Denn die ambulante Palliativ-Versorgung läuft im Rheinland gut. Hinter diesen Standard möchte hier niemand zurückfallen. ■ DR. HEIKE ZIMMERMANN | REFERENTIN

IM REFERAT GESUNDHEITSPOLITIK DER KV NORDRHEIN.



3,2 Prozent mehr Honorar

Die Vergütung für die ambulante medizinische Versorgung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in Nordrhein steigt 2015 im Vergleich zum Vorjahr um knapp 93 Millionen Euro. Das entspricht einem Plus von 3,2 Prozent. Auf diese Erhöhung haben sich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die Krankenkassen nach langwierigen Verhandlungen geeinigt. Alle bisherigen Regelungen über Einzelleistungsvergütungen und alle Sonderverträge laufen weiter. Auch die Zuschläge für den AOP-Vertrag und den Zentrumsvertrag gibt es 2015 weiter.

Ein großer Teil der Steigerung entfällt auf die Bundesvorgaben. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband hatten unter anderem die Anhebung des Orientierungswertes und damit der Preise ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen um 1,4 Prozent vereinbart. Doch das Ergebnis muss in den regionalen Vereinbarungen bestätigt werden. Der Orientierungspunktwert liegt auch in Nordrhein bei 10,2718 Cent.

Nachzahlung für das erste Quartal 2015
Der höhere Orientierungspunktwert wird ab dem zweiten Quartal in der Abrechnung berücksichtigt. Die Neuberechnung und die daraus folgende Nachvergütung des ersten Quartals erfolgt zeitnah, sie wird in der Abrechnung für das zweite Quartal dieses Jahres berücksichtigt. Dies betrifft besonders Einzelleistungen, freie und kontingentierte Leistungen.

Ebenfalls auf Bundesebene fixiert wurde die Förderung von Grundleistungen und Strukturen der haus- und fachärztlichen Versorgung. Dieses Geld fließt jeweils zur Hälfte in die haus- und in die fachärztliche Versorgung.

Förderungswürdige Leistungen

Bei den Fachärzten wird die Förderung als Zuschlag zur Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) ausgezahlt (wir berichteten). Die Förderung der hausärztlichen Versorgung fließt vor allem in die Vergütung von

Leistungen besonders qualifizierter Medizinischer Fachangestellter, zum Beispiel die Entlastenden Versorgungsassistentinnen (EVA).

Die Honorarvereinbarung in Nordrhein sieht darüber hinaus weitere 4,6 Millionen Euro für zusätzliche förderungswürdige Leistungen vor. Darunter fällt die Förderung von Ärztenetzen und von besonderen fachärztlichen Leistungen. Die Regelungen zur Verteilung dieser Gelder sind im Detail noch nicht getroffen. Die extrabudgetäre Gesamtvergütung steigt um 9,6 Millionen Euro aufgrund der Anhebung des Orientierungspunktwertes. Zur Vereinbarung gehört auch, dass die Kassen die bisherigen förderungswürdigen Leistungen bis Ende 2016 als Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlen.

Ab 2017 soll dieser Bereich in die Konvergenz-Regelung überführt werden. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sieht vor, dass Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen regional eine einmalige Erhöhung vereinbaren können, wodurch die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung dauerhaft steigen würde. So sollen Unterschiede in den Gesamtvergütungen abgebaut werden. Da die Ärzte und Psychotherapeuten in NRW weniger für die ambulante medizinische Versorgung erhalten als in den meisten anderen Regionen, tritt die KV Nordrhein seit Jahren für eine Anpassung der Gesamtvergütung ein. ■ FRANK NAUNDORF

Steigern Sie den Fallwert

Im Juli 2014 startete der neue Hausärzte-Strukturvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg. Die Teilnahme lohnt sich für die Praxen: Ihr Fallwert liegt fast 7,50 Euro über dem Durchschnitt. Zusätzliches Honorar gibt es für Haus-, Dringlichkeits- und Pflegeheimbesuche, das Überleitungsmanagement und den Arzneimittelcheck.

Die Teilnahme am Strukturvertrag ist attraktiv: Für Hausbesuche erhalten Hausärzte zum Beispiel 15 bis 17,50 Euro in Form extrabudgetärer Zuschläge auf die entsprechenden EBM-Positionen. Von den Extra-Zahlungen profitieren derzeit 2.340 Ärzte – also ein gutes Drittel der rheinischen Hausärzte insgesamt. Sie versorgen im Rahmen des Strukturvertrages über 270.000 multimorbide AOK-Versicherte in Nordrhein.

Die Vergütung je eingeschriebenem Versicherten liegt im Mittel 7,47 Euro über den Vergütungen innerhalb der Regelversorgung; die durchschnittliche Vergütung je Patient beträgt im Hausärzte-Strukturvertrag 67,13 Euro. Zum Vergleich: Die durchschnittliche hausärztliche Vergütung je Patient in Nordrhein liegt bei 59,66 Euro bei den Praxen und Patienten, die nicht am Strukturvertrag teilnehmen.

Der Strukturvertrag beinhaltet unter anderem Förderungen für folgende Leistungen:

- Hausbesuche (bis 17,50 Euro)
- Dringlichkeitsbesuche (40 Euro)
- Pflegeheimbesuche (bis 17,50 Euro)
- Überleitungsmanagement (bis 40 Euro)
- Arzneimittelcheck (bis 80 Euro)

Weiterhin erhalten teilnehmende Hausärzte Pauschalen. Für den erhöhten Aufwand bei Beratung, Behandlung und Betreuung ihrer multimorbiden Patienten liegt die Betreuungspauschale je nach Diagnosen bei 2,20 bis 4,50 Euro je Pauschale, maximal bei 7,50 Euro zusätzlich je Behandlungsfall.

Pauschale auch für DMP-Patienten

Die Pauschale erhalten Praxen auch für Patienten, die am Strukturvertrag und einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnehmen – und zwar immer dann, wenn

eine zweite gesicherte Diagnose nach dem Indikationskatalog für einen DMP-Patienten vorliegt.

Teilnehmen am Hausärzte-Strukturvertrag können alle Haus- und Kinderärzte, ein Antrag ist nicht erforderlich. Die Ärzte müssen lediglich den jeweiligen Behandlungsfall mit der Symbolnummer 91324 kennzeichnen. Natürlich muss auch der Patient in den Vertrag eingeschrieben sein.

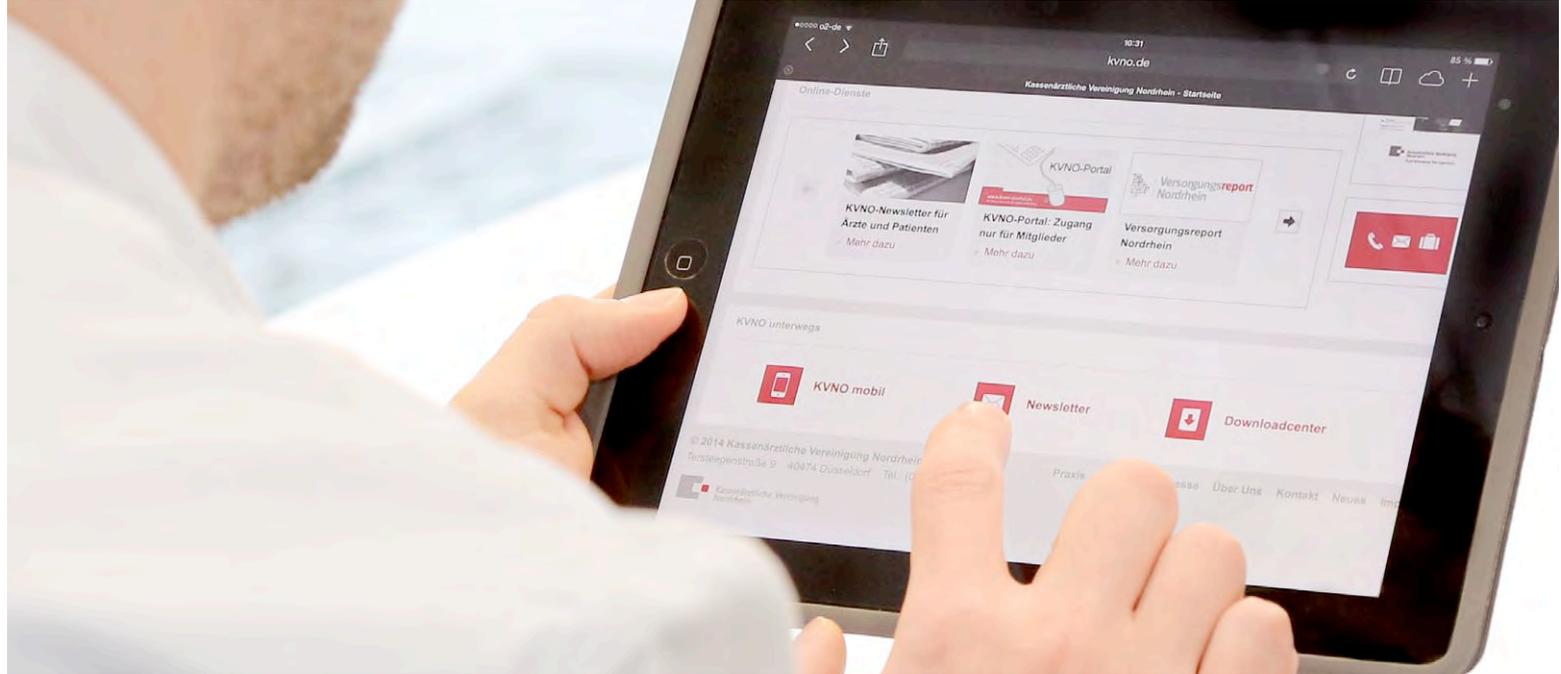
Noch ein Vorteil des Hausärzte-Strukturvertrags: Er ergänzt die vertragsärztliche Vergütung durch extrabudgetäre Honorare. Anders verhält es sich dagegen bei Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b des Sozialgesetzbuchs V. Hier findet eine Bereinigung statt, die Vergütung des Regelleistungsvolumens und qualifizierten Zusatzvolumens in Höhe von 42,70 Euro je Fall werden also abgezogen.

■ FRANK NAUNDORF

Alle Infos im Internet unter www.kvno.de | KV 150807

Über 67 Euro Fallwert im Strukturvertrag

Gesamt:	67,13 €
Hausärztestrukturvertrag:	7,47 €
Einzelleistungen:	10,76 €
Freie Leistungen:	6,19 €
Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen:	3,25 €
Regelleistungsvolumen:	39,45 €



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

Aktuelle Information

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen

Die Zahl von Flüchtlingen und Asylbewerbern ist in jüngster Zeit stark gewachsen – auch in den vertragsärztlichen Praxen und so genannten Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes NRW. Im Folgenden stellen wir die wichtigsten Regelungen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung und Abrechnung von Flüchtlingen und Asylbewerbern dar.

Leistungsanspruch

Anders als bei den gesetzlich Krankenversicherten haben Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) einen eingeschränkten Anspruch auf medizinische Versorgung. Der Versorgungsanspruch umfasst:

- Leistungen zur Behebung eines akuten Krankheits- bzw. Schmerzzustandes (notwendige und nicht aufschiebbare Leistungen) einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln
- Leistungen, die erforderlich sind für Genesung und Besserung oder Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen
- Leistungen für werdende Mütter und Wöchnerinnen, das heißt ärztliche und pflegerische Hilfe für die Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel
- Maßnahmen zur Aufklärung und Behebung von Gesundheitsschäden bzw. zur Abwehr von Gefahren für die Allgemeinheit, amtlich empfohlene Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen

Identitätsprüfung

Asylbewerber besitzen in der Regel einen Identitätsnachweis mit Lichtbild zum Nachweis ihres Aufenthaltes, den sie immer bei sich tragen sollen. Beim Besuch Ihrer Arztpraxis sollten Sie sich vor Behandlung diesen Identitätsausweis zur Identifizierung des Asylbewerbers vorlegen lassen.

Berechtigungsschein / Krankenbehandlungsschein

Vor Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen hat der Asyl-

bewerber zunächst den Berechtigungsschein/Krankenbehandlungsschein vorzulegen. Die Ausgabe dieser Scheine nimmt in der Regel die Bezirksregierung Arnsberg (über den zuständigen Heimleiter bzw. Betreuer vor Ort) für Asylbewerber vor, die für die Dauer des Asylverfahrens in Erstaufnahmeeinrichtungen oder so genannten zentralen Unterbringungseinrichtungen untergebracht sind.

Asylbewerber, die im Laufe des Verfahrens auf die Städte und Gemeinden verteilt und von den Kommunen untergebracht wurden, erhalten ihre Berechtigungs-/Krankenbehandlungsscheine vom Sozialamt oder der zuständigen Gemeinde. Wichtig: Prüfen Sie vor Aufnahme der Behandlung, ob und welche Einschränkungen zur Gültigkeit der Behandlungsscheine vermerkt wurden.

Überweisungen

Wenn Sie die Hinzuziehung und Konsultation weiterer Ärzte für erforderlich halten, stellen Sie eine Überweisung aus. Die auf dem Original-Berechtigungsschein vermerkten Einschränkungen sowie das Aktenzeichen und die Versicherungsnummern müssen Sie auf dem Überweisungsschein übernehmen. Darüber hinaus sollten Sie grundsätzlich vermerken, dass der Patient zuzahlungsfrei ist.

Asylbewerber, die in den Ersteinrichtungen oder zentralen Unterbringungseinrichtungen (Notunterkünften) untergebracht sind, können mit diesen Überweisungsscheinen einen weiteren Krankenbehandlungsschein über die Bezirksregierung Arnsberg beantragen. Sind die Sozialämter der Städte und Kommunen zuständig, kann der Patient aufgrund des bestehenden Rahmenvertrages mit dem Städte- und Gemeindebund NRW direkt weitere Ärzte per Überweisung konsultieren.



Engagiert für Gesundheit.

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Ärztlicher Notfalldienst

Leistungen im Rahmen des organisierten Notfalldienstes oder bei Vertretung werden auf dem entsprechenden Notfall-/Vertreterschein (Vordruck 19) abgerechnet.

Verordnungshinweise

- Heil- und Hilfsmittel: Wenn eine medizinische Indikation für die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln vorliegt, können diese verordnet werden. Diese müssen vorher vom jeweiligen Kostenträger genehmigt werden.
- Arzneimittel können Sie auf einem Kassenrezept verordnen mit einem Vermerk der Kostenübernahme durch den jeweiligen Kostenträger (Land oder Kommune). Asylbewerber müssen grundsätzlich nichts zuzahlen.
- Impfstoffe sind auf den Namen des Patienten auf einem Kassenrezept zulasten des Landes verordnungsfähig, sofern diese noch in den so genannten Erstaufnahmeeinrichtungen oder zentralen Unterbringungsstellen (Notunterkünfte) untergebracht sind. Bei Asylbewerbern, die von den Städten und Gemeinden einen Abrechnungsschein für die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen erhalten haben, ist der Impfstoff über den Behandlungsschein abzurechnen.
- stationäre Behandlung: Krankenhauseinweisungen bzw. belegärztliche Behandlungen bedürfen grundsätzlich einer schriftlichen Genehmigung und Zustimmung des Kostenträgers – abgesehen von medizinisch begründeten Notfällen.

Abrechnungshinweise

Die Abrechnung für Leistungen für Asylbewerber, die in den Erstaufnahmeeinrichtungen oder zentralen Unterbringungseinrichtungen (Not- und Landesunterkünfte) untergebracht werden, erfolgt direkt mit der Bezirksregierung Arnsberg (Bezirksregierung Arnsberg, Dezernat 20, Seibertstraße 1, 59821 Arnsberg). Die Adresse ist auf den Berechtigungsscheinen für diese Asylbewerber aufgedruckt.

Die Abrechnung und Vergütung von Leistungen erfolgt auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Ausnahme: Wird für Asylbewerber, die in den Erstaufnah-

meeinrichtungen (Notunterkünfte) untergebracht sind, eine Röntgenaufnahme der Atmungsorgane veranlasst, dann sind diese Leistungen nach den Nummern 5135 und 5298 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig.

Sobald die Asylbewerber die Not- und Landesunterkünfte verlassen haben und auf die Städte und Gemeinden verteilt wurden, sind die jeweiligen Sozialämter als zuständige Kostenträger verantwortlich. Die Abrechnung erfolgt aufgrund der bestehenden Rahmenvereinbarung für die beigetretenen Städte und Gemeinden über die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein.

Rechnungsstellung

Für die Abrechnung mit der Bezirksregierung Arnsberg sollten Sie immer berücksichtigen, dass Sie grundsätzlich eine Rechnung auszustellen haben und den Behandlungsschein beifügen. Um eine schnellere Bearbeitung zu garantieren, sollten die Rechnungen möglichst nicht einzeln, sondern monatlich als Sammelrechnung eingereicht werden.

Bezirksregierung hilft

Die Bezirksregierung Arnsberg ist im Asylbereich für ganz NRW zuständig. Sie organisiert die Unterbringung der Flüchtlinge in den zentralen Unterbringungseinrichtungen des Landes und die anschließende Verteilung und Zuweisung auf die Städte und Gemeinden. In klärungsbedürftigen Fällen (zum Beispiel wenn kein Krankenbehandlungsschein vorliegt) oder für Fragen wegen Kostenübernahmen kontaktieren Sie bitte die Bezirksregierung Arnsberg unter:

Telefon 02931 822 493 und 02931 822 494

Sprechzeiten
montags, dienstags und donnerstags von
10 Uhr bis 11.30 Uhr und
mittwochs von
13 Uhr bis 15 Uhr

Mehr Infos im Internet unter www.bezreg-arnsberg.nrw.de

KV | 150810

Fünf Jahre ADHS-Vertrag in Nordrhein:

Positive Zwischenbilanz

Etwa 12.000 Kinder und Jugendliche im Rheinland leiden unter dem ADHS-Syndrom. Um Betroffenen frühzeitig und effektiv zu helfen, haben die KV Nordrhein, die AOK Rheinland/Hamburg und die nordrheinischen Berufsverbände der Kinder- und Jugendärzte sowie Psychotherapeuten im Jahr 2010 ein besonderes Versorgungsmodell entwickelt.

Ärzte, Psychotherapeuten und Patienten sind mit dem „ADHS-Vertrag“ sehr zufrieden. Das ergab eine Befragung der AOK-Rheinland/Hamburg fünf Jahre nach dem Start. Das Modell setzt vor allem auf ein Mehr an Betreuungszeit für die Patienten und bezieht ebenfalls die Familien der Betroffenen in die Therapie mit ein. Auch der Medikamenteneinsatz wird streng kontrolliert.

„Der Vertrag wurde von Anfang an von Patienten und Kollegen sehr gut angenommen“, sagt Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein. „Wichtig ist bei der Diagnose ADHS vor allem die enge Zusammenarbeit der Professionen – und genau dies wird mit dem Vertrag erreicht.“ Derzeit nehmen etwa 180 Kinder- und Jugendärzte sowie 30 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten am Vertrag teil.

Intensive Betreuung über drei Jahre

Die am Vertrag teilnehmenden Kinder und Jugendlichen erhalten frühzeitig eine Therapie und werden über einen Zeitraum von in der Regel drei Jahren intensiv von Kinder- und Jugendärzten beziehungsweise Psychotherapeuten betreut. Wie die Befragung zeigt, werden die enge Begleitung und der kontinuierliche Austausch besonders positiv bewertet: Fast zwei Drittel der befragten Patienten und Eltern empfand die regelmäßigen Treffen mit dem Arzt oder Psychotherapeuten als hilfreich und würde wieder am Vertrag teilnehmen.

Psychotherapeuten für die Familie da

Lob gab es ebenso für die vertraglich festgelegte psychotherapeutische Betreuung der an ADHS-Erkrankten unter Einbeziehung ihrer Bezugspersonen. Hierzu gehören Informationsabende für die Eltern zum Störungsbild und spezielle Trainingsseminare zum Umgang mit der Erkrankung im Alltag.



Minderung der Symptome und weniger komorbide Störungen – das sind zwei Ziele des ADHS-Vertrages. In den jüngsten drei Jahren haben bis zu 3.000 AOK-Versicherte teilgenommen.

„In den letzten drei Jahren haben zwischen 2.000 und 3.000 unserer Versicherten am ADHS-Vertrag teilgenommen. Die positive Einschätzung des Modells zeigt, dass es sich lohnt, in Versorgungsmodelle zu investieren, die mehr Behandlungszeit ermöglichen“, betont Günter Wältermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg.

Grund genug für die Vertragspartner, die Zusammenarbeit auch künftig fortzusetzen und weiter auszubauen. Denkbar sind zum Beispiel zusätzliche psychotherapeutische Sprechstunden sowie ein auf dem laufenden Vertrag aufbauendes Versorgungskonzept für erwachsene ADHS-Patienten.

■ CHRISTOPHER SCHNEIDER

Mehr Infos zum Modell unter www.kvno.de | KV | 150811

Im vierten Anlauf ins Ziel

2005, 2008 und 2012 – in diesen Jahren haben die Vorgänger von Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) Anläufe unternommen, um die gesetzlichen Grundlagen der Prävention neu zu ordnen. Drei Mal waren sie spätestens im Bundesrat damit gescheitert. Nun hat der vierte Entwurf eines Präventionsgesetzes Mitte Juni die letzte Gesetzgebungshürde genommen. Damit ist klar: Zum 1. Januar 2016 wird sich in der Prävention einiges ändern.



Empfehlungen zu gesunderem Verhalten wie etwa mehr Bewegung müssen Ärzte ihren Patienten im Rahmen von Check-ups künftig schriftlich überreichen.

Die wichtigsten Punkte des Präventionsgesetzes im Überblick:

Mehr Geld für Prävention: Die gesetzlichen Krankenkassen müssen ihre Ausgaben für Präventionsleistungen künftig von bisher drei auf jährlich sieben Euro je Versicherten erhöhen. Hiervon sind je zwei Euro für die betriebliche Gesundheitsförderung sowie für die Prävention in so genannten „Lebenswelten“ (Schule, Betrieb etc.) vorzusehen. Insgesamt entstehen so jährliche Mehrausgaben von rund 300 Millionen Euro. Finanziert werden diese ausschließlich von den gesetzlich Versicherten;

die private Krankenversicherung wie auch die Beihilfe der Beamten zieht die Bundesregierung nicht zur Finanzierung heran.

Stärkung der Selbsthilfe: Die Mittel für die Selbsthilfe werden auf 78 Millionen Euro jährlich verdoppelt.

Check-up 35 wird überarbeitet: Künftig haben per Gesetz alle Versicherten ab 18 Jahren einen Anspruch auf „alters-, geschlechter- und zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten“. Welche neuen ärztlichen Präventionsleistungen eingeführt werden, wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entscheiden. Der Check-up 35 in der jetzigen Form soll ersetzt werden.

Schriftliche ärztliche Präventionsempfehlung: Sofern medizinisch angezeigt, müssen Ärzte ihre Patienten im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen schriftlich auf Leistungen bzw. Möglichkeiten zur verhaltensbezogenen Prävention hinweisen, beispielsweise auf die von den Kassen angebotenen Bewegungs- und Ernährungskurse. Bislang ist hierfür keine zusätzliche Honorierung vorgesehen. Der Gesetzgeber vertritt die Auffassung, dass Ärzte bereits heute dazu verpflichtet sind, im Rahmen eines Beratungsgesprächs auf Gesund-

heitsförderungsangebote hinzuweisen und dass die neue ärztliche Präventionsempfehlung als „kurze, schematische Zusammenfassung“ nicht über den Inhalt eines solchen Beratungsgesprächs hinausgehe.

Ärztliche Impfberatung vor Kita-Besuch wird Pflicht: Vor dem Eindruck der aktuellen Masernfälle werden Eltern dazu verpflichtet, bei bzw. vor der Aufnahme von Kindern in eine Kita eine ärztliche Beratung zum Impfschutz nachzuweisen.

Steuerung durch Nationale Präventionskonferenz und Landesvereinbarungen: Um die Mittel zielgenauer als bisher einzusetzen, soll eine Nationale Präventionskonferenz bundeseinheitliche Präventionsziele sowie vorrangige Handlungsfelder und Zielgruppen festlegen. Deren Empfehlungen sind dann auf Landesebene von den Präventionsträgern und ihren Partnern in verbindliche Landesvereinbarungen umzusetzen. Mit diesem Instrument werden künftig die Aktivitäten der

unterschiedlichen Präventionsansätze und „Settings“ vor Ort koordiniert und gesteuert. Die verfasste Ärzteschaft wird der Nationalen Präventionskonferenz nicht angehören – trotz heftiger Kritik von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Deutschen Ärztetags.

Mehr Aufgaben für die BZgA: Hoch umstritten ist die geplante „Zwangsbeauftragung“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) durch die gesetzliche Krankenversicherung: Die Krankenkassen müssen der Kölner Behörde künftig jährlich 32 Millionen Euro an Beitragsgeldern überweisen, damit diese kassenübergreifende Präventionsleistungen in „Lebenswelten“ implementieren und evaluieren kann – ein Konstrukt, das die Kassen als „Quersubventionierung einer nachgeordneten Bundesbehörde“ kritisieren. Mit anderen Worten: Die Beitragszahler allein finanzieren gesamtgesellschaftliche Aufgaben wie Aktionen für gesundes Essen und Bewegung in Kitas und Betrieben. ■ SIMONE GRIMMEISEN

Kassen zahlen Impfausweise

Die Krankenkassen müssen ihren Versicherten ab Anfang 2016 kostenfrei einen Impfausweis zur Verfügung stellen. Auch dieser Punkt ist im Präventionsgesetz geregelt. Praxen müssen diese Kosten also nicht länger aus ihren Umsätzen zahlen.

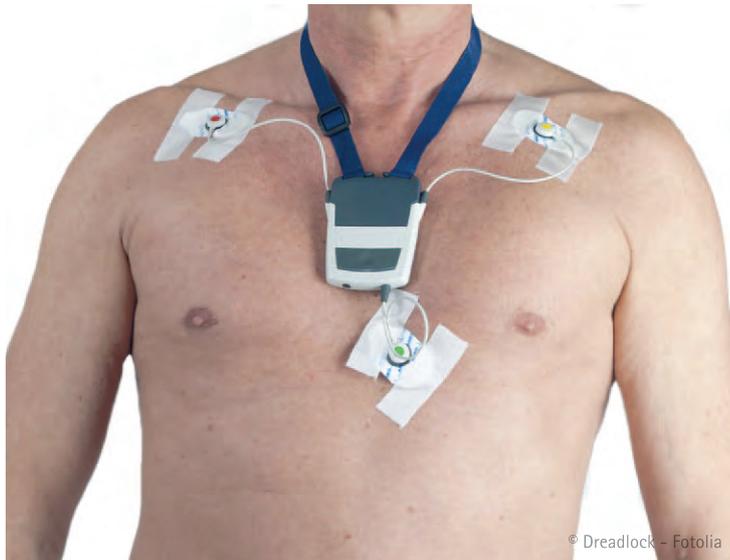
Wie die Patienten an die Impfausweise kommen, gibt der Gesetzgeber nicht vor. Eine Möglichkeit ist, dass die Patienten die Ausweise direkt von ihrer Kasse erhalten.

Auch eine Regelung zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung ist denkbar. In diesem Fall würde die Praxis die Ausweise abgeben, die Kosten würden über die Abrechnung erstattet.

Das Deutsche Grüne Kreuz weist darauf hin, dass Praxen hier weiter internationale Impfausweise bestellen können. Der Einzelpreis liegt bei einer Bestellmenge von 50 Stück bei 48 Cent zuzüglich Mehrwertsteuer.

Praxisassistenten: Langzeit-EKG bei Hausbesuchen abnehmen

Seit 1. Juli 2015 können Ärzte die Aufzeichnung eines Langzeit-EKGs nach Gebührenordnungsposition (GOP) 03322 abrechnen – und zwar neben dem Besuch ihres nichtärztlichen Praxisassistenten (GOP 03062 und 03063). Voraussetzung: Der Praxisassistent muss das Langzeit-EKG nach mindestens 18-stündiger Aufzeichnung bei seinem Hausbesuch wieder abnehmen.



Das Abnehmen eines Langzeit-EKG beim Hausbesuch durch eine Medizinische Fachangestellte (MFA) können Praxen nur dann abrechnen, wenn die MFA über eine Zusatzqualifikation verfügt, also zum Beispiel Entlastende Versorgungsassistentin (EVA) oder Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) ist.

Bisher war das Langzeit-EKG neben den Hausbesuchen nicht abrechnungsfähig. Das hat der Bewertungsausschuss Ende Juni dieses Jahres geändert. Er ergänzte die Nr. 6 der Präambel 3.2.1.2. im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) um die GOP 03322 für die Aufzeichnung des Langzeit-EKGs. Die Präambel gibt an, welche Leistungen neben den Hausbesuchen abgerechnet werden können.

Aufgrund des kurzfristigen Beschlusses ist die Änderung im EBM aktuell noch nicht in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt. Trotzdem können Ärzte die genannten Positionen nebeneinander abrechnen. Darauf weist die Kassenärztliche Bundesvereinigung hin.

Mehr Infos unter www.kbv.de | [KV | 150814](#)

BKK DKM: Influenza-Impfung nicht mehr als Satzungsleistung

Versicherte der BKK Demag Krauss-Maffei (DKM) können die Gripeschutzimpfungen in der kommenden Impfsaison nur noch gemäß den Indikationen der Schutzimpfungsrichtlinie erhalten. Grund: Die BKK DKM hat die Vereinbarung zur Durchführung der Influenza-Impfung als Satzungsleistung, also außerhalb der in der Schutzimpfungsrichtlinie genannten Indikationen, gekündigt. Die Änderung gilt ab der Impfsaison 2015/2016.

Möchten Versicherte die Gripeschutzimpfung trotzdem als Satzungsleistung erhalten, müssen sie die Kosten dafür selbst übernehmen.

Abrechnung Blutgasanalyse

Die KV Nordrhein informiert aus gegebenem Anlass darüber, dass die Blutgasanalyse nach EBM-Ziffer 32247 nicht im gleichen Behandlungsfall mit dem pneumologischen Komplex nach EBM-Nummer 13650 abgerechnet werden kann.

Diese Regelung ergibt sich aus den allgemeinen Bestimmungen 2.1.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie aus dem Leistungskomplex der Ziffer 13650, da die Blutgasanalyse Bestandteil des fakultativen Leistungsinhaltes ist.

SSB-Vereinbarung zum 1. Juli 2015 angepasst

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassenverbände haben die Anlage 1 der Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung zum 1. Juli 2015 angepasst und damit die Verordnung von Heparinpräparaten und oralen Glukose-Toleranztests genauer definiert.

So sind Heparinpräparate ab 1. Juli 2015 nicht mehr nur im Rahmen der Thromboseprophylaxe verordnungsfähig, sondern auch bei der Soforttherapie. Des Weiteren kann Fondaparinux Natrium (zum Beispiel Arixtra) ebenfalls über den Sprechstundenbedarf verordnet werden. Dies ist aufgrund der höheren Kosten im Verhältnis zu vergleichbaren Heparinen jedoch nur bei bestimmten Indikationen und gleichzeitig bekannter Heparinunverträglichkeit möglich.

Der orale Glukose-Toleranztest wird ab 1. Juli 2015 aufgrund des zu beachtenden Wirtschaftlichkeitsprinzips von den Apotheken grundsätzlich in Einzelportionen ausgegeben und ist als Fertiglösung nur in medizinisch begründeten Einzelfällen verordnungsfähig.

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV | 150815

Deutsche BKK tritt Homöopathie-Vertrag bei

Die Deutsche BKK ist zum 1. Juli 2015 dem Homöopathie-Vertrag mit der Securita BKK beigetreten. Folgende Betriebskrankenkassen nehmen ebenfalls an dem Vertrag teil:

- BKK Linde
- Daimler BKK
- BKK 24
- BKK Pfaff
- BKK Herkules
- actimonda BKK
- Novitas BKK

Vergütung Notfalldienst: Uhrzeit angeben

Aus gegebenem Anlass weist die KV Nordrhein erneut darauf hin, dass aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses die Gebührenordnungspositionen (GOP) im organisierten Notfalldienst zwingend mit einer Uhrzeitangabe zu versehen sind. Bei der

Abrechnung der GOP 01210, 01212, 01214, 01216, 01218 und 01418 EBM geben Sie bitte immer die Uhrzeit der Inanspruchnahme mit an. Die Uhrzeit der Inanspruchnahme ist als Zusatzangabe zur GOP unter „Uhrzeit“ (Feldkennung 5006) einzutragen.

Verordnung von Blutzuckertestgeräten und -streifen

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein weist darauf hin, dass die Leistung zur wirtschaftlichen Versorgung der Patienten mit Blutzuckertestgeräten und -streifen bei einem bereits umgestellten Patienten ein weiteres Mal erbracht und abgerechnet werden kann, wenn der Patient auf preisgünstigere Blutzuckerteststreifen umgestellt wird. Das kann auch innerhalb der gleichen Preiskategorie sein.

Hintergrund ist der Strukturvertrag, den die KV Nordrhein mit der AOK Rheinland/Hamburg abgeschlossen hat. Zum 1. Juni 2014 trat er in Kraft und sieht vor, dass für eine ergebnisoffene Beratung, Schulung, Information und Aufklärung über Blutzuckertestgeräte und -streifen und deren Bezugswege eine Vergütung in Höhe von 25 Euro nach der Symbolnummer 91777 für die teilnehmenden Ärzte abgerechnet werden kann. Dies gilt pro umgestelltem Patienten.

Für die Beratung und Aufklärung über Blutzuckertestgeräte und -streifen zahlt die AOK 25 Euro je umgestelltem Patienten – auch bei einer zweiten Umstellung.



© Andrey Popov - Fotolia

Hautkrebsvorsorge-Vertrag: Teilnahme neu beantragen

Dermatologen müssen die Teilnahme am Hautkrebsvorsorge-Vertrag mit der Hanseatischen Ersatzkasse, der Techniker Krankenkasse und der BIG direkt gesund ab dem 1. Juli 2015 neu beantragen, bei der BIG gilt dieses auch für Hausärzte. Hintergrund sind die Vorgaben des § 73c SGB V, nach dem Ärzte bei diesen Verträgen ihre Teilnahme schriftlich erklären müssen. Dies betrifft auch den bereits vor Jahren abgeschlossenen Hautkrebsvorsorge-Vertrag für Patienten unter 35 Jahren mit den genannten Krankenkassen.

Für die Neubeantragung können Hautärzte/Hausärzte das auf der Internetseite der KV Nordrhein eingestellte Formular verwenden und direkt an die für sie zuständige Bezirksstelle der KV Nordrhein senden. Liegt der Fortbildungsnachweis der Bezirksstelle bereits vor, muss er nicht erneut eingereicht werden.

Das Hautkrebsvorsorge-Screening unter 35 Jahren können ab dem 1. Juli 2015 nur noch Ärzte abrechnen, die eine Genehmigung erhalten haben. Auch die Teilnahmeerklärung für Patienten wurde neu gefasst.

Die Eckpunkte der jeweiligen Verträge:

	HEK	TK	BIG
Alter der Patienten	18 bis einschließlich 34 Jahre	20 bis einschließlich 34 Jahre	bis einschließlich 34 Jahre
Übermittlung des Patienten-Teilnahmeantrags an die Krankenkasse	durch die Arztpraxis	durch den Patienten	durch den Patienten
Teilnahme von Dermatologen	ja	ja	ja
Teilnahme von Hausärzten	nein	nein	ja

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

PVS: Neuerungen zum dritten Quartal 2015

Mit Beginn des dritten Quartals gibt es einige Neuerungen, die Auswirkungen auf die Praxisverwaltungssysteme (PVS) haben.

So ist beispielsweise die Dokumentationssoftware für die bundesweiten Disease-Management-Programme (DMP) Asthma bronchiale, obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD), Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sowie Koronare Herzkrankheit (KHK) aktualisiert worden. Hier fallen einige Parameter weg, die Ärzte bisher dokumentieren mussten, andere kommen hinzu. Damit Ärzte alle seit 1. Juli 2015 geforderten Parameter dokumentieren können, müssen sie die Praxissoftware aktualisieren.

Mehr Infos unter www.kvno.de | [KV | 150816](#)

Formular für meldepflichtige Krankheiten überarbeitet

Für bestimmte Infektionskrankheiten besteht nach § 6, 8 und 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) eine namentliche Meldepflicht. Der entsprechende Meldebogen wurde kürzlich aktualisiert.

Dabei wurden einzelne Bezeichnungen meldepflichtiger Erkrankungen angepasst. Beispiel: Röteln postnatal und konnatal wurden mit dem Überbegriff „Röteln“ und die Punkte „Häufung anderer Erkrankungen“ sowie „bedrohliche andere Krankheiten“ mit „Gefahr für die Allgemeinheit“ zusammengefasst. Änderungen wurden auch vereinzelt bei den zugehörigen Symptomen vorgenommen. Im Abschnitt „Epidemiologische Situation“ sind jetzt Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle möglich.

Der neue Meldebogen kann weiterhin ohne großen Zeitaufwand ausgefüllt werden. Entsprechende Muster erhalten Sie von den jeweiligen Landesbehörden.

Den Meldebogen zum Download finden Sie unter www.lzg.nrw.de
Mehr Infos zur Hygiene-Initiative unter www.keine-keime.de | KV | 150817

Laborquote und Referenz-Fallwerte zweites Halbjahr 2015

Die bundeseinheitliche Labor-Abstufungsquote „Q“ für das zweite Halbjahr 2015 beträgt 91,58 Prozent.

Die Tabelle zeigt die Referenz-Fallwerte für das zweite Halbjahr 2015, die mit der Quote „Q“ multipliziert wurden.

Referenz-Fallwerte	
Rheumatologen, Endokrinologen:	36,63 Euro
Nuklearmediziner, Hämatologen:	19,23 Euro
Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen:	3,66 Euro

Neu ist außerdem, dass Patienten künftig einen Durchschlag der Krankenschreibung erhalten.

Weniger Bürokratie: Ab 2016 neues AU-Formular

Weniger Bürokratie bringt ab 2016 ein neues Formular, auf dem Vertragsärzte eine Arbeitsunfähigkeit (AU) sowohl während der Entgeltfortzahlung als auch während der Krankengeldzahlung bescheinigen können. Auf diese Änderungen hat sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem GKV-Spitzenverband verständigt. Das bisherige Formular zum Bezug von Krankengeld fällt dann weg.

Der so genannte Auszahlungsschein für Krankengeld (Muster 17) wird in die klassische AU-Bescheinigung (Muster 1) integriert. Auf dem neuen Muster 1 bescheinigen Vertragsärzte sowohl eine Arbeitsunfähigkeit während der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber als auch während der Krankengeldzahlung durch die Krankenkasse.

Bislang bekommen nur die Krankenkasse und der Arbeitgeber eine Kopie.

Psychoanalytische Einzel- und Gruppentherapie kombinierbar

In der tiefenpsychologisch fundierten und in der analytischen Psychotherapie können künftig Einzel- und Gruppentherapie kombiniert werden. Eine entsprechende Änderung der Psychotherapie-Richtlinie hatte kürzlich der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen. Bisher war eine solche Kombination nur in Ausnahmefällen möglich.

Die zur Verfügung gestellten Kontingente entsprechen denen der überwiegend durchgeführten Anwendungsform: So wird die in der Gruppentherapie erbrachte Doppelstunde im Gesamttherapiekontingent der Einzeltherapie als Einzelstunde gezählt und umgekehrt. Verständigen sich Therapeut und Patient darauf, Einzel- und Gruppentherapie zu kombinieren, ist hierfür ein Gesamtbehandlungsplan zu erstellen. Behandeln verschiedene Therapeuten einen Patienten gleichzeitig, stimmen diese ihre jeweiligen Behandlungspläne im Einverständnis mit dem Patienten ab.

Sobald der Beschluss im Bundesanzeiger veröffentlicht wird, tritt er am Tag darauf in Kraft. Der G-BA wird für einen Zeitraum von vier Jahren nach Inkrafttreten der Regelung deren Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der ambulanten Psychotherapie in den psychoanalytisch begründeten Verfahren überprüfen.

Mehr Infos unter www.kbv.de | KV | 150818

Alle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomievertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen. Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter www.kvno.de | KV | 150818

Deutsche BKK kündigt Vertrag zur HPV-Impfung

Die Fusion zwischen der Deutschen BKK und der BKK Essanelle zum 1. Januar 2015 hat dazu geführt, dass die Satzung der nunmehr neuen Deutschen BKK angepasst wurde. Die HPV-Impfung gehört nun nicht mehr zu den freiwilligen Übernahmeregelungen dieser Krankenkasse. Der Vertrag wurde zum 30. Juni 2015 gekündigt.

Dies bedeutet, dass die Deutsche BKK die HPV-Impfung als Satzungsleistung nur bis zum 30. Juni 2015 übernimmt. Bereits begonnene Impfserien können fortgeführt und auch nach diesem Datum beendet und abgerechnet werden.

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV | 150818

Sammelerklärung nur noch zum Herunterladen

Im Zuge der IT-gestützten Abrechnung stellt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein den postalischen Versand des Vordrucks „Sammelerklärung“ ab dem ersten Quartal 2016 ein. Sie finden den Vordruck künftig zum Herunterladen auf der Internetseite der KV Nordrhein.

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV | 150818

Wuppertal: Keine Zuzahlung mehr für Asylbewerber

Asylbewerber und geduldete Personen mit eingeschränktem Leistungsanspruch in der Stadt Wuppertal sind wieder von den Zuzahlungen befreit. Hintergrund ist die Neuregelung des Asylbewerberleistungsgesetzes, die zum 1. März 2015 in Kraft trat. Die Information über die Befreiung der Zuzahlung wird auf den von der Stadt Wuppertal ausgehändigten Krankenscheinen sichtbar dokumentiert.

Mit der Ausgabe „KVNO aktuell“, September/ Oktober 2013, hatten wir darüber informiert, dass die Befreiung von Zuzahlungen für Asylbewerber eingestellt wurde. Inzwischen hält die Stadt Wuppertal nicht mehr an dieser Regelung fest.

Amblyopiescreening: Vertrag mit Knappschaft geschlossen

Die KV Nordrhein hat 2013 mit der Knappschaft einen Amblyopievertrag geschlossen, an dem Sie einfach durch Abrechnung der entsprechenden Symbolziffer teilnehmen konnten. Diese Regelung hat das Bundesversicherungsamt beanstandet, so dass mit der Knappschaft aus rein formalen Gründen ein neuer Vertrag mit Wirkung zum 27. Juli 2015 geschlossen wurde.

Eine Abrechnung von Leistungen im Rahmen des Vertrages ist nur dann möglich, wenn Sie eine Genehmigung der KV Nordrhein erhalten haben. Bitte füllen Sie dazu den auf unserer Internetseite stehenden Teilnahmeantrag aus.

Ebenfalls neu wurde eine Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Sorgeberechtigten



© Monkey Business - Fotolia

vereinbart, die vor Durchführung der Leistung auszufüllen und innerhalb einer Woche von der Praxis an die Knappschaft zu senden ist. Die Erklärung können Sie über den Formularversand in Krefeld beziehen.

Änderung für Knappschafts-Patienten im Amblyopiescreening: Die Eltern müssen nun eine Teilnahme- und Einwilligungserklärung ausfüllen.

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



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

Kontakt

KV Nordrhein
 IT-Servicedesk
 Telefon 0211 5970 8500
 Telefax 0211 5970 9500
 E-Mail portal@kvno.de

www.kvno-portal.de

Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

Vorname und Telefonnummer aufs Rezept

Seit 1. Juli 2015 müssen verordnende Ärzte auch den Vornamen und eine Telefonnummer für Rückfragen auf Arzneimittelrezepten angeben (wir berichteten). Dies ist die Folge einer Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) und der Medizinprodukte-Abgabeverordnung; der Bundestag hat damit europäisches Recht umgesetzt.

Die AMVV verlangt nun, dass auf dem Rezept folgende Angaben stehen: Vorname, Name und die Berufsbezeichnung der verordnenden Person, die Anschrift der Praxis oder Klinik sowie eine Telefonnummer für Rückfragen und die eigenhändige Unterschrift. Nach den Gesamtverträgen müssen zusätzlich die Betriebsstättennummer und die Gebietsbezeichnung

aufgeführt werden. Die Vorgaben gelten sowohl für Praxisführer und angestellte Ärzte als auch für Ärzte im Krankenhaus und im Falle von Urlaubs- oder Notdienstvertretungen.

Wenn Rezepte den formalen Vorgaben der AMVV nicht entsprechen, dürfen sie von Apotheken nicht bedient werden. Die Ersatzkassen, die AOK Rheinland/Hamburg und die Knappschaft haben zugesagt, dass sie erst ab 1. Oktober 2015 Verordnungen im Zusammenhang mit der Änderung der AMVV prüfen werden. ■ HON

Die KV Nordrhein hat die häufigsten Fragen von Praxen rund um die AMVV gesammelt und stellt diese mit den Antworten zur Verfügung unter www.kvno.de

KV | 150822

Änderungen mit Unterschrift und Datum bestätigen

Handschriftliche Änderungen auf einem Kassenrezept müssen Ärzte mit Unterschrift und

Datum bestätigen. Wenn Datum und Unterschrift des Arztes fehlen, wird laut Bundessozialgericht nicht nur die Ergänzung ungültig, sondern die gesamte Verordnung.



Krankenkassen regressieren Apotheken immer häufiger auch wegen vermeintlich harmloser Formfehler. Ärzte sollten deswegen darauf achten, Änderungen am Rezept mit Unterschrift und Datum zu bestätigen.

Apotheken sind zunehmend von Regressen (Retaxationen) durch Krankenkassen bedroht und deshalb darauf bedacht, auch scheinbar harmlose Formfehler zu vermeiden. Dazu gehören selbst marginale Änderungen auf dem Verordnungsblatt (Rezept). Ärzte müssen sich deswegen stärker als bisher auf Rücksprachen von Apothekern einstellen.

Nach den gesetzlichen Vorgaben dürfen Apotheken auf einem Kassenrezept nur wenige Angaben ändern, teilweise nur nach telefonischer Rücksprache mit der Praxis. Rezepte mit unzulässigen sachlichen Änderungen (zum Beispiel Packungsgröße oder Stärke) werden ohne Gegenzeichnung des Arztes in vielen Fällen nicht mehr erstattet. ■ HON

„Off label“ auch bei falscher Dosierung

Die Verordnung von Arzneimitteln außerhalb ihrer Zulassung zulasten der gesetzlichen Krankenkassen ist nur eingeschränkt möglich. In einem aktuellen Fall bestätigte das Sozialgericht Düsseldorf die Anwendung eines Arzneimittels in höherer Dosierung als „off label“ (Az: S 33 KA 97/11, 6. August 2014).

Ein Arzt aus Köln hatte auf Empfehlung des entlassenden Krankenhauses Sildenafil (Revatio) höher dosiert als in der Fachinformation angegeben wird. Die Krankenkasse der Versicherten hatte daraufhin einen Antrag auf „Sonstigen Schaden“ gestellt, der vom Sozialgericht als berechtigt eingeschätzt wurde.

Andere aktuelle Anträge einer Krankenkasse betreffen die Anwendung von Xarelto 10mg: Die geringe Dosierung ist nur zugelassen zur Prophylaxe venöser Thromboembolien (VTE) bei erwachsenen Patienten nach elektiven Hüft- oder Kniegelenkersatzoperationen. Das 10 mg-Präparat wurde jedoch bei nicht valvulärem Vorhofflimmern verordnet. Die Krankenkasse hat daraufhin einen Antrag wegen „off label“ gestellt.

Ärzte dürfen Arzneimittel nur in ihrem zugelassenen Indikationsbereich zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnen. Ausnahmen bestehen nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes von 2002, wenn es sich

- um die Behandlung einer schwerwiegenden Erkrankung handelt, für die

- keine andere Therapie verfügbar ist und
- aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg besteht.

Zusätzlich legt ein Expertengremium des Bundesgesundheitsministeriums fest, in welchen Fällen Arzneimittel außerhalb ihrer Zulassung zu Lasten der GKV verordnet werden können. Die Liste von derzeit 22 Wirkstoff-Indikations-Kombinationen ist in der Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie veröffentlicht.

Ein Arzneimittel wird „off label“ verordnet, wenn es zugelassen ist, aber außerhalb des in der Zulassung beantragten und von den nationalen oder europäischen Zulassungsbehörden genehmigten Gebrauchs, beispielsweise hinsichtlich

- der Anwendungsgebiete,
 - der Dosierung,
 - der Behandlungsdauer,
 - des Alters,
- angewendet wird.

Die KV Nordrhein empfiehlt, bei Verordnungen außerhalb der Zulassung zunächst bei der Krankenkasse eine Auskunft einzuholen oder im Zweifelsfall ein Privatrezept auszustellen. Je nach Krankenkasse erhält der Patient oder die Praxis eine Rückmeldung von der Kasse. ■ HON

Mehr Infos zum off-label-Einsatz finden Sie als VerordnungsInformation Nordrhein (VIN) unter www.kvno.de

KV | 150821

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

Anträge wegen unzulässiger Verordnungen

Mehrere Krankenkassen in Nordrhein haben Anträge wegen unzulässiger Arzneimittelverordnungen gestellt. Die Anträge betreffen den Verordnungszeitraum des Jahres 2014. Inhaltlich geht es um Verordnungen, die nach der Arzneimittel-Richtlinie ausgeschlossen sind, oder um die Verordnung fiktiver Arzneimittel.

Verordnungsausschlüsse nach der Arzneimittel-Richtlinie sind in der Praxissoftware gekennzeichnet. Hinweise zu fiktiv zugelassenen

Arzneimitteln werden nur in einzelnen Verordnungssystemen gegeben. In medizinisch begründeten Einzelfällen können Arzneimittel entgegen den Regelungen der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie verordnet werden. Ärzte können diese Einzelfälle im Rahmen einer Stellungnahme gegenüber der Prüfungsstelle begründen. Nach der Stellungnahme entscheidet die Prüfungsstelle. Ein Widerspruch ist nicht möglich; gegen die Entscheidung können Ärzte klagen. ■ HON

Achtung, Anträge

Bei den in der Tabelle genannten Arzneimitteln stellen einige Krankenkassen aktuell Anträge.

Wirkstoff (Beispiel)	Bemerkung/Verordnungsausschluss
Reboxetin (Edronax, Solvex)	Ausschluss seit April 2011
ASS plus Dipyridamol (Aggrenox, Asasantin, Generika)	Ausschluss seit April 2014
Pioglitazon (Actos)	Ausschluss seit April 2011
Tepilta	Antacida in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen
Arthotec / Arthotec forte	Antiphlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen Antacida in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen
Voltaren Emulgel, Diclac Schmerzgel, Diclofenac-Gele	Externa bei traumatisch bedingten Schwellungen, Ödemen und stumpfen Traumata Rheumamittel (Analgetika/Antiphlogistika/Antirheumatika) zur externen Anwendung

Fiktiv zugelassene Arzneimittel

AHP 200	Myoson Injektionslösung
Alvalin	Paveriwern
Arhama Tinktur N	Pentalong 50 mg
Diamox	Peritrast 300
Diamox Parenteral	Peritrast 300-Comp
Hylase Dessau 1500 IE	Presomen 28 / 0,3 mg
Inimur Creme	Tenuate Retard
Inimur Dragees	Tepilta Suspension in Beuteln
Inimur Kombipack	Tepilta Suspension in Flaschen
Inimur Vaginalstäbchen	Trental Infusionslösungskonzentrat
Jonosteril Bas mit Glucose	Vagantin
Myoson Direct	

Stand: Januar 2015

Konzepte gegen die Volkskrankheit

Ärzte warnen schon seit Jahren, dass eine Welle von Patienten mit der Stoffwechselkrankheit Diabetes mellitus auf das deutsche Gesundheitswesen zurollt. Kann das System diese ungezügelte Zunahme chronisch Kranker bewältigen?

Dr. Lothar Nossek und Dr. Susanne Schmidt stehen in Alsdorf bei Aachen im Kampf gegen den Diabetes quasi an der Front. Sie agieren zügig, routiniert und gut organisiert. So gut, dass es in der diabetologischen Schwerpunktpraxis kaum Wartezeiten gibt. Hier wird die in den Disease-Management-Programmen (DMP) verankerte „strukturierte Behandlung“ des Diabetes Typ 2 gelebt.

Kerngedanken des DMP sind die systematische Behandlung und die regelmäßige Kontrolle“, sagt Dr. Nossek. „Ich versuche den Patienten zu vermitteln, dass wir mit den Kontrolluntersuchungen Langzeitschäden vermeiden.“

Zur systematischen Behandlung gehören nicht nur ärztliche Leistungen, betont der Diabetologe: „Wir haben mehrere Diabetesberaterinnen, fünf ausgebildete Diabetesassistentinnen, zwei Wundassistentinnen. Wir können

beispielsweise Stimmgabeltests und Doppleruntersuchungen durchführen und daraus die therapeutischen Konsequenzen ziehen. Zusätzlich bieten wir Patienten-Schulungen an, die unsere Diabetesassistentinnen und -beraterinnen durchführen.“

Es geht also nicht nur darum, regelmäßig Blutzuckerwerte zu kontrollieren, sondern auch um die Lebensführung. „Die Gespräche um meine Person und meine Werte haben vieles ausgelöst“, resümiert Diabetespatient Karl-Heinz Etschenberg. „Dr. Nossek hat eine direkte, unverblünte Art, die bei mir sehr gut ankommt.“ Der 53-Jährige ist Verkaufsleiter in einem Autohaus und kennt die Bedeutung kommunikativer Kompetenz. „Das Team der Schwerpunktpraxis hat in mir das Bewusstsein geweckt, dass ich aktiver sein muss.“

Die Schwelle zum Eintritt in ein DMP ist niedrig: In der Regel schreiben die Patienten sich bei ihrem Hausarzt ein. 3.423 teilnehmende Hausarztpraxen koordinieren die Diabetesversorgung im Rheinland und überweisen bei Bedarf an eine der 130 diabetologischen Schwerpunktpraxen. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) schätzt, dass aktuell zwischen 83 und 94 Prozent der Menschen mit Typ-2-Diabetes in Nordrhein am DMP teilnehmen – ein Spitzenwert im Bundesvergleich.

Verbesserte Routinen

Nossek erinnert sich noch gut an die Zeiten vor Einführung der DMP: „Die ärztlichen Rou-

Dr. Lothar Nossek untersucht eine Patientin in seiner diabetologischen Schwerpunktpraxis in Alsdorf.



tinen haben sich seitdem deutlich geändert. So gibt es jetzt den Service, dass die Patienten stets an ihre nächsten Untersuchungstermine erinnert werden.“ Er hält dies für ein sehr wichtiges Instrument.

Unterstützt wird er durch das Team um Dr. Lutz Altenhofen, der das Kölner DMP-Projektbüro des Zi leitet. Kaum jemand hat sich so intensiv mit den DMP-Daten beschäftigt wie diese Arbeitsgruppe.

„Mit unseren halbjährlichen Feedback-Berichten erhalten die Ärzte konkrete Hinweise, zum Beispiel wann ein Patient wieder einbestellt oder zum Augenarzt überwiesen werden sollte“, erklärt Altenhofen. Die Berichte und Reminder sind seit Neuestem im KVNO-Portal erhältlich. Sie bieten den Praxen auch eine Orientierung, ob sie hinsichtlich ihrer Patientenzusammensetzung mit anderen hausärztlichen Praxen vergleichbar sind und in welchem Umfang sie die DMP-Ziele erreichen.

Ermöglicht wird diese systematische Beobachtung durch die in Deutschland einheitliche Grundlage der DMP-Dokumentation. „Das ist abgesehen von den Krebsregistern und von wenigen regional begrenzten Projekten einmalig im ambulanten Gesundheitssystem“, erklärt Altenhofen. In Nordrhein haben sich Ärzte und Krankenkassen dazu entschlossen, diesen einzigartigen Datensatz auch für die Qualitätssicherung und für weitergehende Analysen zu nutzen. „Die Kollegen können gewiss sein, dass sie nicht für einen Datenfriedhof dokumentieren“, betont Altenhofen.

Mehr Qualität durch Daten?

Manche Praxis meint, der Dokumentationsaufwand stehe in keinem angemessenen Verhältnis zum Nutzen. Das sieht Dr. Lothar Nossek anders: „Ich nutze die Feedbackberichte, vor allem für unser zertifiziertes praxisinternes Qualitätsmanagement. Dadurch kann ich sagen, woran es liegt, wenn wir mit den HbA1c-Werten angestiegen sind, sich der Blutdruck im Mittel ver-

schohen hat oder die Blutfette zu hoch sind.“ Die Praxissoftware gebe dies nicht her.

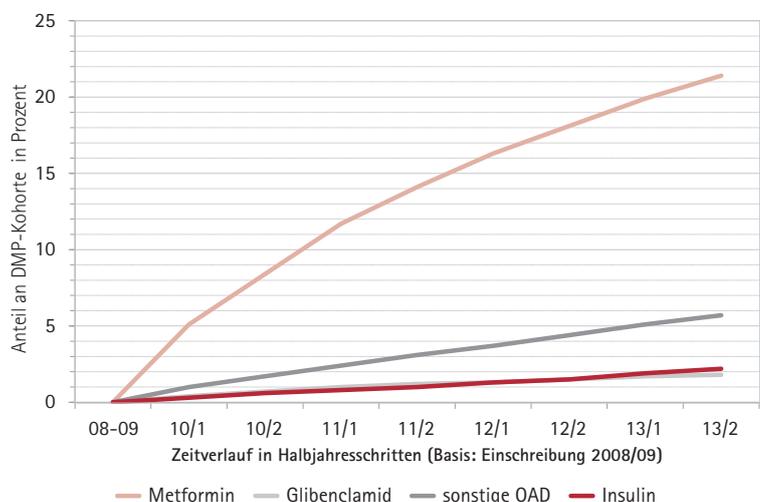
Für den Alsdorfer Diabetologen ist klar, dass statistische Auswertungen eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den eigenen Behandlungsergebnissen nicht ersetzen können. In Nordrhein gebe es aber die einzigartige Möglichkeit, beide Perspektiven miteinander zu verknüpfen. „Ich leite einen großen Qualitätszirkel mit etwa 60 Mitgliedern, der auch die DMPs abdeckt. Dr. Altenhofen kommt etwa alle zwei Jahre in unseren Zirkel und erläutert uns auf Basis einer regionalen Analyse unserer Patienten, wie wir im Vergleich zu anderen Praxen in Alsdorf und Umgebung stehen.“

Die Erfolge der Programme sind laut Dr. Lutz Altenhofen messbar: „Unsere Arbeitsgruppe hat das akribisch in den DMP-Qualitätsberichten dargelegt.“ Demnach gehen die diabetologischen und kardiovaskulären Komplikationsraten zurück und die Medikationsstrategien sind enger an Leitlinien orientiert als in der Vergangenheit.

Die Befürchtung, neu in das DMP aufgenommene Patienten ohne antidiabetische Medikation würden rasch insulinisiert, hat sich nicht bewahrheitet. Grafik: DMP-Qualitätsbericht 2013, S. 57.

Medikation im DMP Diabetes Typ 2 im Zeitverlauf

Die Befürchtung, neu in das DMP aufgenommene Patienten ohne antidiabetische Medikation würden rasch insulinisiert, widerlegt diese Darstellung.



Die Diabetes-Dunkelziffer sinkt
Trotz der ärztlichen Bemühungen scheint die Zahl der Menschen mit Diabetes so bedrohlich anzuwachsen, dass die Bundesregierung über eine nationale Diabetes-Strategie nachdenkt. Ein Paradox? Nein, sagt PD Dr. Wolfgang Rathmann vom Deutschen Diabetes Zentrum (DDZ) in Düsseldorf. Er ist einer der führenden Diabetes-Epidemiologen Deutschlands und berichtet von Studien, die er in den 1990er Jahren durchführte: „Damals lag der Anteil der unentdeckten Diabetesfälle konsistent bei 50 Prozent. Das heißt: Auf jeden entdeckten kam ein unentdeckter Fall.“ Heute verdichten sich die Hinweise auf eine Verringerung dieser Dunkelziffer.

„Wir konnten in einer gemeinsamen Studie mit der Uni Greifswald aus den Jahren 2008–2012 eine Dunkelziffer von ‚nur noch‘ einem Drittel feststellen. In den aktuellen Daten des Robert Koch-Instituts (RKI) zum bekannten und unbekanntem Diabetes bestätigt sich diese Veränderung.“ Die noch unveröffent-

lichte RKI-Studie stellt nicht nur einen Rückgang des unerkannten Diabetes fest, sondern auch eine Verbesserung der Behandlung, gemessen an Qualitätsindikatoren wie Augen- und Fußuntersuchung, Komplikationsraten und HbA1c-Werten.

Ist also ein Teil des rasanten Wachstums auf verbesserte Diagnostik zurückzuführen? „Es ist noch unklar, wieso es zu diesem Trend gekommen ist“, so Rathmann. Bekannte Risikofaktoren wie Adipositas blieben im Untersuchungszeitraum relativ konstant. Wahrscheinlich gebe es mehrere Ursachen. Eine sei die Einführung des HbA1c-Wertes als Diagnosemöglichkeit. „Man kann jetzt auch ohne Nüchternmessung einen Test auf unentdeckten Diabetes bei Patienten in der Hausarztpraxis durchführen“, sagt der Diabetes-Forscher. Die Reduzierung der Dunkelziffer sei wahrscheinlich auch ein positiver Effekt der DMP. „Möglicherweise wird heute intensiver im Rahmen ärztlicher Routine geprüft, ob jemand, der das typische Risikoprofil aufweist – adipös, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörung – auch auf Diabetes gescreent wird, um ihn dann leitliniengerecht in das DMP aufzunehmen.“

Alarmierende Prognosen

Für eine Entwarnung aber gibt es keinen Grund: Unerkannter Diabetes hat nach wie vor eine erhöhte Mortalität zur Folge. Und die bekannten Risikofaktoren in der Bevölkerung nehmen im Zeitverlauf nicht ab. Im Gegenteil: Mit epidemiologischen Modellrechnungen versuchen Wissenschaftler des DDZ, die zukünftige Krankheitslast des Diabetes zu beziffern.

Eine im „European Journal of Epidemiology“ publizierte Projektion sagt einen Anstieg um 1,5 Millionen Fälle in Deutschland zwischen 2010 und 2030 allein in der Altersklasse der 55- bis 74-Jährigen voraus. „Bei sehr alten Menschen wären noch höhere Prävalenzen zu erwarten, aber diese Daten fehlten uns ein-

„Multimorbidität berücksichtigen“

Dr. Lutz Altenhofen, Leiter des Zi-Projektbüros zur Zukunft der DMP

Sind die DMP-Ziele noch zeitgemäß?

Ja. Man sollte die Behandlungsziele aber besser an das individuelle Risiko anpassen. Wir haben Vorschläge für eine wissenschaftlich begründete Risikostratifizierung gemacht.

Wo sehen Sie noch Handlungsbedarf?

Viele DMP-Teilnehmer haben nicht nur Diabetes. Multimorbidität sollte bei den Zielvorgaben berücksichtigt werden.

Was könnten die Patienten tun?

Es gibt immer bessere technische Möglichkeiten für Patienten, ihren Diabetes selbst zu kontrollieren. Das DMP sollte offen für solche Innovationen sein.



Dr. Lutz Altenhofen

fach", bedauert Rathmann. Mit der Prävalenz steigen auch die Kosten: Eine gesundheitsökonomische Schätzung sagte einen Anstieg der direkten medizinischen Kosten von 9,5 Milliarden auf 17,6 Milliarden Euro bis zum Jahr 2040 voraus.

Besonderes Augenmerk legten die Forscher auf die Frage, was die Gründe für diesen Anstieg sind. Rathmann: „In der öffentlichen Diskussion heißt es oft, es sei der demografische Wandel. Das stimmt nur bedingt. Mit Abstand der wichtigste Faktor ist die Inzidenz, die Neuerkrankungsrate.“ Das wiederum hebt die Bedeutung der Primärprävention hervor, beispielsweise bei Personen, die ein hohes Diabetes- oder Prädiabetesrisiko haben.

Prävention hilft

Für den Düsseldorfer Epidemiologen ist klar: „Wir wissen, dass wir durch Lebensstilintervention und durch Medikamente die künftige Inzidenz senken können. In Finnland ist das im Rahmen einer weltweit beachteten Interventionsstudie gelungen – um mehr als die Hälfte.“ Wenn es also gelänge, mit ähnlicher Effektivität Menschen mit Prädiabetes in ein Präventionsprogramm einzuschließen, dann gäbe es in Deutschland laut Modellrechnung immerhin 400.000 Fälle weniger im Jahr 2030.

An der Basis ist diese Botschaft schon längst angekommen. „Wir müssen frühzeitig Ernährungs- und Bewegungsschulungen durchführen“, weiß Nossek. Jedoch scheinen die Strukturen unseres Gesundheitssystems wirksame Präventionskonzepte nicht genügend zu unterstützen. „Wir haben das selbst schon den Schulen angeboten. Leider ohne Erfolg.“ Die Diabetesberaterinnen hätten dies durchgeführt, sogar kostenlos: „Mir ist das wichtig. Ich gehe an der Schule oder am Büdchen vorbei und sehe, was die Kinder essen. Man hat ja auch gesellschaftliche Verantwortung.“

Nossek ist fest davon überzeugt, dass die niedergelassenen Ärzte einen viel größeren Bei-

trag zur Prävention als beispielsweise Kliniken leisten können. „Die Hausärzte haben den intensivsten Kontakt zu den Patienten.“

Der erste Schritt bei Präventionsmaßnahmen ist Aufklärung. Mittlerweile haben Menschen mit Diabetes keine großen Hürden mehr zu nehmen, um sich über die Krankheit zu informieren – es existiert eher ein Überangebot. Nur wenige Informationsangebote werden gründlich evaluiert. Die Frage, wie die Botschaften bei den Patienten ankommen und was sie bei ihnen auslösen, bleibt weitgehend unbeantwortet.

Nach Erfahrung von Karl-Heinz Etschenberg ist das persönliche Gespräch mit dem Arzt durch nichts zu ersetzen: „Ich glaube, die Chemie zwischen Patient und Arzt muss stimmen. Beim Diabetes sprechen wir über Schädigungen und Folgen aufgrund einer Krankheit, die man nicht unmittelbar spürt. Darum muss man die Patienten energisch und früh genug ansprechen – in einer Art und Weise, dass man nicht resigniert, aber auch die Augen nicht davor verschließt.“

Das habe bei ihm optimal funktioniert: „Ich habe meine Einstellung zu vielen Dingen geändert. Ich habe eine deutliche Gewichtsreduzierung erreicht, auch aufgrund der guten ärztlichen Beratung.“ Etschenberg gibt zu, dass die Umstellung eingeschliffener Gewohnheiten schwerfällt. Der entscheidende Schritt vom Wissen zum Handeln gelänge nicht allen. Umso wichtiger sei ein offener Umgang in der Gesellschaft mit der Krankheit und ihren Folgen.

Diabetes als so genannte „Volkskrankheit“ ist im öffentlichen Bewusstsein so präsent wie nie zuvor. Es steht zu hoffen, dass die Mittel, die in den kommenden Jahren in nationale Strategien, Pläne und Präventionsmaßnahmen investiert werden, dort ankommen, wo sie am meisten bewirken: in der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Patienten. Denn dann könnten wir die Diabeteswelle bewältigen.

■ MIGUEL TAMAYO



Den DMP-Qualitätsbericht finden Sie unter www.kvno.de
KV | 150827

Neue Perspektive für den Notdienst

Die Vertreterversammlung der Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat den Weg frei gemacht für eine künftige Kooperation mit Kliniken im allgemein-ärztlichen Notdienst für Erwachsene – und die weitere Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Nordrhein im Notdienst. Die zusätzliche Option soll darüber hinaus Synergie-Effekte schaffen und das gemeinsame Problem der Fehl-Inanspruchnahme der Notdienstpraxen und -ambulanzen lösen.

„Reform der Reform“ nannte die Ärzte Zeitung das Ergebnis der Vertreterversammlung vom 26. Juni 2015. Tatsächlich mag die Entscheidung der Delegierten, im Notdienst in Teilen künftig eine enge Kooperation mit den Krankenhäusern zu ermöglichen, manchen Beobachter erstaunen angesichts des zähen Ringens um die bisherigen Beschlüsse zur Neustrukturierung des ambulanten Notdienstes.

Im Grunde aber war die Entscheidung der Vertreterversammlung nur konsequent, denn die Ausgangslage hatte sich durch das Votum der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein verändert – sie hatte die im Februar gefassten Reformbeschlüsse abgelehnt. Gespräche zwischen KV und Kammer über konsensfähige Lösungen für die Notdienstorganisation waren die Folge.

Zusammenarbeit mit Kliniken

Vor diesem Hintergrund präsentierte Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein, einen Antrag des Vorstands, der eine weitere Option für die Struktur und die Organisation des so genannten allgemein-ärztlichen Sitzdienstes für Erwachsene schafft – und mit deutlicher Mehrheit angenommen wurde. Der Vorstand wurde beauftragt, einen Rahmenvertrag mit der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) zu entwickeln, der eine Zusammenarbeit regelt, bei der die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ihren Notdienst in Klinikräumen leisten. „Wir wer-

den ein entsprechendes Pilotprojekt im Süden Nordrheins etablieren“, sagte Potthoff.

Der KV-Vorsitzende warb ausdrücklich für diese Option, um eine weitere Zusammenarbeit mit der Ärztekammer im Notdienst zu ermöglichen, die nicht alle Delegierten für unentbehrlich hielten. Es gab auch Stimmen, die befürworteten, eine eigene Notdienstordnung zu erarbeiten und gänzlich bei den im Februar gefassten Reformbeschlüssen zu bleiben.

Modifikation bei Kinderärzten

Die jetzige Richtungsentscheidung betrifft allein den allgemein-ärztlichen Sitzdienst für Erwachsene. Unangetastet bleiben die im Februar gefassten Beschlüsse für die Einrichtung von acht Fahrdienstbezirken und die künftig flächendeckend angebotenen fachärztlichen Notdienste – abgesehen von Vereinbarungen zum kinderärztlichen Notdienst.

Bei Kinderärzten gilt künftig eine Dienstobergrenze im Notdienst von 68 Stunden pro Jahr, damit trotz regionaler Besonderheiten eine an den künftigen Fahrdienstbezirken und Kreisstellengrenzen orientierte Versorgung möglich wird. Konkrete Entscheidungen zur Bildung fachärztlicher Notdienstbezirke und Notdienstpraxen stehen schon bald an.

GKV-VSG trotz Änderungen kritikwürdig
Auch zum geplanten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) nahm Potthoff Stel-

lung, besonders zu den jüngsten Änderungen am Gesetz, das inzwischen in Kraft getreten ist. „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“, sagte Potthoff.

Dr. med. Frank Bergmann, Vorsitzender der Vertreterversammlung, kritisierte Aufkaufregelung und Termin-Servicestellen: „Es ist absurd, Praxen abzubauen, gleichzeitig aber Wartezeiten reduzieren zu wollen. Solange keine neuen Behandlungskapazitäten geschaffen werden, werden auch die im Gesetz vorgesehenen Termin-Servicestellen das Wartezeitenproblem nicht lösen.“

Honorarsteigerung um 3,2 Prozent
Bernhard Brautmeier, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein, präsentierte das Ergebnis der regionalen Honorarvereinbarung zwischen der KV Nordrhein und den nordrheinischen Krankenkassen für das laufende Jahr. Insgesamt haben die Verhandlungspartner für dieses Jahr eine Anhebung des Honorars um 3,2 Prozent vereinbart, was einem Gesamtvolumen von knapp 92 Millionen Euro entspricht (mehr dazu auf Seite 6f.).

Bei der Diskussion um die Änderung der Satzung der KV Nordrhein stand die künftige Zu-



sammensetzung der Vertreterversammlung im Mittelpunkt. Der vom Satzungsausschuss der Vertreterversammlung vorbereitete Antrag, der mindestens 17 Sitze für Haus- und Fachärzte und damit eine Sperrminorität für beide Gruppen sowie sechs Sitze für ermächtigte/angestellte Ärzte und fünf Sitze für Psychotherapeuten vorsah, erreichte nicht die für eine Änderung erforderliche Zwei-Drittel-Mehrheit.

Satzung wird weiter diskutiert

Anträgen von Vertreterversammlungs-Mitgliedern des Hausärzterverbandes, die eine strikte Trennung in Haus- und Fachärzte bei der Wahl des Vorstands, der Vorsitzenden der Vertreterversammlung und wichtiger Ausschüsse vorgesehen hätten, stimmten die Delegierten mehrheitlich nicht zu. Nun wird am 3. September 2015 ein weiteres Mal über die künftige Zusammensetzung der Vertreterversammlung debattiert. ■ DR. HEIKO SCHMITZ

Kooperation: Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein sollen ihren Notdienst künftig in Klinikräumen leisten.

Beschlüsse der Vertreterversammlung

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

Struktur des Notdienstes

Kooperation mit den Krankenhäusern im allgemein-ärztlichen Notdienst

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

Festgelegt wird, dass

- der Vertragsarzt seiner Verpflichtung zur Teilnahme am Notdienst auch in einem Krankenhaus nachkommen kann.
- das Krankenhaus das nicht-ärztliche Personal

der KV überlässt oder die GMG eigenes Personal stellt.

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

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

Antrag: Vorstand (Änderung: Dr. Lothar Rütz)

Zeitlicher Umfang der Teilnahme im fach-/kinderärztlichen Notdienst

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

Dies gilt auch in Fällen einer zeitlich überdurchschnittlichen Dienstverpflichtung (zum Beispiel wegen Zweigpraxisregelung und Ähnlichem). Liegen regionale Besonderheiten vor, die eine Mehr-

arbeit erfordern, kann das Maximum der Stundenbegrenzung von 68 Stunden um 15 Prozent erhöht und im kinderärztlichen Bereich im Bedarfsfall durch Dependancen erweitert werden.

Der Antrag ergänzt den Antrag zur Stundenbegrenzung im Notdienst.

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

Satzung

Änderung der Satzung

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

- I. Anpassungen
 1. In § 1 Satz 2 wird im Klammerzusatz ergänzt: „NW 1956“
 2. § 3 Mitgliedschaft erhält folgende Fassung:
„1. Mitglieder der KV Nordrhein (§ 77 Abs. 3 SGB V) sind Vertragsärzte und zugelassene Psychotherapeuten (§ 28 Abs. 3 SGB V) sowie die an der vertragsärztlichen Versorgung teil-

nehmenden ermächtigten Krankenhausärzte und die in den zugelassenen medizinischen Versorgungszentren oder bei Vertragsärzten oder in Eigeneinrichtungen (§ 105 Abs. 1 S. 2 und Abs. 5 S. 1 SGB V) mit einer Arbeitszeit von jeweils mehr als 20 Std. pro Woche angestellten Ärzte (§ 95 Abs. 3, 9, 9a SGB V, in dieser Satzung: angestellte Ärzte). Die Mitgliedschaft beginnt mit der Zulassung, Ermächtigung oder Genehmigung des Versorgungszentrums bzw. der Anstellung. Sie endet mit der bestandskräftigen Beendigung der Zulassung, Ermächtigung oder Zulassung des Versorgungszentrums bzw. der Anstellung.

2. Soweit sich die Vorschriften dieser Satzung auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren sowie Eigeneinrichtungen, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist."
3. § 4 Abs. 3 c) bis f) werden wie folgt gefasst:
 - c) die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abzuschließenden Verträge und die dazu gefassten Beschlüsse, die Bestimmungen über die überbezirkliche Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und den Zahlungsausgleich zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen;
 - d) die Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung (§ 81 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 75 Abs. 7 SGB V);
 - e) die Vereinbarungen zur Qualitätssicherung nach § 135 SGB V;
 - f) die Richtlinien nach § 75 Abs. 7, § 92 u. § 137 Abs. 1 u. 4 SGB V."
4. § 4 Abs. 7 erhält folgende Fassung:
 - „7. Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung

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

5. In § 4a wird hinter „Versorgungszentrum“ eingefügt: „oder in Eigeneinrichtungen“.
6. § 5 Abs. 5 wird klarstellend wie folgt gefasst:
 - „Die Ämter in der Selbstverwaltung der KV Nordrhein, insbesondere in der Vertreterversammlung, in Ausschüssen, Kommissionen und sonstigen Gremien und Funktionen sowie in der gemeinsamen Selbstverwaltung, insbesondere im Berufungs- und Beschwerdeausschuss und den Landesausschüssen, sind Ehrenämter.“

Antrag: Satzungsausschuss

VSDM und eGK

Versichertenstammdatenmanagement (VSDM)

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

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

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

Massive Datenschutzprobleme durch die Gesundheitskarte

Nach neuesten Berichten (heute-journal vom 24. Juni 2015) werden von Krankenkassen – namentlich der AOK – neue oder geänderte Gesundheitskarten (eGK) fälschlicherweise an Dritte verschickt, auch wenn der Kasse nur telefonisch Teile von Stammdaten anderer (!) Versicherter mitgeteilt wurden. Mit den verschickten Karten ist es diesen Dritten dann möglich, Einblick in die Online-Behandlungsdaten anderer Patienten zu nehmen.

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

dass der Empfänger ausschließlich der berechnigte Patient ist.

Die Aufsichtsbehörden werden aufgefordert, bei den Krankenkassen die Durchsetzung höchster Datenschutzregeln unverzüglich zu gewährleisten.

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

bei der Abrechnung von Leistungen oder durch Regresse beispielsweise bei verordneten Medikamenten und fehlender zugehöriger Diagnose entsteht.

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

Termin-Servicestellen budgetneutral umsetzen

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

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

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

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

Wirtschaftlichkeitsprüfungen den wissenschaftlichen haftungsrelevanten Behandlungsstandards anpassen

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

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

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

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

Der vor Jahren zwischen der KV und den Krankenkassen ausgehandelte Kompromiss „Beratung vor Regress“ war ein erster richtiger Schritt, um das Damoklesschwert der Regressforderung zu entschärfen. Zwischenzeitlich zeigt sich aber, dass die relativ intransparente Vorgehensweisen in den Prüfungsgremien eine diffuse Angst vor Regressen unter den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zunehmend verbreitet hat.

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

Diese diffuse Angst führt unter anderem dazu, dass Patienten Innovationen in der Therapie vor-

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

Barrieren abbauen in der Praxis

Welche konkreten Wünsche haben Menschen mit Behinderungen? Was fordert der Gesetzgeber? Gibt es Fördermittel für Umbaumaßnahmen? Das Thema «Barrieren in der Arztpraxis» ist aktueller denn je. Das «Versorgungsstärkungsgesetz» bestimmt, dass Ärzte bei der Nachbesetzung eines Sitzes bevorzugt werden, wenn sie Maßnahmen zum Abbau von Barrieren ergreifen. Oft bedarf es nur kleiner Schritte, um für Betroffene eine große Erleichterung zu schaffen. Ärzte, Architekten und weitere Experten berichten aus ihrer Erfahrung.



Fachtagungsprogramm

Mittwoch | 2. September 2015 | 15 bis 18 Uhr | Haus der Ärzteschaft | Tersteegenstraße 9 | 40474 Düsseldorf

Moderation: Stephanie TheiB | Leiterin der Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA) | KV Nordrhein

14:30 Uhr **Beginn mit Stehkafee**
Markt der Möglichkeiten

15:00 Uhr **Inklusion und Veränderungspotenziale
in der ambulanten Gesundheitsversorgung**
Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur.
Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

**Von der Fürsorge zur
gleichberechtigten Teilhabe**
Barbara Steffens
Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und
Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

**Barrierearmut in der vertragsärztlichen
Versorgung – Aktuelle Entwicklungen
und Maßnahmen der KBV**
Klaus Balke
Kassenärztliche Bundesvereinigung | Dezernat 4 –
Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur | Berlin

**Barrieren abbauen aus Sicht der Ärzte –
Schon kleine Schritte helfen!**
Norbert Mülleneisen
Facharzt für Innere Medizin | Lungen- und
Bronchialheilkunde | Leverkusen

Pause
Markt der Möglichkeiten

**Was wünschen sich Menschen mit Beein-
trächtigungen von Ärztinnen und Ärzten?**
Dirk Meyer
Beauftragter der Landesregierung
Nordrhein-Westfalen für Patientinnen
und Patienten | Bochum

**Die barrierefreie Arztpraxis – Bedarfe und
gesetzliche Grundlagen in NRW**
Frank Opper
Architekt | Ö.b.V. Sachverständiger
für barrierefreies Bauen | Kaarst

18:00 Uhr **Ende der Veranstaltung**

**Begleitend zur Veranstaltung können Sie
sich beraten lassen zur**

Anwendung des Praxis-Tools Barrierefreiheit
Henrik Hoffmann
Stiftung Gesundheit | Hamburg

Finanzierung von baulichen Maßnahmen
Verena Schulte
apoBank | Düsseldorf

Anmeldung

Die Teilnahme ist kostenlos.

Telefon 0211 5970 8090

Telefax 0211 5970 8082

E-Mail kosa@kvno.de

www.kvno.de

Zertifiziert mit
4 Punkten

- Schneller informieren
- Mehr kommunizieren
- Ganz einfach vernetzen
- **Alles online!**

Extra für MFA:

Unser Newsletter „MFA aktuell“ und
Facebook-Auftritt „MFA vernetzt“

Jetzt registrieren!
www.kvno-newsletter.de



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Vor- und nachstationäre Behandlung

Das Krankenhaus kann einen Patienten mit einer Einweisung innerhalb bestimmter Fristen vor- und nachstationär behandeln. Für diese Behandlung kann das Krankenhaus auch einen Vertragsarzt beauftragen.

Zur Vorbereitung der stationären Behandlung kann das Krankenhaus den Patienten ambulant höchstens drei Tage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn des stationären Aufenthaltes behandeln. Um den Behandlungserfolg zu sichern, kann das Krankenhaus eine ambulante Behandlung an sieben Tagen innerhalb von zwei Wochen nach dem stationären Aufenthalt durchführen. Längere Fristen gelten bei Organübertragungen nach dem Transplantationsgesetz. Die Fristen können in medizinisch begründeten Einzelfällen nur im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt verlängert werden.

Voraussetzung: Einweisung

Voraussetzung für die prä- oder poststationäre Behandlung ist eine Einweisung durch den Vertragsarzt. Ferner muss ein medizinisch geeigneter Fall für eine prä- oder poststationäre Behandlung vorliegen. Das Krankenhaus muss den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung informieren. Dies gilt auch für die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnisse, über die nachfolgend auch die an der weiteren Behandlung beteiligten Ärzte zu unterrichten sind.

Krankenhäuser und Vertragsärzte sind in der Regel an einer reibungslosen Kooperation interessiert, in der die Einzelheiten für die Zusammenarbeit im Vorfeld der stationären Behandlung und im Nachgang an der Behandlungssicherung reibungslos funktionieren. Denn gerade in dem Bereich des Übergangs

von der ambulanten in die stationäre und zurück in die ambulante Versorgung kommt es oft zu Konflikten, wenn etwa das Krankenhaus den Patienten nach der Einweisung zum Vertragsarzt zurückschickt, um zum Beispiel ein Blutbild anzufordern oder nach der stationären Behandlung die Wundversorgung durch den Vertragsarzt vornehmen zu lassen.

Eigenblutspende vor OP

Die Antwort auf die Frage, welcher Leistungsbereich zuständig ist, liegt nicht immer auf der Hand. Gerichtlich entschieden ist beispielsweise die Eigenblutspende. Diese ist vor einer stationären Operation der stationären Behandlung zuzuordnen. Schwierig ist die Zuordnung von Leistungen, die zwar ambulant, aber in Hinblick auf eine stationäre Behandlung durchgeführt werden. Hier spielen die Art und Weise ihrer Erbringung und die Funktion der Leistung für die Zuständigkeit eine wichtige Rolle.

Ambulant durchgeführte Leistungen sind der stationären Versorgung zuzurechnen,

- wenn sie nach Art und Schwere der Erkrankung für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus erforderlich sind,
- in Hinblick auf eine bevorstehende stationäre Behandlung und unter der Verantwortung eines im Krankenhaus tätigen Arztes erbracht werden sowie

- eine ansonsten erforderliche stationäre Leistung ersetzen, an ihre Stelle treten oder diese überflüssig machen.

Nach diesen Grundsätzen ist zum Beispiel eine ambulante präoperative Eigenblutgewinnung der stationären Versorgung zuzuordnen, da sie in Hinblick auf eine bevorstehende stationäre Behandlung erfolgt. Unter die Vorbereitung einer stationären Behandlung fallen auch Labor- oder Röntgenuntersuchung oder Blutdruckmessen.

Kooperation der Sektoren

Die Krankenhauseinweisungs-Richtlinie regelt auch die Zusammenarbeit von Vertragsarzt und Krankenhaus. Danach hat der Vertragsarzt die ihm vorliegenden Unterlagen (hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie des spezifischen Falles) zur Verfügung zu stellen, um das Krankenhaus zu unterstützen. Diese Unterstützung betrifft Diagnostik und Therapie, dient der Vermeidung von Doppeluntersuchungen und der Verkürzung der Verweildauer der Krankenhausbehandlung.

Verletzt ein Vertragsarzt die Pflicht, die vorliegenden Unterlagen beizufügen, kann das Krankenhaus den Patienten zwecks Vorlage der Voruntersuchungen an den Vertragsarzt verweisen. Das soll auch dann gelten, wenn offensichtlich ist, dass der Vertragsarzt pflichtwidrig notwendige vertragsärztliche Diagnostiken nicht ausgeschöpft hat (BSG, Urteil vom 17. September 2013, Az. B 1 KR 21/12 R).

Erbringt das Krankenhaus die unterlassene notwendige vertragsärztliche Diagnostik, soll den Krankenkassen gegenüber dem Vertragsarzt ein Regressanspruch zustehen. Neben der verschärften Krankenhauseinweisungs-Richtlinie (wir berichteten) ist dies ein weite-

rer Grund zu äußerster Sorgfalt beim Verordnen von Krankenhausbehandlung.

Die Verpflichtung des Arztes betrifft jedoch nur die Feststellung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung. Der Vertragsarzt ist wie oben dargelegt nicht dafür zuständig, die stationäre Behandlung insgesamt vorzubereiten. Nach abgeschlossener Prüfung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung und der Verordnung von Krankenhausbehandlung kann die Klinik vom Vertragsarzt im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit keine neuen oder weiteren Untersuchungen verlangen.

Nachstationäre Behandlung

Bei der nachstationären Behandlung ist entscheidend, ob diese in Hinblick darauf erfolgt, den Behandlungserfolg der vollstationären Krankenhausbehandlung zu sichern. Es geht nicht darum zu beurteilen, ob die Behandlung auch von Vertragsärzten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung hätte erbracht werden können. Die Behandlung hat als Krankenhausbehandlung zu erfolgen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen der Verordnung von Krankenhausbehandlung und ein medizinisch geeigneter Fall vorliegen.

Nach der Rechtsprechung des 1. Senats des Bundessozialgerichts (BSG) ist die vor- oder nachstationäre Behandlung regelmäßig nicht erforderlich, wenn stattdessen vertragsärztliche Versorgung ausreichend sei (BSG, Urteile vom 17. September 2013, Az. B 1 KR 21/12 R, B 1 KR 51/12 R, B 1 KR 67/12 R, und Urteil vom 14. Oktober 2014, Az. B 1 KR 28/13 R). Dass eine Behandlung erforderlich sein muss, ist richtig. Jedoch ist die Definition, dass keine Erforderlichkeit der Behandlung bestehe, wenn eine vertragsärztliche Behandlung möglich ist, mit der gesetzlichen Regelung der vor- und nachstationären Behandlung nicht gänzlich in Einklang

zu bringen. Wäre eine vor- oder nachstationäre Behandlung nur erforderlich, wenn eine vertragsärztliche Versorgung nicht ausreichend ist, würde die Regelung, dass die vor- oder nachstationäre Behandlung auch durch Vertragsärzte und auch durch Vertragsärzte in den Räumen der Arztpraxis möglich ist, leerlaufen.

So stellt auch der für das Vertragsarztrecht zuständige 6. Senat des BSG klar, dass es sich bei der vor- und nachstationären Behandlung um eine Sonderform der ambulanten Versorgung handelt, die lediglich eine stationäre Behandlung im weiteren Sinne sei. Die Einführung der vor- und nachstationären Behandlung als Krankenhausleistung führt dazu, dass identische Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung und der stationären Behandlung erbracht werden können (BSG, Urteil vom 17. Juli 2013, Az. B 6 KA 14/12 R). Ebenso wird aus der Befristung der vor- und nachstationären Behandlung deutlich, dass diese identischen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Fristen für die Krankenhausbehandlung von Vertragsärzten erbracht werden können und sollen.

Letztendlich muss es bei einem Anwendungsbereich für die gesetzlich geregelte vor- und nachstationäre Behandlung (zum Beispiel der Wundkontrolle), bleiben, die auch von einem Vertragsarzt ausgeführt werden kann. Die Auslagerung von Leistungen auf Vertragsärzte durch das behandelnde Krankenhaus ist zulässig und von diesem zu vergüten. Es besteht allerdings keine Pflicht des Krankenhauses zur nachstationären Behandlung innerhalb der Fristen. Der Patient kann sich auch für eine ambulante Behandlung durch den Vertragsarzt entscheiden.

■ IRINA NEULEBEN

In „KVNO aktuell 9+10 | 2015“ thematisieren wir die rechtlichen Rahmenbedingungen für Kooperationen in der vor- und nachstationären Versorgung.

Vor- und nachstationäre Behandlung im Gesetz

§ 115a des Sozialgesetzbuchs V regelt die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus.

- (1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um
 1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
 2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).
 Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

- (2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) (...)

Grundsätzliches zu Gesprächen

Ein gutes Arzt-Patienten-Gespräch ist von entscheidender Bedeutung für den Erfolg der Behandlung. Doch nicht nur in der Kommunikation gibt es viele Punkte zu beachten – auch die Abrechnung von Gesprächen wirft Fragen auf.

Kann ich für die telefonische Beratung im Notfalldienst eine Gebührenordnungsposition (GOP) aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechnen?

Ja. Sie können andere Arzt-Patienten-Kontakte (dazu gehört auch die telefonische Beratung) gemäß den allgemeinen Bestimmungen je nach Uhrzeit mit der GOP 01214, 01216 oder 01218 abrechnen. Die GOP 01214, 01216 oder 01218 können Sie für eine „Terminvergabe“ im Notfalldienst nicht ansetzen.

Ist die GOP 01435 auch ansetzbar, wenn ich den Patienten anrufe, um mit ihm Befunde am Telefon zu besprechen?

Nein, der Patient muss den Kontakt aufnehmen. Die GOP 01435 kann angesetzt werden, wenn es sich um die telefonische Beratung eines Patienten handelt, die im Zusammenhang mit einer Erkrankung steht, und der Patient den Kontakt zum Arzt aufgenommen hat. Kommt im selben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, dann ist die Gebührenordnungsposition 01435 nicht berechnungsfähig.

Kann für einen telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt die Versichertenpauschale abgerechnet werden?

Nein, telefonische Arzt-Patienten-Kontakte berechtigen nicht zur Abrechnung einer Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale. Hierzu ist immer ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich. Finden im Behandlungsfall ausschließlich telefonische Kontakte statt, können Sie die GOP 01435 abrechnen.

Kann ich das psychotherapeutische Gespräch (GOP 23220) als Einzelbehandlung auch abrechnen, wenn das Gespräch telefonisch stattfand?

Nein. Da im obligaten Leistungsinhalt die Einzelbehandlung gefordert ist, dürfen Sie eine ausschließlich telefonische oder eine Behandlung mittels elektronischer Medien (zum Beispiel via Skype) nicht mit der GOP 23220 abrechnen. Die Leistung kann nur im Rahmen eines persönlichen Arzt-Patienten-Kontakts erbracht werden, von Angesicht zu Angesicht.

Können Psychotherapien/therapeutische Sitzungen auch telefonisch durchgeführt werden?

Nein. Die Psychotherapie-Vereinbarung bestimmt, dass die Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich in den Praxisräumen des Therapeuten stattfindet.

Kann die GOP 21216 (Fremdanamnese und/oder Anleitung bzw. Betreuung von Bezugspersonen schwer psychisch erkrankter Patienten mit dadurch gestörter Kommunikationsfähigkeit) auch nach telefonischem Kontakt abgerechnet werden?

Nein. Gemäß Punkt 4.3.1. der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM sind telefonische oder andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte Inhalt der Pauschalen und nicht gesondert berechnungsfähig. Finden im Behandlungsfall ausschließlich telefonische oder andere mittelbare Arzt-Patienten-Kontakte statt, sind diese nach der Gebührenordnungsposition 01435 berechnungsfähig.

„Gemeinde Profil“: 35 Kommunen werben um Ärzte

Seit dem Start des Projekts „Gemeinde Profil“ im Juni 2015 haben schon über 35 Städte und Gemeinden ihre „Steckbriefe“ an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein geschickt – und es werden mehr. Die Gemeinde-Profile veröffentlicht die KV Nordrhein in ihrem Internet-Angebot. Sie erstrecken sich inzwischen über das ganze Rheinland – von Rees im Norden über Wipperfürth im Osten und Herzogenrath im Westen bis hin zu Bad Münstereifel im Süden.

„Wer sich in ländlichen Bereichen niederlassen möchte, braucht Informationen zur Verkehrsanbindung und zu geeigneten Immobilien, aber auch zu Kinderbetreuung, Schulen und Freizeitangeboten“, sagt Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein. Genau hierzu fragt die KV Nordrhein in einem Formular Informationen für niederlassungsinteressierte

Ärzte und Psychotherapeuten ab.

Wichtiger Service: ein konkreter Ansprechpartner der jeweiligen Kommune, der interessierten Ärzten und Psychotherapeuten Fragen zur Niederlassung vor Ort beantwortet und bei der Suche nach geeigneten Praxisräumlichkeiten helfen kann. Mit dem Gemeinde-Profil möchte die KV Nordrhein vor allem ländliche Regionen unterstützen, sich niederlassungswilligen Medizineren präsentieren zu können. ■ MED

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV | 150839



Vor allem auf dem Land droht ein Mangel an Ärzten. Im „Gemeinde Profil“ präsentieren Kommunen ihre Vorzüge für interessierte Ärzte.

Keine GEMA-Gebühr für Musik in der Praxis

Wer in seiner Praxis Hintergrundmusik aus dem Radio abspielt, muss keine Lizenzbeiträge an die GEMA zahlen. Das hat der Bundesgerichtshof am 18. Juni entschieden (Az.: I ZR 14/14). Praxisinhaber können bestehende Verträge mit der GEMA zum nächstmöglichen Zeitpunkt kündigen.

Ärzte und Psychotherapeuten, die sich neu niederlassen, sollten erst gar keinen Lizenzvertrag abschließen und Zahlungsaufforderungen mit Verweis auf die Rechtslage nicht nachkommen.

Der Bundesgerichtshof (BGH) begründete seine Entscheidung damit, dass die Wiedergabe von Hörfunkprogrammen in Arztpraxen nicht öffentlich und damit auch nicht vergütungspflichtig sei. Damit schlossen sich die Richter der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) an.

Der BGH urteilte zugunsten eines Düsseldorfer Zahnarztes. Dieser ließ in seinem Wartezimmer Radiomusik im Hintergrund laufen und hatte dafür einen Lizenzvertrag mit der GEMA. Den kündigte er 2012 nachdem der EuGH im Falle eines italienischen Zahnarztes entschieden, dass es sich bei der Musik in der Praxis nicht um eine gebührenpflichtige öffentliche Wiedergabe handelt. ■ KBV

Stichwort GEMA

Die Gesellschaft für musikalische Aufführungs- und mechanische Vervielfältigungsrechte (GEMA) erhebt Gebühren für Komponisten, Songtexter und Musikverleger und schüttet sie an die Urheber aus. Einen Teil übergibt sie an die Gesellschaft zur Verwertung von Leistungsschutzrechten, die das Geld an Plattenfirmen und Interpreten weiterleitet. Die GEMA-Gebühr ist nicht mit der Rundfunkgebühr zu verwechseln, durch die sich öffentlich-rechtliche Rundfunkgesellschaften finanzieren.

Antikorruptionsgesetz verunsichert Ärzte

Der von der Bundesregierung beschlossene Gesetzentwurf zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen (kurz: Antikorruptionsgesetz) hat bei vielen Akteuren aus dem Gesundheitswesen für Unmut gesorgt. Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein: „Es fehlt uns in dem Entwurf an Trennschärfe zwischen erlaubter und vom Gesetzgeber ausdrücklich gewünschter Kooperation und strafbaren Handlungen.“ Es wäre nicht im Sinne der Versorgung, wenn sinnvol-

le und nicht zuletzt für die Behandlung von Patienten naheliegende Kooperationen durch neue gesetzliche Regelungen behindert würden. Nach Potthoffs Einschätzung beinhaltet das Gesetz wenig Neues, da Korruption schon durch die Berufsordnung sanktioniert werden kann – bis zum Verlust der Approbation.

Der Gesetzentwurf soll nach der Sommerpause im Bundestag beraten werden und voraussichtlich zum 1. Januar 2016 in Kraft treten. ■ MED

MFA in der Top Ten der Ausbildungsberufe

Über 13.850 Frauen haben vergangenes Jahr einen neuen Ausbildungsvertrag zur Medizinischen Fachangestellten (MFA) abgeschlossen. Unter den weiblichen Ausbildungsbeginnern liegt der Beruf der MFA damit auf Platz vier. Das geht aus den Zahlen des Statistischen Bundesamtes hervor.

Bei den zwanzig am stärksten besetzten Ausbildungsberufen rangiert der zur MFA unter den Frauen sogar auf Platz zwei. Insgesamt 37.116 Frauen haben 2014 eine Ausbildung zur MFA gemacht. Zudem wurden im selben Jahr auch 582 Männer zum MFA ausgebildet.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat diese Meldung dazu veranlasst, auf ihrer Facebookseite „MFA vernetzt“ zu fragen, was den Beruf so attraktiv macht und warum sich MFA dafür entschieden haben.

Eine Antwort darauf von einer MFA: „Ich liebe meinen Job, Menschen zu helfen, selbstständiges Arbeiten, auch den nervigen Papierkrieg. Klar, der Verdienst dafür ist unterirdisch gerade auf dem Land, wo es sowieso immer mehr Ärztemangel gibt, aber ich würde es immer wieder machen ...“

■ MED

Neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in Deutschland im Jahr 2014*



* Stand: 30. September 2014

© dpa Picture-Alliance | Quelle: Bundesinstitut für Berufsbildung

Zi startet Befragung zu Praxiskosten

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) hat Ende Juli 2015 37.000 Praxen in ganz Deutschland angeschrieben und gebeten, sich an den Erhebungen zum Zi-Praxis-Panel (ZiPP) zu beteiligen. Die Daten helfen, die wirtschaftliche Situation von Arztpraxen unabhängig und fundiert darzustellen. Sie sind auch für die Weiterentwicklung des EBM wichtig. Bei der aktuellen Befragung geht es um Daten aus dem Zeitraum 2011 bis 2014, zum Beispiel zu Aufwendungen und Erlösen der Praxis aus kassen- und privatärztlicher Tätigkeit. Die Aufwandsentschädigung für die Teilnahme beträgt wie im vergangenen Jahr 200 Euro für Einzelpraxen und 350 Euro

für Gemeinschaftspraxen. Erstmals können die teilnehmenden Ärzte den Fragebogen auch online ausfüllen. Alle Praxen, die dies tun, erhalten kostenfrei einen persönlichen Finanzbericht mit Planungsoption. Die so genannte Chefübersicht liefert einen Überblick zu den Praxisfinanzen.

Die rund 5.000 Teilnehmer der Erhebung 2013 haben im Mai bereits einen individuellen Praxisbericht vom Zi erhalten. Damit können die Ärzte und Psychotherapeuten ihre eigene wirtschaftliche Situation einschätzen und auch im Gespräch mit ihrem Steuerberater oder KV-Praxisberater heranziehen. ■ MED

Mehr Infos unter
www.zi-pp.de

KV | 150841

Kreisstelle Rhein-Sieg-Kreis umgezogen

Die Kreisstelle Rhein-Sieg-Kreis der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein ist seit dem 1. Juli 2015 in den Räumen der Bezirksstelle Köln zu finden. Die neue Anschrift:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Kreisstelle Rhein-Sieg-Kreis
Sedanstraße 10-16, 50668 Köln

Ihre Ansprechpartnerinnen:

Karin Hübsch
Telefon 0221 7763 6757
Andrea Oelschlägel
Telefon 0221 7763 6758

E-Mail kreis.rhein-sieg@kvno.de
Telefax 0221 7763 6755

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Verhaltenstherapie

Kontakt Ira Penger

Telefon 02166 217 488

E-Mail irapenger@live.de

Ort Mönchengladbach-Rheydt

Thema Methodenübergreifende tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie

Kontakt Helmut Bambynek

E-Mail info@praxis-bambynek.de

Ort Köln-Sülz

Thema Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Kontakt Dorothea Hillemacher

Oberwallstraße 63

47441 Moers

Telefon 02841 173 200

Thema Hypnotherapie in der psychotherapeutischen Praxis

Kontakt Maren Walla-Kaufmann

Am Binsenteich 30

47239 Oberhausen

Telefon 02151 401 481

E-Mail m.w-kaufmann@t-online.de

Kontakt

Sabine Stromberg
Telefon 0211 5970 8149

Katharina Ernst
Telefon 0211 5970 8361

Telefax 0211 5970 8160

E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de

Bei uns werden Sie sicher fündig!

KVbörse

Von Praxisübernahme über
Kooperationen bis hin zu
medizinischen Geräten:

www.kvboerse.de



Kongress: Zehn Jahre ambulante Palliativ-Versorgung in Nordrhein

Im Haus der Ärzteschaft findet am 12. September der Kongress „Zehn Jahre ambulante Palliativ-Versorgung in Nordrhein“ statt, bei dem vor allem die Palliativversorger zu Wort kommen. Vor zehn Jahren haben die KV Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassen begonnen, die Strukturen zu schaffen, damit Palliativpatienten zuhause sterben können – würdevoll und selbstbestimmt. Inzwischen gibt es in Nordrhein eine nahezu flächendeckende allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Im Rahmen des Kongresses blicken die Versorger – Palliativärzte, Palliative-Care-Teams, Palliativpflege- und Hospizdienste – auf zehn Jahre ambulante Palliativ-Versorgung zurück. Doch auch die Perspektiven dieser gesundheits- und gesellschaftspolitisch wichtigen Versorgungsform stehen auf der Agenda. Den Kongress eröffnet Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens.

ZERTIFIZIERT | 6 Punkte

Termin 12. September 2015

10.30 bis 16 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft

Tersteegenstr. 9

40474 Düsseldorf

Info www.kvno.de

Anmeldung anmeldung@kvno.de

Telefax 0211 5970 9990

CIRS-NRW Gipfel 2015

Unter dem Motto „CIRS – Aber richtig!“ veranstalten die beiden nordrhein-westfälischen Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen den CIRS-Gipfel NRW 2015. CIRS-NRW steht für das "Critical-Incident-Reporting-System Nordrhein-Westfalen". Es ist ein Lern- und Berichtssystem für kritische Ereignisse in der Patientenversorgung. CIRS-NRW soll helfen über kritische Ereignisse in Praxen und Kliniken offen zu sprechen und aus Fehlern zu lernen. Neben einem Vortrag zum Thema „CIRS-Berichte analysieren – aber richtig!“ bieten Workshops Themen an wie „Richtig melden!“, „Richtig umsetzen!“ oder „Richtig Risiken managen in der Praxis!“. Die Veranstaltung richtet sich an alle in der Gesundheitsversorgung Tätigen. Eingeladen sind Ärzte, Pflegekräfte, Medizinische Fachangestellte, Angehörige anderer Gesundheitsberufe wie auch Mitarbeiter in den Verwaltungen. Die Veranstaltung ist kostenfrei.

ZERTIFIZIERUNG | beantragt [6 Punkte]

Termin 30. September 2015

12 bis 18 Uhr

Ort Universitätsklinik

Düsseldorf

MNR-Hörsaalkomplex

Moorenstr. 5

40225 Düsseldorf

Anmeldung www.cirsgipfel.org/

anmeldung

81. Fortbildungskongress auf Norderney

Auf dem nächsten Fortbildungskongress im Herbst auf Norderney können sich Niedergelassene wieder umfangreich fortbilden. In diesem Rahmen findet auch eine Zertifizierungswoche für Haus- und Fachärzte statt. Angeboten werden auf dem Kongress DMP-Veranstaltungen, fachliche Kurse sowie EDV-Seminare. Die Themen reichen von Geriatrie und Gesundheitsförderung über Sonographie bis zur Qualifikation im Ärztlichen Bereitschaftsdienst.

ZERTIFIZIERUNG | kursabhängig

Termin 10. bis 16.

Oktober 2015

Kongressbeginn: 9 Uhr

Ort Haus der Insel

Norderney

Anmeldung akademie@aekno.de

Telefon 0211 4302 2801/-2802

Gebühr kursabhängig

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

Veranstaltungen für Mitglieder

■	02.09.2015	KV Nordrhein: „Barrieren abbauen in der Praxis“, Düsseldorf
■	03.09.2015	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf
	04./05.09.2015	Nordrheinische Akademie: Moderatorenschulung – Grundkurs, Düsseldorf
■	12.09.2015	KV Nordrhein: Kongress „10 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
	25.09./26.09.2015	Medizinisches Zentrum an der Inde: Zi-Seminar „Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 ohne Insulin“, Würselen
	30.09.2015	Nordrheinische Akademie: Honorarverteilung, Düsseldorf
	01.- 03.10.2015	AKM Allergiekongress und Marketing GmbH: 10. Deutscher Allergiekongress, Köln
■	07.10.2015	KV Nordrhein: Einführungsworkshop „Rational und rationell verordnen für neu niedergelassene Ärzte“, Düsseldorf
	09.10./30.10.2015	Nordrheinische Akademie: PQR Grundlagen und Instrumente – Einführungslehrgang, Düsseldorf
	10.-16.10.2015	Nordrheinische Akademie: 81. Fortbildungskongress, Norderney
	11.-14.10.2015	Nordrheinische Akademie: Qualifikation „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“, Norderney

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

	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. Wiedereinsteiger/-innen. Teil 2, Köln
	11.09./12.09.2015	Nordrheinische Akademie: „Körpersprache – Ausstrahlung und Souveränität ausbauen“, Düsseldorf
	16.09./21.10.2015	Nordrheinische Akademie: Datenschutz AufbauSeminar, Düsseldorf
	16.09.2015	KV Nordrhein: Abrechnung Hausärzte, Düsseldorf
	18.09.2015	Nordrheinische Akademie: „Allgemeines Hygiene-Update – Was gibt es Neues?“, Düsseldorf
	18.09./23.10.2015	Nordrheinische Akademie: Arbeitssicherheit und Hygiene, Düsseldorf
	30.09.2015	KV Nordrhein: IGe-Leistungen, Köln
	30.09.2015	Nordrheinische Akademie: Geriatrisches Basisassessment, Düsseldorf
	09.10./30.10.2015	Nordrheinische Akademie: PQR Grundlagen und Instrumente – Einführungslehrgang, Düsseldorf

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
	28.09.2015	KV Nordrhein/Verbund Katholischer Kliniken Düsseldorf gGmbH (VKKD)/Rheinische Post: „Rehabilitation“, Düsseldorf

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“ 9+10 | 2015

■ Praxissitze

Die neue Aufkauf-Regelung

■ KVNO-Portal

Ihre Anforderungen an den Relaunch

■ Analyse

Entwicklung der ärztlichen Vergütung

■ Nordrhein

Zehn Jahre ambulante Palliativ-Versorgung

Die nächste Ausgabe von „KVNO aktuell“

erscheint am 24. September 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