

11 | 2015

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Schwerpunkt

Notdienst | Erste neue
Einrichtung in Betrieb

Hintergrund

Nordrhein | 10 Jahre
Palliativ-Versorgung

Aktuell

Gesetz | So wirkt
die „Aufkauf-Regelung“

Verordnungsinfo

Hypertonie | Kombipräparate
gelten als unwirtschaftlich

Infoseite

Flüchtlinge | Merkblatt
Erstversorgungs-Vertrag



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Notdienst:
Erste neue Einrichtung
gestartet

Aktuell

- 5 Die neue „Praxis-
Aufkauf-Regelung“
- 10 Windows XP
rasch austauschen
- 13 Information im
Wartezimmer

■ Praxisinfo

- 14 Medizinische Versorgung
von Flüchtlingen
- 17 Kindervorsorge
U10/U11
- 17 Mehr Geld für
Psychotherapeuten
- 17 Neue Kodierhilfe
zu Infektionen

- 17 Satzungsimpfungen:
Vergütung und Bezug
- 18 Neue AU-Bescheinigungen
erst 2016 verwenden
- 18 HPV-Impfung: Regelung
der Deutschen BKK
- 18 BKK DKM kündigt
Satzungsimpfungen
- 19 BKK-Hausarztvertrag
Ab 2016 ohne actimonda
- 19 EBM-Änderungen
zum 1. Oktober 2015

■ Verordnungsinfo

- 20 Bridging – nur noch bei
Hochrisikopatienten?
- 21 Kombipräparate in der
Hypertonie-Behandlung
unwirtschaftlich

Hintergrund

- 22 Zehn Jahre ambulante
Palliativversorgung
in Nordrhein

- 25 Standpunkt
„Viel erreicht – aber
noch nicht am Ziel“

Berichte

- 26 Änderungen an der
Notdienststornung
- 28 Anti-Korruptionsgesetz:
Der Teufel steckt im Detail
- 30 Nordrhein
überall barrierearm
- 35 Demenz – das
große Vergessen
- 36 Prof. Stefanie Ritz-Timme:
„Gewalt muss man
erkennen lernen“

Service

- 38 Strukturverträge:
Wo sind die Unterschiede?

In Kürze

- 41 Kranke Flüchtlingskinder
- 41 Neue Qualitätszirkel



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

wir sind an dieser Stelle zuletzt auf die Neustrukturierung des Notdienstes und auf die Versorgung der Flüchtlinge eingegangen. Wichtige Themen, die nichts an Bedeutung eingebüßt haben – im Gegenteil. Deshalb stellen wir Ihnen in dieser Ausgabe zum einen die Vereinbarung vor, die wir mit der KV Westfalen-Lippe und der Landesregierung geschlossen haben, um die Erstversorgung der Flüchtlinge in den Erstaufnahmestellen des Landes zu regeln. Damit bieten wir Ärztinnen und Ärzten, die sich dieser Aufgabe stellen wollen, Rechtssicherheit bei den Rahmenbedingungen.

Zum anderen berichten wir über den Notdienst, dessen Neustrukturierung ein Stück näher gerückt ist: Unsere Vertreterversammlung hat Ende September für Änderungen an der gemeinsamen Notdienstordnung mit der Ärztekammer Nordrhein gestimmt, die den Rahmen für die beschlossenen Strukturformen bilden – unter anderem für die angestrebte Kooperation mit Kliniken. Nach einem positiven Votum der Kammerversammlung im November kann dann die novellierte Notdienstordnung aufgrund der Gesetzeslage in Kraft treten.

Was wir ebenfalls brauchen werden – spätestens im Januar 2016 –, sind Facharzttermine für Patienten, die sich mit einer dringenden Überweisung bei uns melden und damit Anspruch auf einen Facharzttermin binnen vier Wochen haben. Die Termin-Servicestellen sind ein echtes Ärgernis – nicht umsonst haben wir und viele andere ärztliche Interessenvertreter im vergangenen und im laufenden Jahr massiv auf die Bundesregierung eingewirkt, sie aus dem Versorgungsstärkungsgesetz zu streichen, weil wir sie für überflüssig halten. Leider ohne Erfolg: Der Gesetzgeber macht ernst mit seiner „Termingarantie“.

Das heißt: Wir werden ab Ende Januar Termine vermitteln müssen und diese Vermittlung dokumentieren. So lästig das ist: Wenn es uns nicht gelingt, die Patienten fristgerecht zu einem niedergelassenen Facharzt zu lotsen, werden wir Kliniken bemühen und die dort erbrachten Leistungen aus Ihrer Gesamtvergütung bezahlen müssen. Diesen Finanztransfer zu Ihren Lasten müssen wir gemeinsam verhindern. Wir bemühen uns, das Verfahren so einfach wie möglich zu gestalten – aber wir werden Ihre Unterstützung brauchen.

Herzliche Grüße

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

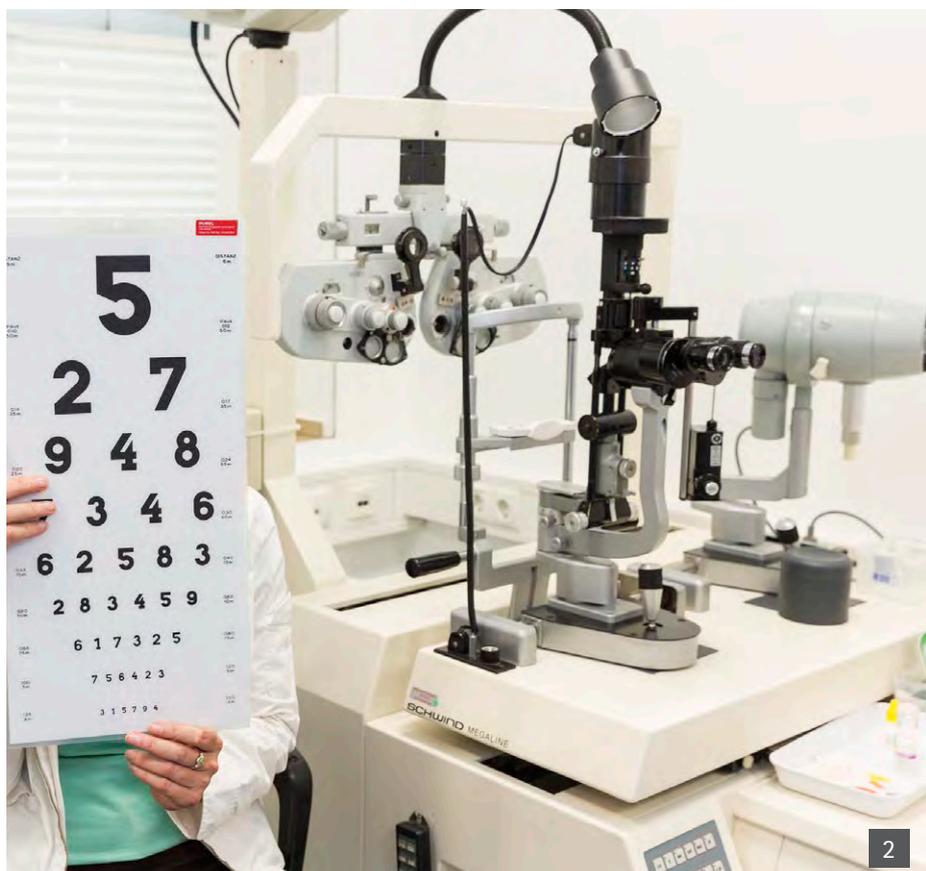
Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender

Notdienst-Reform startet in Bonn

Die Neustrukturierung des Notdienstes wird konkret: Seit Oktober ist die erste augenärztliche Notdiensteinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Bonn am Netz. Für die Bürger der Stadt sowie der Kreise Euskirchen und Rhein-Sieg ist sie nun die zentrale Anlaufstelle bei akuten Augenbeschwerden in den sprechstundenfreien Zeiten.

Auf insgesamt 120 Quadratmetern stehen in Bonn seit Oktober zwei Behandlungsräume und ein Wartebereich für die augenärztliche Akutversorgung der Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Integriert sind die Räumlichkeiten in die Universitätsaugenklinik Bonn, mit der die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein bei der Einrichtung kooperiert hat.

„Die Eröffnung unserer ersten augenärztlichen Notdiensteinrichtung ist ein großer Schritt bei der Umsetzung der neuen Notdienststrukturen“, sagt Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein. „Bis zum Ende des kommenden Jahres werden wir weitere augenärztliche und HNO- sowie pädiatrische Notdienstpraxen einrichten, um in diesen Fächern eine flä-





3



4



5

chendeckende und zukunftsichere fachärztliche Notdienstversorgung für ganz Nordrhein herzustellen", sagt der KV-Chef.

Geringere Dienstbelastung

Mit dem Start der Bonner Einrichtung wurden zeitgleich auch organisatorische Veränderungen im augenärztlichen Notdienst der Region umgesetzt. So bildet die Stadt Bonn zusammen mit dem Kreis Euskirchen und dem Rhein-Sieg-Kreis nun einen gemeinsamen Notfalldienstbezirk. Die bislang auf lokaler Ebene organisierten Augennotdienste mit jeweils wechselnden Praxen und differierenden Dienstzeiten werden nicht mehr angeboten.

Rund 90 niedergelassene Augenärzte werden von nun an ihren vertragsärztlichen Notdienst in der Bonner Praxis versehen. Durch die Zentralisierung verringert sich deren Dienstbelastung merklich. Mussten manche Augenärzte in den bisherigen Strukturen teils über 40 Dienste im Jahr leisten, sind es künftig etwa

vier bis sieben Dienste pro Ärztin oder Arzt – für alle niedergelassenen Augenärzte im Bezirk.

Aus Patientensicht zählen vor allem die geregelten täglichen Öffnungszeiten, die gute Erreichbarkeit der Augenklinik sowie die durch die Kooperation mit der Klinik gesicherte Notfallversorgung in den Nachtstunden zu den Vorteilen der Bonner Einrichtung. Im Falle erforderlicher Operationen besteht zudem eine unmittelbare Anbindung an den stationären Bereich.

Kooperation mit Augenklinik

Die Vielzahl an Pluspunkten sehen auch die Verantwortlichen des Universitätsklinikums und begrüßen deshalb die neue Zusammenarbeit. „Wir freuen uns sehr, diese Notfallambulanz quasi als Pilotprojekt starten zu dürfen. Dadurch können augenärztliche Notfälle schnell und problemlos auch außerhalb normaler Sprechstundenzeiten regelmäßig ver-

1 | Kristina Lazarz von der KV Nordrhein bringt Einrichtungsmaterial in die Notdienstambulanz.

2 | Startklar zur Untersuchung: Die Spaltlampeneinheit der Klinik kann mitgenutzt werden.

3 | Markus Düngel (li.) und Christian Gorenc aus dem IT-Bereich der KV Nordrhein bauen die Technik auf und testen sie auf Herz und Nieren.

4 | Ingrid Pohle von der GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft mbH prüft, ob Medikamente, Verbände und Unterlagen an ihrem Platz sind.

5 | Das Team nach dem Aufbau: Ariane Krause, Marius Petermann, Ingrid Pohle, Sigrid Müller, Kristina Lazarz, Silke Hochheim und Markus Düngel (v. l. n. r.).

Augenärztlicher Notdienst für Bonn/Euskirchen/Rhein-Sieg

Augenärztlicher Notdienst der KV Nordrhein
Ernst-Abbe-Straße 2
53127 Bonn

Öffnungszeiten

Montag, Dienstag, Donnerstag:	19 Uhr bis 22 Uhr
Mittwoch, Freitag:	14 Uhr bis 22 Uhr
Samstag, Sonntag, Feiertag:	8 Uhr bis 22 Uhr

(nach 22 Uhr Versorgung durch Augenklinik)



sorgt werden. Die Betreuung der Patienten verbessert sich also weiter, und zu diesem Ziel der Ärztinnen und Ärzte in der Praxis tragen wir gern bei“, sagt Prof. Wolfgang Holzgreve, ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Bonn.

Der jetzt an den Start gegangenen Bonner Einrichtung werden in den kommenden Monaten weitere neue fachärztliche Notdienstpraxen in Nordrhein folgen. Die Planungen zur Erstellung neuer Organisationspläne und Gespräche zwischen der KV Nordrhein und infrage kommenden Fach-Kliniken laufen.

So ist als nächste zentrale Anlaufstelle für den neuen augenärztlichen Notdienst der Stadt-/Landregion Aachen und der Kreise Düren und Heinsberg das Universitätsklinikum Aachen anvisiert. Die Neustrukturierung wird dort auch für den HNO-ärztlichen Notdienst vorangetrieben. Geplant ist, zu Beginn des zweiten Quartals 2016 die ersten speziellen HNO-Notdienstpraxen in Nordrhein ans Netz zu bringen. ■ CHRISTOPHER SCHNEIDER

Die neue „Praxis-Aufkauf-Regelung“

Die bessere Verteilung von Ärzten über die Republik ist dem Gesetzgeber ein wichtiges Anliegen. Deswegen hat er die Nachbesetzung von Praxen in Gebieten erschwert, in denen der Versorgungsgrad über 140 Prozent liegt. Doch für Praxis-Abgeber gibt es mehrere Möglichkeiten, ein Veto des Zulassungsausschusses zu verhindern.

„Wer über Unterversorgung redet, muss auch über Überversorgung reden.“ So schlug Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe bei seiner Rede über das Versorgungsstärkungsgesetz am 11. Juni 2015 die Brücke von den Anreizen zur Förderung von Niederlassungen in „unterversorgten Gebieten“ zu den Sanktionen für die Nachfolge in „überversorgten Gebieten.“ Er sicherte indes zu, dass auch in den vermeintlich überversorgten Gebieten keinesfalls Sitze „mit dem Rasenmäher gestrichen“ würden. Was ist dran an den Worten des Ministers?

Sachverständige forderten Abbau

Blicken wir zurück. Am Anfang stand ein Gutachten: Im Sommer 2014 forderte der „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen“ eine gesetzliche Aufkaufverpflichtung. Ab einem Versorgungsgrad von 200 Prozent sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen alle frei werdenden Sitze aller „beplanten Gruppen“ aufkaufen. Von dieser Regelung wären deutschlandweit gut 1.700 Ärzte betroffen gewesen, vor allem Schwerpunkt-Internisten.

Der Gesetzgeber griff den Gedanken auf: Im Herbst 2014 präsentierte das Bundesgesundheitsministerium zuerst im Referenten- und im Dezember auch im Kabinettsentwurf eine Änderung in Paragraph 103 Absatz 3a des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V), der die „Zulassungsbeschränkungen“ regelt. Demnach liege eine Überversorgung ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent vor mit der Fol-

ge, dass „der Zulassungsausschuss den Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens ablehnen (...) soll“.

„Soll“ statt „kann“

Entscheidend in der Formulierung ist das Wort „soll“: denn dieses ersetzt das „kann“ im bisherigen Gesetzestext. Das bedeutet: Die Zulassungsausschüsse haben einen Ermessensspielraum, müssen aber im Falle der Überversorgung die Nachbesetzung prüfen – und begründen, warum sie einem Antrag auf Nachbesetzung zustimmen. Mit der bisherigen „kann-Regelung“ war es genau umgekehrt: Der Arzt durfte seine Praxis abgeben, es sei denn, besondere Gründe hätten dagegen gesprochen.

Anträge auf Nachbesetzung abzulehnen, war bislang die Ausnahme: Von 160 Anträgen im vergangenen Jahr haben die Zulassungsausschüsse im Bereich der Bezirksstelle Düsseldorf

Stichwort: Zulassungsausschuss

In Nordrhein gibt es insgesamt fünf Zulassungsausschüsse. Vier sind für die Ärzte zuständig, einer für die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten. In den Ausschüssen sitzen jeweils drei Vertreter der Ärzte und drei Vertreter der Krankenkassen, bei den Psychotherapeuten sind beide Bänke mit vier Mitgliedern besetzt. Die Geschäftsstellen der Zulassungsausschüsse befinden sich in den Bezirksstellen der KV Nordrhein in Köln und Düsseldorf.

lediglich 16 abgelehnt. Und wenn es einmal passierte, dann betraf es vor allem Kleinpraxen.

Wird die Nachbesetzung abgelehnt, hat die Kassenärztliche Vereinigung „eine Entschä-

digung in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis zu zahlen“. Dies stand zwar schon lange so im Gesetz, droht aber nun häufiger einzutreten.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen, Berufs- und Ärzteverbände kritisierten die Pläne des Gesetzgebers massiv. Nach Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hätten mit der 110-Prozent-Regelung zwischen Kiel und Konstanz über 25.000 Praxen niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten perspektivisch zur Disposition gestanden.

Die Interventionen von KVen und Verbänden zeigten Wirkung, der Gesetzgeber relativierte die Regelung. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz schreibt nun vor, dass der Zulassungsausschuss die Nachbesetzung in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von mehr als 140 Prozent ablehnt und die KV eine Entschädigung an den abgebenden Arzt zahlt.

Nach Berechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) gibt es bundesweit 12.000 Sitze, die durch die neue Regelung gefährdet seien. Das sind rund neun Prozent aller Arzt- und Psychotherapeutenplätze bundesweit. Am stärksten betroffen sind die Facharztinternisten und die psychologischen Psychotherapeuten.

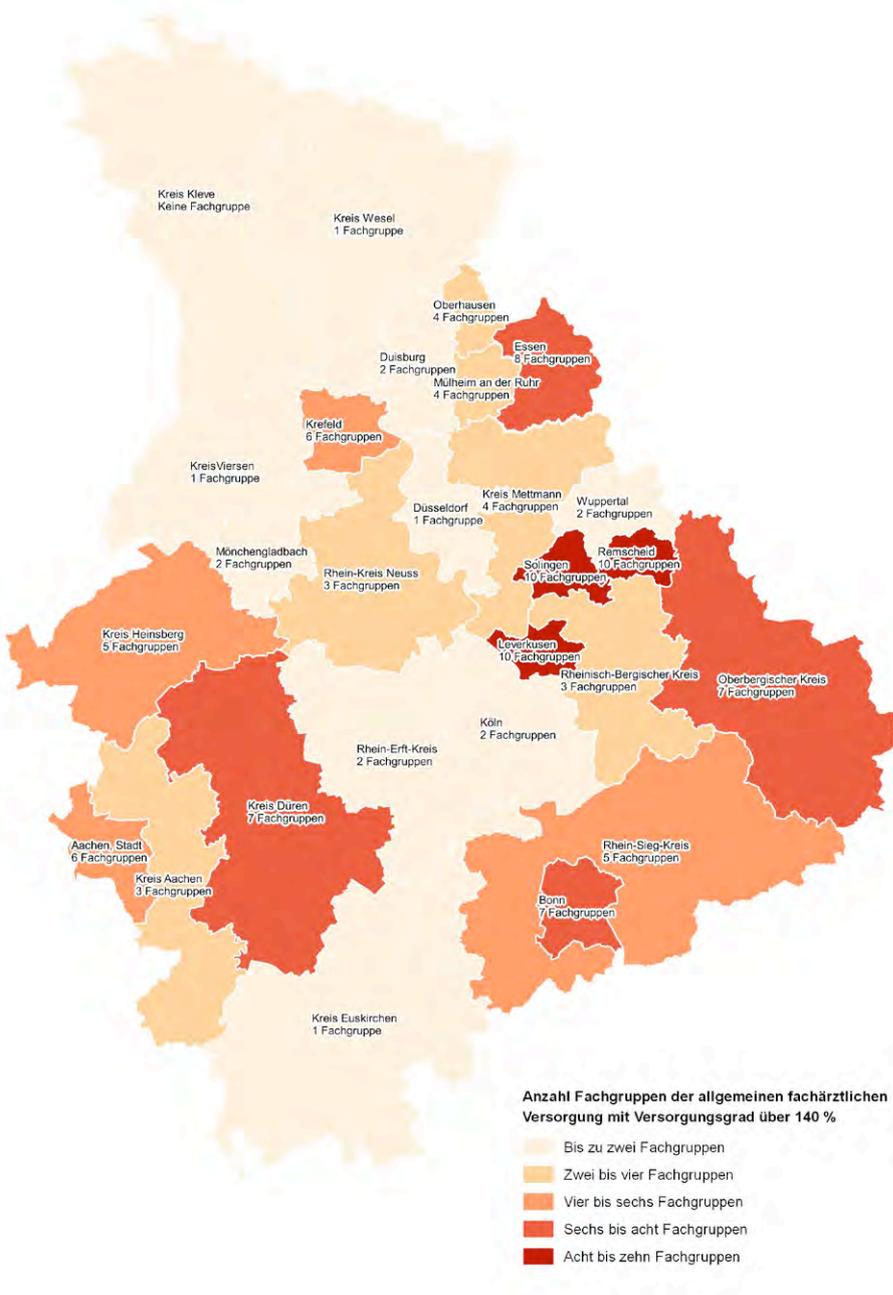
Die meisten Praxen stünden nach den Berechnungen des Zi in Bayern zur Disposition (2.291), gefolgt von Baden-Württemberg (1.254) und Nordrhein. In Nordrhein gab es am 1. Juli dieses Jahres 1.410 Sitze in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von 140 Prozent.

Fast 590 Psychotherapeutenplätze

Schaut man auf die absoluten Zahlen, dann stehen bei den Fachgruppen die Psychotherapeuten mit 587 „Übersorgungssitzen“ an der Spitze, an zweiter Stelle folgen die Facharztinternisten (284). Ebenfalls im dreistelligen Bereich liegen die Anästhesisten (110).

Übersorgte Planungsbereiche

Die Karte zeigt, in welchen Planungsbereichen wie viele Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung einen Versorgungsgrad über 140 Prozent aufweisen. Je dunkler, umso mehr Fachgruppen liegen über dem Grenzwert.



Ein Blick auf die Planungsbereiche zeigt, dass die Grenze von 140 Prozent nicht primär in den großen Städten wie Düsseldorf, Duisburg oder Köln überschritten wird. In Nordrhein sind es Leverkusen, Solingen und Remscheid, in denen zwischen acht und zehn Fachgruppen bei Nachbesetzungen im Fokus der Zulassungsausschüsse stehen.

Ausnahmen vom „Aufkauf-Soll“

Besonders Fachärzte und Psychotherapeuten in den großen Städten zeigen sich in Umfragen über die Regelungen besorgt. Ein genauer Blick ins Gesetz zeigt allerdings, dass es mehrere Ausnahmen gibt, in denen der Zulassungsausschuss die Nachbesetzung gestatten

kann. In diesen Fällen kann der Sitz also wie bisher abgegeben werden:

1. Nach wie vor muss der Zulassungsausschuss einem Antrag auf Nachbesetzung stattgeben, wenn es sich bei dem Bewerber um Ehepartner, Lebenspartner oder um ein Kind des Vertragsarztes handelt, der den Sitz abgibt.
2. Auch angestellten Kollegen oder einem Partner der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) kann der Arzt, der aus der vertragsärztlichen Versorgung ausscheidet, seine Praxis weiter übergeben. Neu ist allerdings, dass die Anstellung oder die gemeinsame Berufsausübung bereits drei Jahre bestehen muss.

KOMMENTAR

Paradoxe Koexistenz

Die „Aufkauf-Regelung“ hat viele Ärzte verärgert. Von drohender Enteignung war die Rede, und einem abschreckenden Signal an den ärztlichen Nachwuchs.

Tatsächlich ist etwas an diesen Befürchtungen dran: Die Praxisabgabe in überversorgten Gebieten wird künftig noch langfristiger und sorgfältiger vorzubereiten sein, um erfolgreich einen Nachfolger in den Sattel zu heben. Das bedeutet, dass Ärzte noch mehr Zeit für Prozesse verwenden müssen, die nichts mit der medizinischen Versorgung zu tun haben.

Zwar leistet die KV hier tatkräftige und kostenlose Unterstützung. In den Augen des Mediziner-Nachwuchses dürfte die Niederlassung dennoch an Attraktivität verlieren. Wer wird wohl in eine Praxis investieren wollen, bei der künftig das Risiko besteht, sie nicht am Markt veräußern zu können?

Auch versorgungspolitisch ist die Regelung fragwürdig, denn die Verhältniszahlen stam-

men aus den 1990er-Jahren und spiegeln nur den damaligen Ist-Zustand wieder: Mit dem Bedarf im Jahr 2015 haben sie nichts zu tun. Gar nichts.

Das ahnt auch der Gesetzgeber. Deswegen hat er wohl auch den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, bis Ende 2016 die Bedarfsplanung neu zu regeln. Und trotzdem hat der Gesetzgeber die Versorgungsgrad-Grenze für die Aufkauf-Regelung auf die bestehenden Planzahlen gestellt.

Es sind vor allem zwei Regelungen im Gesetz, die sich förmlich beißen: zum einen die Termin-Servicestellen, die den Patienten eine Behandlung innerhalb von vier Wochen garantieren (Dabei lassen die meisten außer Acht, dass sich dieses Versprechen auf dringende Fälle beschränkt.), zum anderen die „Aufkauf-Regelung“, die die Zahl der Praxis-sitze reduziert. Das kann nicht funktionieren. Die Koexistenz dieser beiden Punkte ist nicht friedlich, sie ist paradox.

■ FRANK NAUNDORF

3. Der Antrag auf ein Nachbesetzungsverfahren kann auch nicht gegen die Stimmen der Ärztevertreter im Zulassungsausschuss abgelehnt werden. In den Ausschüssen sitzen jeweils drei Vertreter der Krankenkassen und drei Vertreter der Ärzte. Wenn diese geschlossen für die Nachbesetzung sind, dann wird sie auch genehmigt.
4. Ein Nachbesetzungsverfahren darf auch dann erfolgen, wenn ein Bewerber zuvor bereits fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet als Kassenarzt tätig war. Die Unterversorgung muss der Landesausschuss feststellen.
5. Die Nachbesetzung ist auch dann zu genehmigen, wenn der Nachfolger willens ist, die Praxis in ein Gebiet zu verlegen, in dem die KV aufgrund einer zu geringen Arztdichte einen Versorgungsbedarf sieht.
6. Außerdem können „Versorgungsgründe“ verhindern, dass ein Nachbesetzungsantrag abgelehnt wird. Dafür dürfte es in Nordrhein vielfältige Gründe geben, zum Beispiel, wenn die Praxen einer Fachrichtung in der Nähe erklären, dass sie die zusätzli-

chen Patienten nicht übernehmen könnten. Dies ist natürlich bei Praxen mit hohen Fallzahlen leichter zu begründen als bei Praxen, die nur wenige Patienten versorgen.

7. Sitze, die zu einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) gehören, fallen nicht unter die Nachbesetzungsregelung. Wenn dort ein angestellter Arzt ausscheidet, bleibt der Sitz beim Inhaber, also dem MVZ – es sei denn, er soll ausgeschrieben werden.

Die sieben Bestimmungen relativieren die Neuregelung erheblich. Ärzte, die ihre Praxis abgeben möchten, sollten dies langfristig planen, am besten mit Unterstützung der Niederlassungsberater der KV Nordrhein. Das gilt besonders für Gebiete mit einem Versorgungsgrad von über 140 Prozent – also ist zuerst einmal im Bedarfsplan der Versorgungsgrad der eignen Fachgruppe nachzuschauen.

Wer seine Praxis in einem überversorgten Gebiet abgeben möchte, könnte zum Beispiel einen Arzt anstellen oder mit seinem Sitz in eine BAG einsteigen – natürlich möglichst drei

„Es wird mehr ‚Aufkäufe‘ geben“

Dr. Johannes Becker ist Urologe in Oberhausen – und seit Anfang 2013 alternierender Vorsitzender der Kammer I des Zulassungsausschusses für Ärzte in Düsseldorf.

Haben Sie in der Vergangenheit schon einmal eine Nachbesetzung verweigert?



Dr. Johannes Becker

Ja. Es handelte sich da um überversorgte Gebiete und sehr kleine Praxen, deren Fallzahl bei weniger als einem Viertel des Fachgruppendurchschnitts lag.

Wie wirkt sich die neue Regelung auf das Klima in den Ausschüssen aus?

Ich kann nur für meinen Ausschuss und mich sprechen. Ich glaube nicht, dass das Klima konfliktiver wird. Wir ar-

beiten schon über Jahre zusammen, diskutieren fair und haben bislang immer einen Konsens gefunden.

Wie wird sich die neue Regelung in der Spruchpraxis des Ausschusses auswirken? Mit wie vielen Fällen von Praxis-Aufkäufen rechnen Sie?

Aufgrund der gesetzlichen Grundlagen wird sich die Spruchpraxis im Ausschuss ändern, die Zahl der „Praxis-Aufkäufe“ wird steigen. Um wieviel, weiß ich nicht, aber es werden einige mehr sein.

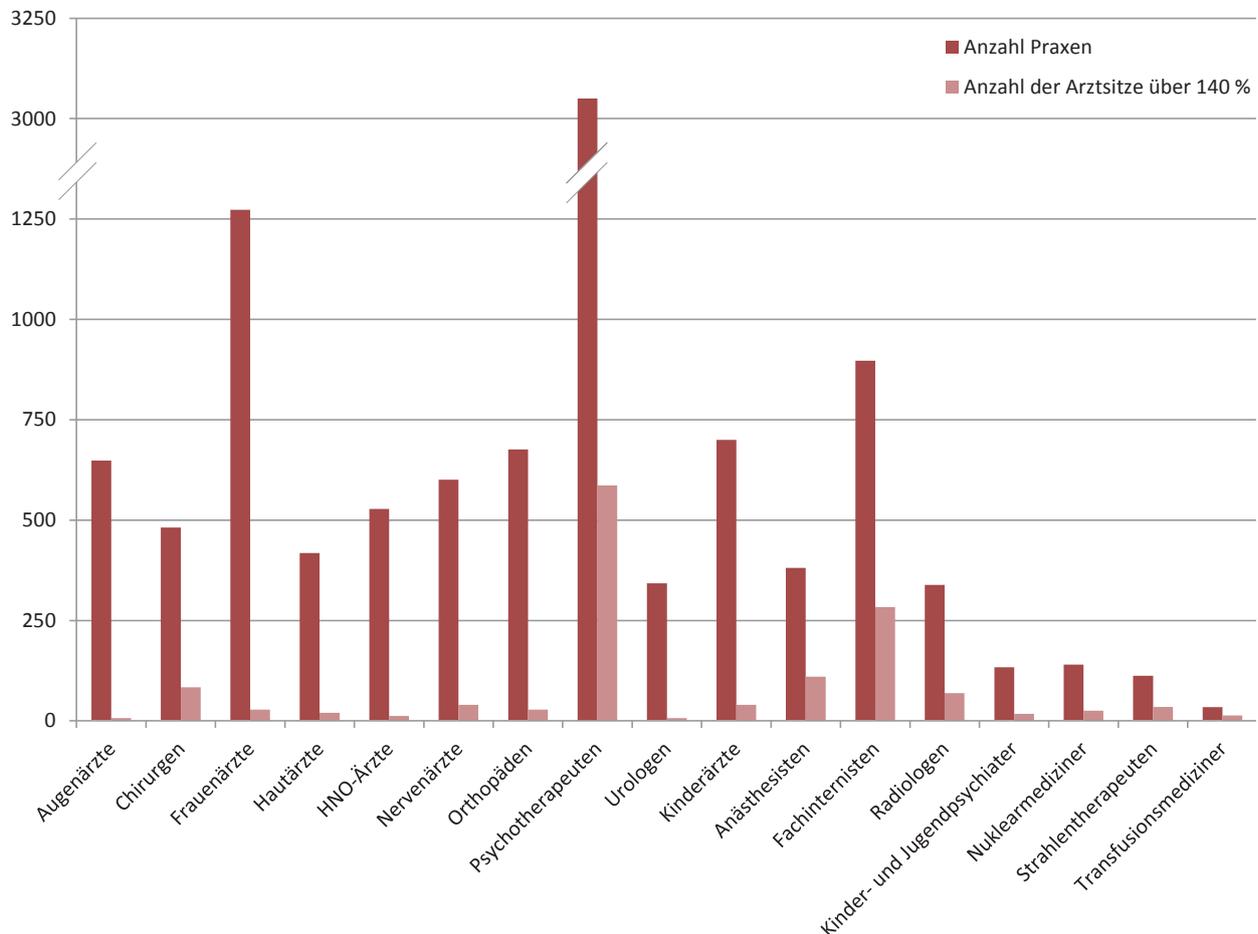
Was halten Sie persönlich von der neuen Regelung?

Wenig, denn die Regelung ist zu starr.

■ DIE FRAGEN STELLTE FRANK NAUNDORF.

Fachgruppen und Versorgungsgrade

Die Tabelle zeigt, wie viele Ärzte bzw. Psychotherapeuten eine Fachgruppe in Nordrhein zählt und wie viele Sitze in dieser Gruppe oberhalb eines Versorgungsgrades von 140 Prozent liegen. Übrigens: Bei den Hausärzten (ohne Pädiater) liegt nur Bad Honnef über der 140-Prozent-Marke – und das auch gerade einmal mit einem halben Sitz!



Jahre vor der tatsächlichen Abgabe, damit der Zulassungsausschuss die Nachbesetzung nicht blockiert.

Dabei dürfte es im Jahr 2017 einige Änderungen geben. Denn der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss angesichts der vielstimmigen Kritik an den Regelungen beauftragt, die Planungsbezirke neu zuzuschneiden.

Gesetz lässt Fragen offen

Was passiert, wenn ein Arzt oder Psychotherapeut seine Praxis wirklich nicht nachbeset-

zen darf? In diesem Fall muss die Kassenärztliche Vereinigung den Sitz mit dem „Verkehrswert“ entschädigen. Nähere Bestimmungen dazu fehlen im Gesetz, obwohl es verschiedene Verfahren gibt, um den Wert einer Praxis zu ermitteln.

Müsste die Kassenärztliche Vereinigung einen Sitz „aufkaufen“, ist mit juristischen Auseinandersetzungen zu rechnen. Weder für den Arzt noch für die Kassenärztliche Vereinigung eine verlockende Perspektive.

■ FRANK NAUNDORF

Nähere Informationen zu den einzelnen Gruppen und Bereichen unter dem Stichwort „Bedarfsplanung“ unter www.kvno.de

Alte Betriebssysteme und Browser sind unsicher

Windows XP rasch austauschen

Obwohl die Nutzerzahlen des Betriebssystems Windows XP der Firma Microsoft seit dem offiziellen Support-Ende im April 2014 drastisch gesunken sind, liegt der Marktanteil heute immer noch bei rund zehn Prozent. Wer in seiner Praxis noch dieses Betriebssystem einsetzt, sollte rasch auf eine neue Version umsteigen.



Im April 2014 hat Microsoft die Aktualisierung von Windows XP eingestellt. Das Betriebssystem weist deswegen erhebliche Sicherheitslücken auf.

Das ist nötig, weil mit dem offiziellen Support-Ende nicht nur die technische Unterstützung einschließlich automatischer Updates nicht mehr verfügbar ist, sondern es fallen auch Sicherheitsupdates weg. Bekannte Schwachstellen werden damit nicht mehr geschlossen und können leicht von Angreifern ausgenutzt werden. Windows XP basiert auf längst überholten Sicherheitsarchitekturen. Damit sind Viren, Angriffe und schlimmstenfalls sogar Datenverluste programmiert, ist der Praxiscomputer mit hochsensiblen Patientendaten somit enormen Gefahren ausgesetzt.

Internetnutzung mit veraltetem Browser
Noch höheren Gefahren setzen sich Nutzer veralteter Betriebssysteme aus, wenn sie mit ihrem Rechner auch das Internet nutzen.

Denn Windows XP funktioniert nur mit dem Internet Explorer 8 (oder alternativen Webbrowsern, etwa Chrome und Firefox) und für diesen ist der Support ebenfalls längst ausgelaufen. Sollte dies der Fall sein, empfehlen die IT-Experten der KV Nordrhein dringend, den Rechner vom Internet zu trennen. Für einen deutlich sichereren Datenschutz wird ohnehin empfohlen, nicht mit dem Praxis-PC, auf dem sich Praxisdaten befinden, auf das Internet zuzugreifen, sondern für die Internetnutzung einen separaten, vom Praxisnetz getrennten PC oder ein entsprechendes Notebook zu nutzen.

Probleme in der Praxis

Viele Hersteller von Praxisverwaltungssoftware haben inzwischen die Freigabe ihrer

Software für veraltete Betriebssysteme beendet, bei anderen ist es nur noch eine Frage der Zeit, wann die Software nicht mehr reibungslos mit dem veralteten Betriebssystem läuft. Das kann zu Problemen führen, zum Beispiel durch Änderungen an den Softwaremodulen, durch Programme anderer Hersteller, die über Schnittstellen mit dem Praxisverwaltungssystem verbunden sind, oder durch Software, die die Anbieter im Rahmen gesetzlicher beziehungsweise vertraglicher Änderungen liefern müssen, wie etwa KBV-Prüfmodule.

Online-Abrechnung nicht mehr über XP

Auch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein wird im kommenden Jahr bestimmte Online-Dienste für XP-Anwender nicht mehr zulassen. Auch im KVNO-Portal werden

Dienste aus Sicherheits- und erhöhten Support-Gründen Mitte 2016 für Zugriffe von einem XP-Rechner automatisch gesperrt. Das betrifft auch die Online-Abrechnung. Eine Abrechnung über ein XP-Betriebssystem (oder ältere Systeme, etwa Windows 2000, Windows NT) kann dann nicht mehr eingereicht werden.

Wie können Praxen umsteigen?

Praxen setzen sich für einen Umstieg auf eine aktuellere Betriebssystemversion am besten mit ihrem Anbieter in Verbindung. Oft ist eine größere Investition in die Hardware gar nicht nötig. Je nachdem, über welche Rechnerleistung Ihre Computer verfügen, brauchen Sie gegebenenfalls nur auf ein neueres Betriebssystem umzusteigen, etwa Windows 7 oder Windows 8.

D2D endet erst am 30. September 2016



Das ursprünglich auf Mitte Februar 2016 festgesetzte Ende von D2D ist verschoben

worden. Schlusstermin ist der 30. September 2016. Dies gab die verantwortliche Organisation bekannt, die KV Telematik GmbH.

Die Ablösung von D2D durch das Nachfolgesystem „KV-Connect“ ist angelaufen, erste Abrechnungen („1-Click-Abrechnung“) sind bereits in der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein eingetroffen. Da die bundesweite Umstellung sowohl mit den Vertragspartnern als auch bei den Softwarehäusern mehr Zeit benötigt, hat die KV Telematik GmbH die Restlaufzeit von D2D bis 30. September 2016 verlängert. Eine weitere Übergangszeit aufgrund der Vertragslage könne es nicht mehr geben.

Mit Blick auf das Ende von D2D ist die Unterstützung für ISDN-Einwahlzugänge bereits ausgelaufen (wir berichteten). Die KV Nordrhein hat keine ISDN-Zugänge abgeschaltet, kann aber auch keinen Support mehr bei Problemen mit dieser Verbindungsart gewährleisten.

Mit dem Zugang über KV-SafeNet ist D2D dagegen bis Ende September 2016 ohne Einschränkung seitens der KV Nordrhein nutzbar. Vorteil hierbei: Der Zugang über KV-SafeNet ist zugleich eine wesentliche Voraussetzung für KV-Connect.

Die KV Nordrhein empfiehlt den D2D-Praxen, die weiterhin zum Beispiel ihre Abrechnung oder elektronischen Dokumentationen direkt aus dem Praxiscomputer versenden möchten, bis Mitte 2016 auf „KV-Connect“ umzusteigen - in rechtzeitiger Absprache mit ihrem Praxiscomputeranbieter

Windows 7 unterscheidet sich dabei optisch nicht so sehr von XP, so dass die Anwender sich nicht komplett neu orientieren müssen. Anders sieht das bei einem Umstieg auf Windows 8 aus, hier müssen sich die Anwender an eine neue Optik gewöhnen. Windows 10 ist noch recht jung auf dem Markt. Vertragsärzte und -psychotherapeuten sollten sich vor einer Anschaffung unbedingt von ihrem Softwareanbieter verbindlich bestätigen lassen, dass diese Betriebssystemversion sowohl mit der eingesetzten Praxisverwaltungssoftware als auch mit all den angebundenen Geräten funktioniert, zum Beispiel dem eGK-Lesegerät.

Ist mein System veraltet?

Es gibt für Windows-Computer verschiedene Arten, um herauszufinden, welches Betriebssystem beziehungsweise welche Version davon installiert ist.

- Der einfachste Weg ist, die beiden folgenden Tasten gleichzeitig zu drücken:
 - (Windows-Taste)  und Pause oder auf englischen Tastaturen Break

- Der zweite Weg ist, in der Suche des Startmenüs das Wort „winver.exe“ für Windows-Version einzugeben und Enter zu drücken.

Bei beiden Varianten öffnet sich danach ein Fenster mit Angaben zum Betriebssystem. So können Ärzte und Psychotherapeuten schnell herausfinden, ob sie handeln müssen.

Sollte auch Ihre Hardware veraltet sein, ist es wahrscheinlich nötig, im Zuge des Umstiegs auf ein neues Betriebssystem auch neue Hardware zu kaufen. In der Regel werden dann mit der neuen Hardware auch Vollversionen der Betriebssysteme geliefert. Auch hier kann der regionale Händler Ihres Praxisverwaltungssystems Sie beraten.

Übrigens bieten neuere Systeme neben einer deutlichen Erhöhung des Sicherheitsaspektes auch einen größeren Funktionsumfang, kürzere Startzeiten und sind in vielen Aspekten auch einfacher zu bedienen.

■ CLAUDIA PINTARIC

IT-Beratung

Haben Sie Fragen zu Windows XP und zu Ihrer Praxis-IT allgemein? Benötigen Sie eine IT-Beratung? Die IT-Berater/innen stehen Ihnen für telefonische und persönliche Gespräche zur Verfügung. Vereinbaren Sie einfach einen Termin mit uns.

Telefon 0211 5970 8500

E-Mail it-beratung@kvno.de



Claudia Pintaric



Franz-Josef Eschweiler



Nicole Elias



Sandra Onckels

Information im Wartezimmer

Die zweite Ausgabe des Patientenmagazins „Zimmer eins“ erreicht die Ärzte und Psychotherapeuten jetzt mit der Infopost zur Image-Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“. Im Mittelpunkt stehen im zweiten Halbjahr 2015 die Leistungen der niedergelassenen Mediziner und Therapeuten für ihre Patienten.

Ende Oktober erhalten alle Arzt- und Psychotherapeutenpraxen ein weiteres Paket aus Berlin. Darin enthalten sind neue Materialien zur Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“. Der Sendung liegt auch die zweite Ausgabe des neuen Patientenmagazins bei, das im Mai zum ersten Mal erschienen war und im Wartezimmer ausgelegt werden kann. Außerdem gibt es für 2016 einen Praxis-Planer im DIN-A1-Format und einen Terminzettelblock im Kampagnenlook.

Die Zeitschrift soll wartenden Patienten auf unterhaltsame Art einen Einblick in die Arbeits- und Lebenswelt von Ärzten und Psychotherapeuten verschaffen. Die Titelseite der Ausgabe zeigt den Autor Max Moor, bekannt als Moderator des ARD-Kulturmagazins „titel, thesen, temperamente“. Dem Infopaket liegen drei Exemplare der Zeitschrift bei, weitere können Ärzte und Psychotherapeuten im Internet bestellen.

Engagement der Ärzte im Fokus

Den inhaltlichen Schwerpunkt der 2013 von KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen gestarteten Kampagne bilden Engagement und Leistungen der rund 160.000 niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Deutsch-



land. In diesem Frühsommer waren dazu passende Plakatmotive mit Slogans wie „Ich finde die richtigen Diagnosen. Und die passenden Worte.“ oder „Meine Patienten werden vom Chef behandelt. Und zwar alle.“ in nahezu allen Groß- und Landeshauptstädten deutschlandweit zu sehen.

Auch bei der Nachwuchskampagne „Lass dich nieder!“ gab es neue Akzente: Vom 23. Oktober bis 5. November wurden neue Motive der Nachwuchskampagne gezielt in den Universitätsstädten mit medizinischer Fakultät plaktiert. So werden Medizinstudierende und Ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt auf die Chancen und Möglichkeiten in der eigenen Praxis hingewiesen. Promotion-Aktionen und Informationstage machen zusätzlich auf die Nachwuchskampagne aufmerksam.

■ DR. HEIKO SCHMITZ



Neue Motive der Nachwuchskampagne. Mehr Infos zu den Kampagnen unter www.ihre-aerzte.de und www.lass-dich-nieder.de | KV | 151113

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen



Im Jahr 2015 kamen bis Ende August über 100.000 Flüchtlinge in die nordrhein-westfälischen Erstaufnahmeeinrichtungen. Auch bei der medizinischen Versorgung steht NRW damit vor einer großen Aufgabe.

Am 1. Oktober 2015 startete der Vertrag über die ärztliche Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern in den Einrichtungen des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW). Dieser Vertrag bezieht sich auf die Erstuntersuchung der Flüchtlinge und Asylbewerber während der

Unterbringung in den so genannten Ersteinrichtungen, zentralen Unterbringungseinrichtungen und den Notunterkünften des Landes NRW.

Dieser Vertrag sieht unbürokratische Regelungen für die Abrechnung und Vergütung ärztlicher Leistungen im Rahmen der Erstuntersuchungen vor. Er regelt auch die Vergütung und Abrechnung für die kurative ärztliche Behandlung der Flüchtlinge und Asylbewerber, die in den Landeseinrichtungen untergebracht sind.

Teilnehmen an diesem Vertrag können sowohl niedergelassene Ärzte als auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, also beispielsweise solche, die bereits im Ruhestand sind. Dazu haben die Ärzte einen schriftlichen Antrag, eine Kopie ihrer Approbation und ihres Facharztznachweises bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein einzureichen – sofern diese Unterlagen dort nicht vorliegen.

Der neue Rahmenvertrag für die Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern in den Einrichtungen des Landes NRW beinhaltet folgende Regelungen:

- einfaches Teilnahmeverfahren für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte

- Zugelassene Vertragsärzte sind ohne Antrag teilnahmeberechtigt.
- einfaches Abrechnungsverfahren für Leistungen im Rahmen der Erstuntersuchung inklusive der Röntgenleistung des Thorax und der Abrechnung von Impfleistungen
- Abrechnung der Nummern aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) im Rahmen der laufenden kurativen Behandlung sowie Regelung über den Bezug von Impfstoffen und die Verordnung von Arzneimitteln

Anstelle über die Bezirksregierung Arnberg abrechnen zu müssen, können Ärzte nun über die KV Nordrhein abrechnen. Das vereinfachte Abrechnungsverfahren erfolgt auf so genannten autorisierten Patientenlisten, die neben dem Namen auch das Geburtsdatum der Flüchtlinge bzw. Asylbewerber enthalten. Auf der Liste dokumentiert der behandelnde Arzt die geleistete Erstuntersuchung, die durchgeführte Impfung und die etwaige Röntgenuntersuchungen auf Tuberkulose.

Anschließend werden diese Listen bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein eingereicht. Die KV vergütet die Leistungen; Vertragsärzte müssen in ihrer üblichen Quartalsabrechnung hier nichts gesondert dokumentieren.

Wenn Flüchtlinge bzw. Asylbewerber, die in den Landeseinrichtungen wohnen, darüber hinaus weiter kurativ ärztlich versorgt werden müssen, sind die Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen des EBM berechnungsfähig. Achtung: Hier gilt ein eingeschränkter Leistungsanspruch. Dieser ist zu vergleichen mit den vertraglichen Regelungen, welche heute für diejenigen Asylbewerber gelten, die bereits auf die Kommunen und Länder verteilt wurden. Es gilt nach wie vor der im Jahr 1996 geschlossene Rahmenvertrag mit dem nordrhein-westfälischen Städte- und Gemeindebund.

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV 151114

■ Merkblatt | Ärztliche Versorgung von Asylbewerbern

Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und dem Land Nordrhein-Westfalen (Kostenträger)

Inkrafttreten und Laufzeit

Der Vertrag tritt am 1. Oktober 2015 in Kraft und läuft unbefristet.

Gegenstand des Vertrags

Ärztliche Versorgung im Rahmen der Erstuntersuchung, die neben der Eingangsuntersuchung auch eine Röntgenuntersuchung und Impfungen beinhaltet. Sofern erforderlich, sind auch kurative Leistungen nach § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) Gegenstand des Vertrags (Anlage 7).

Anspruchsberechtigte

Bei den zu versorgenden Personen handelt es sich um Asylbewerber, die in den Erstaufnahmeeinrichtungen und zentralen Unterbringungseinrichtungen einschließlich der Notunterkünfte des Landes Nordrhein-Westfalen (Land NRW) wohnen. Hierzu zählen auch Aufnahmeeinrichtungen, die von den Kommunen für das Land NRW betrieben werden.

Zur Durchführung der Erstuntersuchung erhält der behandelnde Arzt von der jeweiligen Aufnahmeeinrichtung autorisierte Namenslisten mit den Personalien der Patienten und den abrechenbaren Leistungen (Anlagen 6a bis 6c), die manuell für die Abrechnung bei der KV Nordrhein bzw. KV Westfalen-Lippe eingereicht werden.

Für Leistungen nach § 4 AsylbLG erhält der Asylbewerber einen Berechtigungsschein oder einen vergleichbaren Nachweis des Landes NRW. Damit hat er einen eingeschränkten Leistungsanspruch analog der Asylbewerber, die auf die Städte und Gemeinden verteilt sind.

Teilnehmende Ärzte und Einrichtungen

Teilnehmen können alle zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte, Medizinische Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte, angestellte Ärzte und Einrichtungen gemäß Paragraph 95 des Sozialgesetzbuchs V.

Auch Ärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, können an diesem Vertrag teilnehmen. Sie müssen allerdings einen Antrag zur Teilnahme (Anlagen 2a bzw. 2b) einreichen. Für die Teilnahme reicht die Approbation und eine abgeschlossene Gebietsweiterbildung; wenn diese Nachweise der KV nicht vorliegen, bitte eine Kopie dem Teilnahmeantrag beifügen. Die zuständige KV erteilt die Genehmigung.

Die Ergebnisse der erfolgten Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der Erstuntersuchung sowie ggf. weiterer erforderlicher Leistungen nach § 4 AsylbLG sind auf dem Befundbogen (Anlage 3) zu dokumentieren und dem Asylbewerber auszuhändigen.

Vergütungen der Erstuntersuchung

Für die Leistungen im Rahmen der Erstuntersuchung erhalten teilnehmende Ärzte die unten aufgeführten Vergütungen (Anlage 1). Die für die Leistungen im Rahmen der Erstuntersuchung erforderlichen Arzneimittel und der Sprechstundenbedarf sind vom Arzt vorzuhalten und nicht zusätzlich abrechnungsfähig.

Leistung der Erstuntersuchung	Bestimmungen	Vergütung	Symbolnummer
Eingangsuntersuchung	Aufsuchen der Einrichtung inklusive Wegegeld, Anamnese, ggf. Blutentnahme, Dokumentation nach Anlage 3 etc.	25 Euro	92501
Röntgen der Atmungsorgane	<ul style="list-style-type: none"> - Für Personen ab 15 Jahre - Röntgen, Thorax, eine Ebene - Befundung und Befundübermittlung 	20 Euro	92502
Impfungen	<ul style="list-style-type: none"> - Impfangebot entsprechend der Bestimmungen des Landesgesundheitsministeriums NRW - Impfstoffbezug als Sammelverordnung über Muster 16 (Vertragsärzte) bzw. auf dem blauen Privatrezept (Nicht-Vertragsärzte). Auf dem Rezept ist die Kostenträgernummer 24988¹ zu vermerken und die Felder „gebührenfrei“ und „Impfstoffe“ zu kennzeichnen. Diese sind bei der Apotheke einzureichen. 	11 Euro je Impfung	92503
Interferon-Gamma-Test	<ul style="list-style-type: none"> - Für Personen unter 15 Jahren und Schwangere - Überweisung (Muster 10) durch den Arzt, der die Eingangsuntersuchung durchführt - Befundung und Befundübermittlung - Abrechnung nach der GOP 32670 durch einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin 	58 Euro	
Serologische Untersuchungen	- Soweit klinisch, anamnestisch oder epidemiologisch angezeigt	EBM	

Vergütungen der kurativen Leistungen nach § 4 AsylbLG

Die Abrechnung, Bewertung und Vergütung der kurativen Versorgung nach § 4 AsylbLG (Anlage 7) von Asylbewerbern, die in den Erstaufnahmeeinrichtungen, den zentralen Unterbringungseinrichtungen oder den Notunterkünften des Landes NRW wohnen, richtet sich nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

Abrechnung

Für die Erstuntersuchung gilt das vereinfachte Abrechnungsverfahren auf den so genannten autorisierten Patientenlisten. Auf der Liste dokumentiert der behandelnde Arzt die geleistete Eingangsuntersuchung, Impfungen und Röntgenuntersuchungen auf Tuberkulose. Diese autorisierten Namenslisten reichen Vertragsärzte und die teilnehmenden Nicht-Vertragsärzte quartalsweise mit einer Abrechnungserklärung (Anlage 5a) bei der zuständigen KV ein. Die KV vergütet die Leistungen; Vertragsärzte müssen in ihrer üblichen Quartalsabrechnung hier nichts gesondert dokumentieren.

Die Abrechnung von Leistungen nach § 4 AsylbLG erfolgt für Vertragsärzte wie gewohnt elektronisch; teilnehmende Nicht-Vertragsärzte reichen die Abrechnung quartalsweise mit der Erklärung (Anlage 5b) in Papierform ein (Anlage 4).

Verordnungen von Arznei-, Verband-, Heil- sowie Hilfsmitteln

Grundsätzlich sind nur Generika verordnungsfähig; Originalpräparate sollen nur in begründeten Ausnahmefällen verordnet werden.

Die Verordnung der Verbandmittel sowie Heil- und Hilfsmittel erfolgt auf Muster 16. Bei der Verordnung der Heil- und Hilfsmittel gilt zudem, dass die Verordnung vorher vom Kostenträger (Land NRW) zu genehmigen ist (Ausnahme: gilt nicht bei Schwangeren und Wöchnerinnen).

Sprechstundenbedarf wird auf Muster 16 unter Angabe der Kostenträgernummer 24988 verordnet. Auf dem Rezept ist zudem das Statusfeld „9“ zu markieren.

Notfallbehandlung

In dringenden Fällen können Ärzte Asylbewerber auch im Rahmen des organisierten Notdienstes behandeln. Die Leistungen sind auf dem Notfall-/Vertreterschein (Muster 19) abzurechnen. Bei einer Notfallbehandlung kann der Berechtigungsschein oder ein vergleichbarer Nachweis des Landes NRW auch innerhalb von zehn Tagen nachgereicht werden.

¹ Die Kostenträgernummer 24988 ist noch nicht in den PVS-Systemen hinterlegt und muss manuell angelegt werden.

Kindervorsorge U10/U11

Die BKK ProVita und die BKK Wirtschaft & Finanzen haben ihre Teilnahme an der Kindervorsorge U10/U11 zum 30. September 2015 gekündigt. Leistungen aus diesem Vertrag sind nach diesem Zeitpunkt nicht mehr abrechnungsfähig.

Mehr Geld für Psychotherapeuten

Psychotherapeutische Leistungen werden besser honoriert. Das beschloss der erweiterte Bewertungsausschuss Ende September. Die Punktzahlen für die Gebührenordnungspositionen (GOP) 35200 bis 35225 werden rückwirkend um 2,7 Prozent erhöht. Dadurch steigt zum Beispiel das Honorar für eine Einzeltherapiestunde von 81,14 Euro auf 83,32 Euro in 2012, in diesem Jahr von 84,13 Euro auf 86,39 Euro. Die rückwirkende Vergütung setzt allerdings voraus, dass zuvor gegen den Honorarbescheid Widerspruch eingelegt wurde.

Außerdem erhalten ärztliche und psychologische Psychotherapeuten bei einer mindestens 50-prozentigen Auslastung ihrer Praxis einen Strukturzuschlag auf alle Einzel- und Gruppentherapieleistungen, die sie nach Erreichen des Schwellenwertes durchführen. Der Zuschlag wird dann für jede weitere Therapiestunde (GOP 35200 bis 35225) gezahlt, die nach Erreichen dieser Marke stattfindet. Er wird von der Kassenärztlichen Vereinigung zugesetzt und soll höhere Aufwendungen bei der Praxisorganisation abdecken.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV | 151117**

Neue Kodierhilfe zu Infektionen und Immundefekten

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat ein drittes Kodier-Manual aufgelegt. Es heißt „Abwehrschwäche, Infektanfälligkeit oder Immundefekt?“ und soll

Ärzten helfen, bei komplexen Krankheiten die Auswahl des richtigen ICD-Kodes zu finden.

Die aktuelle Kodierhilfe hat zwei Schwerpunkte: Zum einen geht es um die exakte Klassifikation von Krankheitsbildern, die mit einer erhöhten Infektanfälligkeit zusammenhängen. Zum anderen widmet sich das Manual der wachsenden Zahl primärer Immundefekte, die zu den seltenen Erkrankungen gehören. Das Zi und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben mit dem Projekt Kodierhilfe für nahezu alle ICD-Kodes Checklisten produziert. Die Information wird den Praxissoftwareherstellern unentgeltlich zur Verfügung gestellt und ist online beim Zi und der KBV abrufbar.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV | 151117**

Satzungsimpfungen: Vergütung und Impfstoff-Bezug

Krankenkassen können über die in der Schutzimpfungs-Richtlinie aufgeführten Impfungen hinaus, weitere Impfungen als Satzungsleistungen übernehmen. Hierzu zählen vor allem Reiseschutzimpfungen, die HPV-Impfung für weibliche Versicherte im Alter von 18 bis 26 Jahren oder Gripeschutzimpfungen. Für diese Satzungsleistungen hat die KV Nordrhein mit einigen Krankenkassen zusätzliche Verträge geschlossen, die die Vergütung und die Abrechnung der Impfleistungen sowie den Bezug des Impfstoffes regeln. In diesen Fällen muss die Impfleistung mit den entsprechenden Symbolnummern über die KV Nordrhein abgerechnet werden, eine Privatliquidation nach GOÄ ist nicht möglich. Der Impfstoff wird auf den Namen des Patienten verordnet (Muster 16).

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 | 151117**

Impfungen, die dagegen in der Schutzimpfungs-Richtlinie aufgeführt werden, zählen zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierbei handelt es sich zum Beispiel um die erforderliche Grundimmunisierung im Kindesalter oder Indikationsimpfungen wie die Grippeimpfung bei Schwangeren. In diesen Fällen beziehen Praxen den Impfstoff über den Sprechstundenbedarf und rechnen die Impfleistung auf Basis der regionalen Impfvereinbarung in Nordrhein mit den entsprechenden Dokumentationsnummern ab. Bei der MMR-Impfung sind dies die Dokumentationsnummern 89301A und 89301B, die mit jeweils 9,50 Euro vergütet werden.

Eine Übersicht der Satzungsimpfungen finden Sie unter www.kvno.de | **KV | 151118**

Neue AU-Bescheinigungen erst ab Anfang 2016 verwenden

Ab 1. Januar 2016 gibt es neue Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen (AU, Muster 1). In die AU-Bescheinigung ist der so genannte Auszahlungsschein für Krankengeld (Muster 17) integriert (wir berichteten).

Der Formularversand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein stattet die Praxen ab Dezember mit den neuen Formularen aus. Doch bei der AOK Rheinland/Hamburg sind bereits neue AU-Bescheinigungen eingegangen – die die Krankenkasse aber noch nicht maschinell verarbeiten kann.

Unsere Bitte: Auch wenn Sie bereits über neue Muster verfügen, setzen Sie sie erst ab Anfang 2016 ein.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV | 151118**

HPV-Impfung für Versicherte der Deutschen BKK

In der KVNO aktuell 08/2015 berichteten wir über die geänderte Abrechnung der HPV-Imp-

fung als Satzungsleistung für Versicherte der Deutschen BKK.

Hierzu möchten wir klarstellen, dass die HPV-Impfung als Schutzimpfung im Rahmen der Schutzimpfungs-Richtlinie für weibliche Versicherte der Deutschen BKK im Alter von neun bis 14 Jahren abgerechnet werden kann. Die gilt auch für 15- bis 17-jährige weibliche Versicherte, sofern es sich um eine Nachholung von Impfungen oder eine Vervollständigung des Impfschutzes handelt.

Die bis zum 30. Juni 2015 gültige Vereinbarung zur Abrechnung der HPV-Impfung als Satzungsleistung sah vor, dass die HPV-Impfung auch für weibliche Versicherte von 18 bis 26 Jahren abgerechnet werden konnte und von der Deutschen BKK übernommen wurde. Dies ist nunmehr seit dem 1. Juli 2015 nicht mehr möglich. Einen Leistungsanspruch auf die HPV-Impfung als Schutzimpfung entsprechend der Schutzimpfungs-Richtlinie haben jetzt nur noch weibliche Versicherte im Alter von 9 bis 14 Jahren beziehungsweise in bestimmten Fällen bis 17 Jahre.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV | 151118**

BKK DKM kündigt Satzungsimpfungen

Die BKK Demag Krauss-Maffei (BKK DKM) hat die Vereinbarung zur Durchführung und Abrechnung von Reiseschutzimpfungen und der HPV-Impfung für weibliche Versicherte im Alter von 18 bis 26 Jahren (SNR 89715) zum 31. Dezember 2015 gekündigt. Hierzu zählen neben der HPV-Impfung auch die Impfungen gegen Hepatitis A, Hepatitis B, FSME, Meningokokken, Tollwut, Typhus und Hepatitis B, Typhus, Cholera, Gelbfieber sowie die Malariaphylaxe. Dies bedeutet, dass Sie die HPV-Impfung sowie Reiseschutzimpfungen als Satzungsleistungen für Versicherte der BKK DKM ab 1. Januar 2016 nicht mehr über die KV Nordrhein abrechnen können.

Die HPV-Impfung als Schutzimpfung kann entsprechend der Vorgaben der Schutzimpfungs-Richtlinie für neun- bis einschließlich 14-jährige beziehungsweise in bestimmten Fällen bei bis zu 17-jährigen weiblichen Versicherten der BKK DKM nach wie vor über die KV Nordrhein mit den Dokumentationsnummern 89110A und 89110B abgerechnet werden.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV | 151119**

BKK-Hausarztvertrag ab 2016 ohne actimonda Krankenkasse

Die actimonda Krankenkasse scheidet zum 31. Dezember 2015 aus dem BKK-Hausarztvertrag aus. Ab 1. Januar 2016 sind Leistungen des oben genannten Hausarztvertrages über die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein nicht mehr abrechnungsfähig. Wir bitten um entsprechende Beachtung.

EBM-Änderungen zum 1. Oktober:



Humangenetische Beratungen und Beurteilungen

werden seit 1. Oktober 2015 höher vergütet. Darauf haben sich Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss verständigt.

Mehrere neue Gebührenordnungspositionen (GOP) werden in den EBM aufgenommen (GOP 11233 bis 11236). Nach einer Basisleistung (GOP 11233) für eine Beratung und Beurteilung bis zu 20 Minuten Dauer sind Zuschläge mehrfach berechnungsfähig, die den Aufwand nach medizinischen Kriterien differenzieren.

Die neuen Gebührenordnungspositionen ersetzen die bestehenden GOP 11231 (Humangenetische Beurteilung nach Fremdbefunden) und 11232 (Ausführliche humangenetische Beurteilung wegen evidenten genetischen und/oder teratogenen Risikos) sowie die GOP 11220

für die zeitaufwändige Beratung. Der Beschluss des Bewertungsausschusses sieht auch vor, dass die Bewertung molekulargenetischer Leistungen zum Ausgleich auf Basis der Kostenstudie in einem Stufenmodell gemindert wird. Betroffen davon sind die GOP 11320 bis 11322.

Weiterhin wurde eine Anmerkung zur GOP 01721 aufgenommen. Diese kann im Rahmen einer Kinderfrüherkennungsuntersuchung im Zusammenhang mit der U2 im Belegkrankenhaus an demselben Tag nur einmal berechnet werden, auch wenn bei mehreren Kindern eine Früherkennungsuntersuchung durchgeführt wird. Darüber hinaus hat der Bewertungsausschuss beschlossen, dass die GOP 30401 (Intermittierende apparative Kompressionstherapie) nur bei Vorliegen bestimmter Diagnosen abgerechnet werden kann.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV | 151119**

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

Bridging – künftig nur noch bei Hochrisikopatienten?

Für Patienten, die dauerhaft mit einem oralen Antikoagulantium behandelt werden, ist bei geplanten Operationen ein Bridging mit Heparinen medizinischer Standard. Bisher geht man davon aus, dass ein höheres Risiko für Blutungen unter der Heparin-Überbrückung wegen eines geringeren Risikos für perioperative arterielle Thromboembolien akzeptabel ist. In einer aktuellen kontrollierten Studie ist die Nutzen-Schaden-Bilanz des Bridging bei Patienten mit Vorhofflimmern und Warfarin-Therapie jedoch negativ ausgefallen.

Die industrieunabhängige BRIDGE-Studie ging der Frage nach, welchen Effekt bei Patienten mit Vorhofflimmern und Warfarin-Therapie, die sich einem elektiven Eingriff unterziehen, das alleinige Aussetzen der Antikoagulation im Vergleich zur überbrückenden Heparin-gabe auf das Auftreten arterieller Thromboembolien und auf größere Blutungen hat.

Bei 1.884 Patienten wurde die Therapie mit dem Vitamin-K-Antagonisten fünf Tage vor dem geplanten Eingriff ausgesetzt und am Abend oder Tag nach dem Eingriff fortgeführt. (Bei dem länger wirksamen, in Deutschland üblichen Phenprocoumon wird die Therapie schon sieben Tage vor dem Eingriff abgesetzt.)

In der Interventionsgruppe (950 Patienten) wurde das niedermolekulare Heparin Dalteparin zunächst vor dem Eingriff gegeben, während des Eingriffs ausgesetzt und nach dem Eingriff erneut angesetzt, bis ein INR unter der Warfarin-Therapie von mindestens 2 wieder erreicht wurde. Die Kontrollgruppe erhielt Placebo.

Der primäre Endpunkt arterielle Thromboembolie (Schlaganfall, TIA, systemische Embolie) wurde in der Heparin-Gruppe bei 3 Patienten (0,3 Prozent) und in der Kontroll-Gruppe bei 4 Patienten (0,4 Prozent) innerhalb der ersten

30 Tage nach dem Eingriff erreicht. Hingegen traten größere Blutungen (primärer Sicherheitsendpunkt) bei 29 (3,2 Prozent) der Heparin-Patienten und bei zwölf (1,3 Prozent) der Kontrollpatienten auf. In der Studie war also die Nicht-Heparin-gabe dem Bridging in Bezug auf arterielle Thromboembolien nicht unterlegen und das Risiko für größere Blutungen wurde herabgesetzt.

Sind die Studiendaten übertragbar?

Die Ergebnisse der BRIDGE-Studie legen nahe, dass auf ein Bridging mit einem NMH bei Patienten mit VKA-Therapie bei elektiven Eingriffen verzichtet werden kann. Die generelle Schlussfolgerung muss jedoch eingeschränkt werden:

- Nur wenige Patienten in der Studie hatten einen CHADS₂-Score von 5 oder 6.
- Patienten mit mechanischen/künstlichen Herzklappen, Schlaganfall, systemischen Embolien oder TIAs in den zwölf Wochen vor dem Eingriff, größeren Blutungen 6 Wochen vor dem Eingriff, verminderter Kreatinin-Clearance (< 30ml/min), Plättchenzahl < 105/ml oder mit einer geplanten Herz-OP, Neurochirurgie, großen Krebs-OP und Carotis-Endarteriektomie waren von der Studie ausgeschlossen.
- Das Risiko für arterielle Thromboembolien und für große Blutungen war in beiden Studienarmen gering bis moderat (was gegebenenfalls auf das strenge Studienprotokoll und das Monitoring der Patienten unter der OP zurückzuführen ist).

Fazit: Für Patienten mit nichtvalvulärem Vorhofflimmern ohne weitere Risikofaktoren, also mit einem niedrigen bis mittleren Risiko für thromboembolische Ereignisse (CHADS₂-Score 0-2 und 3-4), könnte zukünftig auf das Bridging mit NMHs bei geplanten Eingriffen verzichtet werden. Für andere Patienten lässt sich aus der BRIDGE-Studie keine Empfehlung ableiten. Eine Anpassung der Leitlinien ist zu erwarten. ■ HON

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

Kombipräparate in der Hypertonie-Behandlung unwirtschaftlich

Für die Behandlung der Hypertonie sind zahlreiche Kombinationspräparate mit ACE-Hemmern oder Sartanen im Angebot. Doch Vorsicht: Das Verordnen dieser Präparate kann unwirtschaftlich sein, weil sie zwei- bis dreimal so teuer sind wie die Summe der jeweiligen Einzelpräparate. Mit den Kombinationspräparaten können Pharmaunternehmen die Festbetragsgruppen umgehen und ihre „Originalpräparate“ zu einem freien Preis vermarkten. Mitunter sind die Festbeträge für die Kombinationspräparate auch höher als die Summe der Einzelpräparate.

Mit der Einführung von Sincronium, einer Kombination aus Ramipril, Atorvastatin und ASS, hatte der GKV-Spitzenverband mitgeteilt, dass die Verordnung des Kombinationspräparates im Vergleich zur Verordnung der Einzelpräparate unwirtschaftlich sei. Gleiches gelte nach Auskunft

der Krankenkassen in Nordrhein auch für andere Kombinationspräparate zur Behandlung der Hypertonie. Wir empfehlen daher, den Einsatz der Kombinationspräparate kritisch zu prüfen und Patienten auf der freien Kombination der Einzelpräparate zu lassen, wenn die Verordnung der Einzelpräparate ausreichend ist.

Allerdings: Mit Kombinationspräparaten kann die Adhärenz von Patienten zur Medikation gesteigert werden. Dies geht aus den Ergebnissen von Studien hervor, in denen die Therapietreue anhand eines validierten Fragebogens (zum Beispiel Morisky Adherence Questionnaire, MAQ) erhoben wurde. Ein Nachweis der Adhärenz anhand von Verwaltungsdaten oder sogar ein verbessertes Outcome von kardiovaskulären Endpunkten durch den Gebrauch dieser Kombinationspräparate steht jedoch noch aus. ■ HON

Teure Kombipräparate

Die Tabelle zeigt am Beispiel der Hypertonie-Behandlung den Preissprung bei Fixkombinationen im Vergleich zur freien Kombination der Generika. So können beispielsweise bei der Verordnung von Amlodipin und Valsartan als Einzelpräparat zwei Drittel der Verordnungskosten gegenüber der Fixkombination Exforge oder Dafiro gespart werden.

Präparat (Wirkstoffe)	AVP [Euro] 98/100 Stück	Anteil
Exforge, Dafiro 5/160 (Amlodipin/Valsartan)	122,72	100 %
Exforge HCT, Dafiro HCT (Amlodipin/Valsartan/HCT) 5/160/12,5	122,72	100 %
Amlodipin 5 plus Valsartan HCT 160/12,5 (Generika), Summe	40,12	33 %
Delmuno 5/5 (Felodipin/Ramipril)	80,69**	100 %
Unimax 5/5 (Felodipin/Ramipril)	84,67**	105 %
Felodipin 5 plus Ramipril 5 (Generika), Summe	46,20	57 %
Tarka 180/2 (Verapamil/Trandolapril)*	76,49**	-
Vocado, Sevikar 20/5 (Olmesartan/Amlodipin)*	103,65	-
Sincronium 100/20/10 (ASS/Atorvastatin/Ramipril)	97,70	100 %
ASS 100 plus Atorvastatin 20 plus Ramipril 10 (Generika), Summe	37,67	38 %
Ramipril Hexal plus Amlodipin (Festbetrag)	59,86**	100 %
Ramipril 10 plus Amlodipin 5 (Generika), Summe	29,57	49 %

Preise Lauertaxe, Stand: 15. August 2015

*Trandolapril und Olmesartan stehen weiterhin unter Patentschutz. Hier müsste auf einen generischen ACE-Hemmer bzw. auf ein generisches Sartan ausgewichen werden.

** Festbetrag

Zehn Jahre ambulante Palliativversorgung in Nordrhein

Die Strukturen für eine nahezu flächendeckende allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Nordrhein wurden vor zehn Jahren geschaffen. Beim Palliativkongress Mitte September warf die KV Nordrhein mit allen Beteiligten – Palliativärzten, Palliative-Care-Teams, Palliativpflege- und Hospizdiensten – einen Blick in die Vergangenheit, aber auch in die Zukunft.

Über 150 Teilnehmer folgten am 12. September der Einladung zum Palliativkongress ins Haus der Ärzteschaft. Sie nutzten den Kongress, um sich über die Entwicklung und die Zukunftsperspektiven der Palliativversorgung im Rheinland auszutauschen. Dank der guten ambulanten Palliativversorgung in Nordrhein wird der Wunsch vieler Schwerstkranker Realität: zu Hause sterben, würdevoll und selbstbestimmt.

NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens betonte in ihrer Eröffnungsrede die große gesellschaftliche Bedeutung dieses Versorgungsbereiches und lobte Ärzte wie Pflegekräfte für ihr Engagement: „Wir haben in NRW sehr gute und von allen Beteiligten breit getragene Strukturen, die sich im Bundesvergleich sehen lassen können. Sie ermöglichen ein würdiges Ster-

ben in einem Umfeld, das den Wünschen und Bedürfnissen der Patienten entspricht.“ Angesichts der gesellschaftlichen Veränderungen sei laut Ministerin Steffens zugleich eine laufende Weiterentwicklung der Strukturen wichtig.

So stellen insbesondere der Trend zu Singlehaushalten sowie die zukünftige Versorgung ländlicher Regionen eine große Herausforderung dar. „Die Palliativarbeit der Zukunft erfordert aber ebenfalls, dass wir Pflegenden ausreichend Zeit für die Patientenbehandlung ermöglichen“, so Steffens.

Herausragende Strukturen

Auch der Vorsitzende der KV Nordrhein, Dr. med. Peter Potthoff, stellte die herausragenden Strukturen der Palliativversorgung

Mehr als 150 Teilnehmer haben den Kongress besucht.

Matthias Mohrmann, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg, betonte die Vorreiterrolle von NRW bei der Palliativversorgung.





fest, die es im Rheinland seit zehn Jahren ermöglichen, Schwerstkranke in ihrer letzten Lebensphase im heimischen Umfeld ärztlich zu versorgen. „Durch die ambulanten Versorgungsstrukturen, die wir mit den nordrheinischen Krankenkassen gemeinsam erarbeitet haben, konnten wir allein im vergangenen Jahr knapp 25.000 Patientinnen und Patienten in der allgemeinen Palliativversorgung ambulant betreuen. Nur etwa 15 Prozent der Patienten verstarben in einem Krankenhaus“, so Potthoff. Betreut wurden die Patienten dabei unter anderem von rund 1.500 nordrheinischen Haus- und Fachärzten. „Die Palliativversorgung ist eine multiprofessionelle Leistung, die erhalten bleiben muss. Nur so können die Palliativpatienten auch künftig umfassend versorgt werden“, sagte der KV-Chef.

Von einer „Erfolgsgeschichte“ sprach Matthias Mohrmann, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg, als er in seinem Vortrag auf die Entwicklung der hiesigen Palliativversorgung zurückblickte und hierbei vor allem die Vorreiterrolle NRW betonte. Sein Fazit: Die Versorgung in Nordrhein sei der bundesweiten Versorgung um zehn Jahre voraus. Künftiges Verbesserungspotenzial biete laut Mohrmann dabei die Versorgungsintegration von Menschengruppen, die nicht mit dem deutschen Gesundheitssystem vertraut sind, zum Beispiel Migranten. „Eine wichtige Zukunftsfrage wird sein, wie wir diese Menschen er-

reichen und rechtzeitig über unsere Angebote informieren können“, sagte Mohrmann.

Sehr gute Zusammenarbeit

Dass die Lebensqualität schwerstkranker Patienten so lange wie möglich erhalten bleiben müsse, betonte auch Dirk Ruiss, Leiter des NRW-Landesverbandes der Ersatzkassen (vdek). Die Palliativversorgung sei deshalb ein für die Ersatzkassen besonders wichtiges Thema. Ein bedeutendes Entwicklungsfeld für die Zukunft sieht der vdek-Landeschef dabei in der Patientenführung beim Übergang von kurativer Versorgung zur Palliativversorgung. „NRW hat das Potenzial, auch weiterhin Impulsgeber für die Palliativversorgung der Bundesrepublik zu sein“, so Ruiss.

Dr. Birgit Wehrauch, Staatsrätin a. D. und ehemalige Vorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e. V., ging auf die Neuregelungen des geplanten Hospiz- und Palliativgesetzes ein. Wichtig wäre es, dass die in Nordrhein etablierten Qualitätsstandards erhalten blieben und nicht abgesenkt würden. Die Bundesebene sollte die bereits etablierten Strukturen berücksichtigen und zur Orientierung nutzen.

Zu den weiteren Referenten des Kongresses zählten auch Gäste aus der Pflege und der Hospizarbeit sowie für die Palliativversorgung verantwortliche Ärzte aus regionalen Versor-

Barbara Steffens, Gesundheitsministerin von NRW, betonte, wie wichtig eine stete Weiterentwicklung der Strukturen sei.

Dr. Birgit Wehrauch, ehemalige Vorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes, setzt sich für den Erhalt der in Nordrhein etablierten Qualitätsstandards ein.

AAPV-Vertragsregionen



rot = Vertragsregionen

SAPV-Vertragsregionen



rot = Vertragsregion
schraffiert = Vertrag in Vorbereitung

gungsnetzen. Einer davon war Reiner Cremer. Der palliativmedizinisch qualifizierte Hausarzt aus Troisdorf betonte, wie gut die Zusammenarbeit im ansässigen Versorgungsnetz funktioniert und wie wichtig eine entsprechende Fortbildung für einen Hausarzt sei. „Als ich vor Jahren zu der palliativmedizinischen Basisfortbildung eingeladen wurde, hatte ich – unter uns gesagt – kein sonderliches Interesse. Ich darf Ihnen heute sagen, dass die Fortbildung mein hausärztliches Schaffen sehr verändert hat und ich dankbar bin, diesen Weg gegangen zu sein.“ Diese Fortbildung könne er jedem Arzt nur weiterempfehlen.

Cremer ist wichtig, dass bei der Wahl der Therapie und Versorgung das Interesse des Patienten an erster Stelle steht – vor dem Interesse des Arztes. „Ich frage den Patienten, was er will, und zeige mögliche Konsequenzen dieser Entscheidung auf.“ Im Austausch mit dem Kran-

kenhaus legt Cremer besonderen Wert auf persönlichen Kontakt zwischen Krankenhausärzten und Hausärzten. Grund: Dem Hausarzt sind soziale und persönliche Aspekte des Patienten bereits im Vorfeld bekannt. „Damit erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass im Sinne des Patienten gehandelt wird“, so Cremer weiter.

Auf die Wichtigkeit der guten Vernetzung wies auch Veronika Schönhofer-Nellessen, Leiterin der Servicestelle Hospiz der Städteregion Aachen, hin. Die wertschätzende Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Akteure auf Augenhöhe sei Voraussetzung für eine gute Versorgung der Patienten. Entscheidungen müssten nicht nur anlassbezogen getroffen werden, sondern vorausschauend ausgerichtet sein.

■ CHRISTOPHER SCHNEIDER | SIMONE HEIMANN

Die Vorträge des Kongresses können Sie im Internet unter www.kvno.de herunterladen. | [KV | 151124](https://www.kvno.de)

„Viel erreicht – aber noch nicht am Ziel“

Dr. Udo Kratel

In der Palliativversorgung in Nordrhein engagieren sich 1.443 Haus- und Fachärzte mit der Basiskurs-Qualifikation, flankiert von 378 qualifizierten Palliativ-Ärzten. Dank deren professionellen Engagements gelingt es, Tausende von Patienten unter Erhalt der bestmöglichen Lebensqualität bis zuletzt in ihrer Häuslichkeit zu betreuen. Dr. Udo Kratel ist als Leiter des Palliativteams in Dormagen aktiv beteiligt.



Dr. Udo Kratel

Zehn Jahre ambulante Palliativversorgung in Nordrhein: Dass dies eine besondere Erfolgsgeschichte für unsere Region darstellt, darin sind sich alle beteiligten Akteure einig. Die 38 Netzwerke der AAPV

und die 23 SAPV-Teams widmen sich – Seite an Seite mit dem hospizlichen Ehrenamt – der intensivierten Betreuung Schwerstkranker und Sterbender in ihrem vertrauten Milieu. Die Zahlen sprechen für sich: In den meisten Fällen liegt der „letzte Lebensort“ zu Hause oder im Pflegeheim – in den Kliniken verstarben nur noch 16 bis 28 Prozent der Patienten.

Eine Erfolgsgeschichte wahrlich, auf die wir bei unserem Rückblick zu Recht stolz waren. Auch bundesweit findet die Palliativversorgung in Nordrhein Beachtung, Anerkennung und sicher bald auch Verbreitung: Viele Kernelemente der nordrheinischen AAPV sind im aktuellen Entwurf des Hospiz- und Palliativgesetzes verankert, getreu dem Motto „Gute Projekte soll man ruhig kopieren.“

Aber wo Licht ist, gibt es bekanntlich auch Schatten: Weiterhin kann von einer wirklich flächendeckenden Palliativversorgung auch in Nordrhein (noch) nicht die Rede sein. Im-

mer noch gibt es einige „weiße Flecken“ auf der Landkarte, wo den Patienten und ihren Angehörigen ein Zugang zu AAPV und SAPV vor Ort verwehrt bleibt.

Auch haben die aktualisierten AAPV-Verträge noch Verbesserungspotenzial: Netzwerk-Koordinationsstellen fehlen in den Ersatzkassen-Verträgen und die Demenz-Patienten mit palliativen Problemen müssten stärker berücksichtigt werden. In der SAPV sind die Hürden für neue Teams zu hoch. Der seit 2007 unveränderte SAPV-Vertrag bedarf dringend einer Weiterentwicklung und Anpassung der Honorare in dieser qualitativ höchsten Versorgungsstufe, die ohnehin den 23 bestehenden Teams größten Einsatz rund um die Uhr abverlangt. Immerhin: KV Nordrhein und Krankenkassen beziehen die beteiligten Ärzte und Pflegeteams, die sich im Verbund der SAPV-Teams (VSTN) organisiert haben, in die Gespräche über Anpassungen mit ein.

Jenseits aller Vertragsparagrafen muss vor allem ein Aspekt betrachtet und beachtet werden: Alle Strukturen haben sich radikal an den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren, wie es auch die nationale Charta zur Betreuung Schwerstkranker und Sterbender vorsieht. So gilt für die kommenden zehn Jahre Palliativversorgung in Nordrhein: Es gibt noch sehr viel zu tun. Nur gemeinsam können wir die Aufgaben meistern, die vor uns liegen.

Änderungen an der Notdienstordnung

Auf dem Weg zu einer Neustrukturierung des ambulanten Notdienstes hat die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein weitere Weichen gestellt: Die Delegierten stimmten in einer Sondersitzung am 26. September einstimmig einem Antrag des Notdienstausschusses der Vertreterversammlung zu, der Änderungen an der gemeinsamen Notfalldienstordnung von KV und Ärztekammer Nordrhein vorsieht. Über die Änderungen hat im November auch noch die Kammerversammlung zu entscheiden.

Dass sich die Delegierten der nordrheinischen Ärztekammer gegen die Änderungen aussprechen werden, sei „unwahrscheinlich“, befanden ärztliche Fachmedien bei ihrer Berichterstattung über die VV. Dies liegt nicht nur an der Einigkeit unter den Delegierten der KV: Die beschlossenen Änderungen wurden im Vorfeld der VV zwischen KV- und Kammerv Vertretern intensiv besprochen und konsentiert. Wenn die Kammerversammlung zustimmt, bleibt es bei einer gemeinsamen Notdienstordnung von KV und Kammer – mit einigen wesentlichen Ergänzungen.

Wichtig ist unter anderem die Erweiterung der Präambel, in der es jetzt analog zu den im Juni getroffenen Beschlüssen der VV heißt, dass der ärztliche Notdienst „zur Verbesserung der Versorgung auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit Ärzten und zugelassenen Krankenhäusern sichergestellt werden kann“. Damit trägt der Text der Notdienstordnung den Beschlüssen Rechnung, die die VV Ende Juni gefasst hat.

Vorgesehen ist, im allgemeinen ärztlichen Sitzdienst für Erwachsene eine Kooperation mit Krankenhäusern zu ermöglichen, bei der die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ihren Notdienst in Klinikräumen leisten. An einem entsprechenden Rahmenvertrag mit der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) wird derzeit gearbeitet. Spätes-

tens im Frühjahr nächsten Jahres soll in der Region Bonn/Rhein-Sieg/Euskirchen ein Pilotprojekt starten, welches über mehrere Quartale getestet wird. Danach wird die VV darüber zu befinden haben, ob sie das Konzept auf ganz Nordrhein ausdehnen möchte.

Gleichmäßige Dienstbelastung

Eine weitere wichtige Modifikation der Notdienstordnung besteht in der durch die Beschlüsse zur Neustrukturierung notwendig gewordenen Ergänzung, dass die Größe der Notdienstbezirke so gewählt werden soll, „dass eine möglichst gleichmäßige Belastung der zum Dienst Verpflichteten erreicht wird“ – immerhin eines der zentralen Ziele der Neustrukturierung des Notdienstes, unabhängig von deren Ausgestaltung im Detail. Dabei wird unterschieden zwischen dem „Sitzdienst im allgemeinen ärztlichen Notdienst, dem fachärztlichen Notdienst für Kinderärzte und dem Augen- und HNO-Notdienst sowie dem Fahrdienst“.

Ein weiteres Thema der Sitzung war die Versorgung der Flüchtlinge in Nordrhein. In seinem Bericht ging Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, auf einen neuen Vertrag ein, den die KVen in Nordrhein und Westfalen-Lippe mit dem Land Nordrhein-Westfalen abgeschlossen haben und der seit dem 1. Oktober gilt (siehe dazu Seite 16). Der Vertrag re-

gelt die Bedingungen, unter denen Flüchtlinge und Asylbewerber in den zentralen Einrichtungen des Landes von Ärztinnen und Ärzten behandelt werden können, unter anderem etwa die Abrechnung und Vergütung von ärztlichen Leistungen sowie die kurative Behandlung der Flüchtlinge.

Auch Ehemalige können sich beteiligen
Am Vertrag teilnehmen können niedergelassene Ärzte, aber auch Ärzte, die nicht beziehungsweise nicht mehr an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt sind – also beispielsweise auch Ärzte, die bereits im Ruhestand sind. Statt der Abrechnung über die Bezirksregierung Arnsberg ist es durch den Vertrag möglich, dass die Abrechnungen über die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein erfolgen. „Wir haben uns bei den Verhandlungen dafür eingesetzt, die Teilnahme so einfach und unbürokratisch wie möglich zu machen“, sagte Potthoff.

Der KV-Chef zeigte sich darüber hinaus zufrieden mit den vereinbarten Bedingungen für den ärztlichen Einsatz – auch bei der Honorierung der Erstuntersuchungen oder Impfleistungen. Gleichwohl folgte eine Debatte über die Honorierung der Flüchtlingsversorgung – eine Debatte, in die sich ein gewisses Unbehagen mischte, das Dr. med. Frank Bergmann, Vorsitzender der Vertreterversammlung, zum Ausdruck brachte.

Bergmann appellierte an die Delegierten, die enorme Hilfsbereitschaft vieler Mediziner nicht von einer speziell an der Honorierung orientierten Diskussion bei der Versorgung der Flüchtlinge in den Hintergrund zu rücken: „Wir sollten aufpassen, nicht in zwei Lager eingeteilt zu werden mit „guten“ Ärzten auf



der einen Seite, die vor allem helfen wollen, und anderen, die Eigeninteressen in den Vordergrund stellen.“

Die Neustrukturierung des ambulanten Notdienstes in Nordrhein schreitet weiter voran.

Gesundheitskarte für Flüchtlinge

Im weiteren Verlauf der VV nahm Potthoff noch Stellung zum Entwurf des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes. „Hier fehlt uns eine Beteiligung der KVen“, betonte Potthoff. Ärzte hätten bei der geplanten Gesundheitskarte für Flüchtlinge das Problem, beim Einsatz der Karte in der Praxis nicht erkennen zu können, ob ein eingeschränkter Leistungsanspruch besteht. „Insofern können wir nur alle Patienten, Flüchtlinge und GKV-Versicherte mit der Gesundheitskarte, gleich behandeln. Hier muss für die Ärzteschaft Rechtssicherheit geschaffen und mögliche Regressansprüche müssen ausgeschlossen werden“, so Potthoff.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Die Beschlüsse der Vertreterversammlung finden Sie unter www.kvno.de | KV | 151127

Der Teufel steckt im Detail

Im Juli hat das Bundeskabinett den Entwurf des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen (Anti-Korruptionsgesetz) verabschiedet. Anlass für die Initiative aus dem Haus von Justizminister Heiko Maas (SPD) war ein Urteil des Bundesgerichtshofs.

Das Gericht hatte 2012 entschieden, dass die Korruptionstatbestände des Strafgesetzbuchs für Vertragsärzte nicht anwendbar sind. Hierdurch entstanden aus Sicht der Regierung Lücken bei der strafrechtlichen Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, die der nun vorliegende Gesetzentwurf schließen soll.

Bestechlichkeit und Bestechung

Nach dem Willen der Regierung sollen heilberufliche Verordnungs-, Abgabe- und Zuweisungsentscheidungen frei von unzulässiger Einflussnahme getroffen werden. Künftig sollen sowohl die Vorteilsnahme durch Angehörige eines Heilberufs als auch die aktive Vorteilsgewährung bei Mitgliedern dieser Berufsgruppe unter Strafe stehen. Dies wird über zwei neue Bestechungstatbestände im Strafgesetzbuch (StGB) geregelt: Paragraph 299a (Bestechlichkeit im Gesundheitswesen) und Paragraph 299b (Bestechung im Gesundheitswesen).

Der Tatbestand der Bestechlichkeit ist nach dem Gesetzesentwurf erfüllt, wenn ein Angehöriger eines Heilberufs im Zusammenhang mit seiner Berufsausübung einen (materiellen oder immateriellen) Vorteil für sich oder einen Dritten fordert, sich versprechen lässt oder annimmt. Ferner muss er als Gegenleistung für diesen Vorteil bei der Verordnung oder der Abgabe von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln einen Wettbewerber unlauter bevorzugen bzw. hierbei seine Pflicht zur Wahrung der heilberuflichen Unabhängigkeit verletzen. Dies gilt auch bei der Zuführung von

Patienten bzw. Untersuchungsmaterial. Juristen sprechen in solchen Fällen davon, dass eine Unrechtsvereinbarung vorliegt.

Spiegelbildlich zur Annahme von Vorteilen plant die Regierung auch die aktive Bestechung von Angehörigen eines Heilberufs unter Strafe zu stellen, die mit den oben genannten unzulässigen Zielen und Mitteln erfolgt.

Kongresseinladungen sind kritisch

Aus Sicht der Regierung sind künftig beispielsweise die Annahme bzw. das Gewähren von Kongresseinladungen und die Kostenübernahme bei Fortbildungsveranstaltungen kritisch zu sehen. Gleiches gilt für die Vereinbarung von Vermögens- bzw. Gewinnbeteiligungen, zum Beispiel „wenn ein Arzt einem Unternehmen, an dem er selbst beteiligt ist, einen Patienten zuweist und er dafür wirtschaftliche Vorteile, etwa eine Gewinnbeteiligung, erhält“.

Aber auch die Annahme von Verdienstmöglichkeiten im Zuge einer vergüteten Anwendungsbeobachtung „als Bestechungsgeld für die bevorzugte Verordnung bestimmter Präparate“ wird als unzulässiges Beispiel genannt. Aufwandsentschädigungen für Anwendungsbeobachtungen sollen künftig zwar weiter möglich sein, sie sind allerdings „in Art und Höhe so bemessen, dass kein Anreiz für eine bevorzugte Verschreibung bestimmter Arzneimittel entsteht“.

Dabei sieht der Entwurf keine generelle Geringswertigkeits- oder Bagatelldgrenze für die

angenommenen Vorteile vor. Ausgenommen sind lediglich geringfügige Werbegeschenke oder kleine Präsenten von Patienten, die „objektiv nicht geeignet sind, konkrete heilberufliche Entscheidungen zu beeinflussen“.

Kooperationen sind gewünscht

Auch als Reaktion auf die Kritik der Ärzteschaft am ersten Referentenentwurf stellt der Regierungsentwurf nun klar, dass „berufliche Zusammenarbeit [sprich: Kooperation] gesundheitspolitisch grundsätzlich gewollt ist“. Bei Verträgen im Rahmen der vor- und nachstationären Versorgung und des ambulanten Operierens, der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und der integrierten Versorgung ist die „Gewährung angemessener Entgelte für die in diesem Rahmen erbrachten heilberuflichen Leistungen und die Verschaffung entsprechender Verdienstmöglichkeiten zulässig“.

Die Frage, welches Entgelt für welche (Kooperations-)Leistungen angemessen ist, wird im Entwurf allerdings nicht geklärt. Nur so viel: Es muss in „wirtschaftlich angemessener Höhe nachvollziehbar festgelegt worden sein“ und darf keine „versteckte Zuweiserprämie“ enthalten.

Der Teufel steckt also im Detail: „Es fehlt uns in dem Entwurf an Trennschärfe zwischen erlaubter und vom Gesetzgeber ausdrücklich gewünschter Kooperation und strafbaren Handlungen“, kritisiert Dr. med. Peter Pott-hoff, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. „Der Gesetzgeber bemüht sich um Rechtssicherheit, aber in der Praxis führen neue, unbestimmte Rechtsbegriffe im Zweifel dazu, dass sinnvolle und für die Behandlung von Patienten naheliegende Kooperationen behindert werden“, so Pott-hoff weiter.

Als Strafrahmen sieht der Regierungsentwurf eine Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder eine Geldstrafe vor. In schweren Fäl-



© fotolia | Igor Mojzes

len soll dieser Rahmen auf bis zu fünf Jahre erhöht werden. Ebenso wie bei den anderen Korruptionstatbeständen im Strafgesetzbuch, handelt es sich bei den Paragrafen 299a und 299b StGB prinzipiell um Antragsdelikte. Die Staatsanwaltschaft wird also erst nach Antrag tätig – es sei denn, es besteht ein besonderes öffentliches Interesse an der Strafverfolgung. Einen Strafantrag stellen können neben den Geschädigten die betroffenen Gewerbetreibenden sowie alle zuständigen Körperschaften der Heilberufe, Berufsverbände und Kranken- bzw. Pflegekassen.

Weiterer Fahrplan

Nach einer ersten Diskussion des Entwurfs im Bundesrat scheint es aus den Ländern nur wenig Veränderungsbedarf zu geben. Es ist also davon auszugehen, dass das Anti-Korruptionsgesetz nach der Verbändeanhörung im Oktober und den abschließenden Lesungen in Bundestag und Bundesrat, die für Dezember terminiert sind, Ende 2015, spätestens aber Anfang 2016 in Kraft tritt. ■ SIMONE GRIMMEISEN

Im Strafgesetzbuch soll es künftig zwei Paragraphen geben, die Korruption im Gesundheitswesen bekämpfen sollen, ohne gewünschte Kooperationen zu tangieren.

Nordrhein überall barrierearm

Im Frühjahr bat die KV Nordrhein rund 13.000 Praxen um aktuelle Angaben über den Status der Barrierefreiheit. Fast 60 Prozent der Angeschriebenen haben geantwortet. Die Quote ist beeindruckend und zeigt die hohe Sensibilität der Vertragsärzte für die Belange von Menschen mit Behinderung.

Im Folgenden stellen wir die zentralen Ergebnisse der Befragung vor:

Arztfinder ist aktualisiert und ergänzt

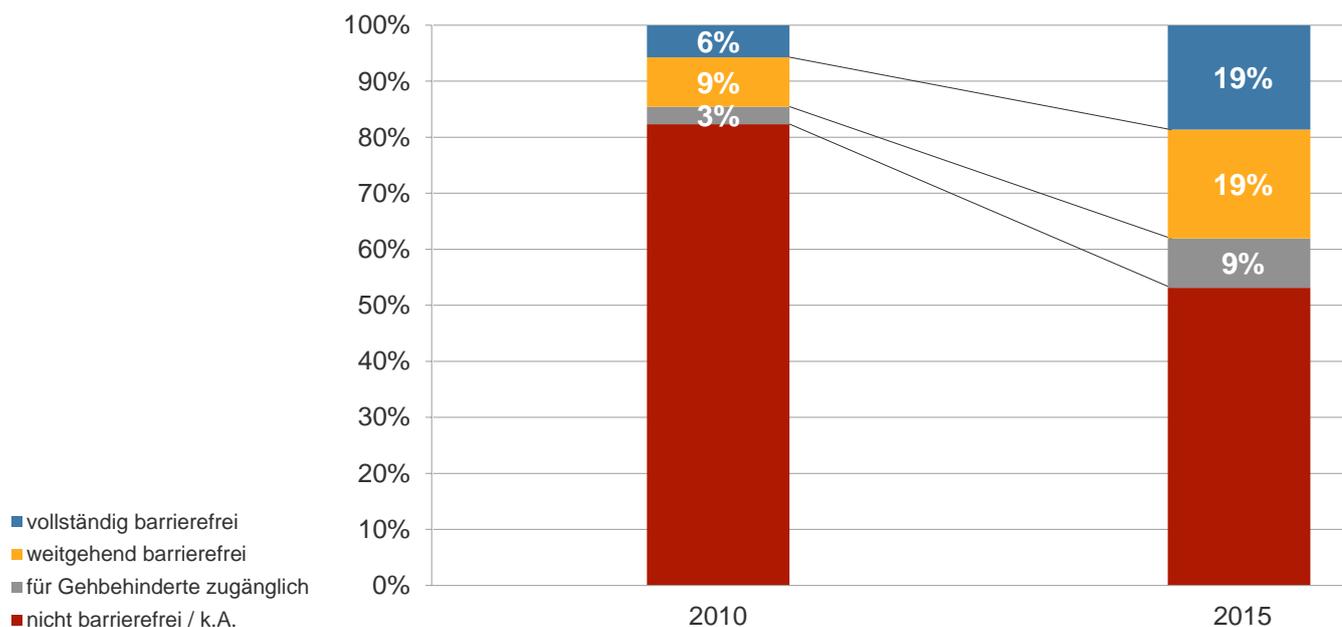
Auf Basis der Rückläufe konnten über 5.000 Datensätze aktualisiert bzw. ergänzt werden. Zudem wurden erstmals weitergehende Information erfasst: Welche Praxen bieten Hilfen für hör- und sehgeschädigte Patienten an? Welche verfügen über Behindertenparkplatz? Welche über barrierefrei zugängliche Sanitäranlagen? Im Ergebnis stehen allen Patienten nun aktualisierte und umfassendere Informationen über den Online-Arzt- und Psychotherapeutenfinder zur Verfügung (www.kvno.de).

Mehr barrierearme Praxen

Die Zahl der barrierearmen Praxen in Nordrhein hat sich seit 2010 verdreifacht: von 2.262 auf 6.222 Praxen. Auch die Zahl der vollständig barrierefreien Praxen ist in den letzten fünf Jahren um den Faktor 3,4 gestiegen: von 735 auf 2.471. Diese Praxen erfüllen die einschlägige Baunorm DIN 18040-1.

Aktuell ist etwa die Hälfte der nordrheinischen Praxen barrierearm zugänglich bzw. entsprechend ausgestattet. 2010 waren es nur 18 Prozent (siehe Abbildung 1). Diese Anteile sind Mindestquoten. 40 Prozent der Praxen haben sich nicht an der Befragung beteiligt. Sie müs-

Abbildung 1: Mindestanteil barrierearmer Praxen



sen somit der Kategorie „keine Angabe/nicht barrierefrei“ zugeordnet werden. Tatsächlich aber dürften auch etliche dieser Praxen barrierearm oder sogar gänzlich barrierefrei sein. Im Ergebnis liegt der tatsächliche Anteil der barrierearmen Praxen in Nordrhein daher sicherlich deutlich über 50 Prozent.

Barrierefreie Hausarztversorgung

Eine räumliche Analyse zeigt, dass jeder nordrheinische Patient im Umkreis von 1 km um seinen Wohnbereich (= Postleitzahl-Bereich) eine vollständig bzw. weitgehend barrierefrei zugängliche Hausarztpraxis vorfindet (siehe Abbildung 2). In den meisten Wohnbereichen Nordrheins stehen gleich mehrere zur Auswahl, so dass auch für Patienten mit Behinderung die freie (Haus-)Arztwahl gewährleistet ist – auch wenn noch nicht alle Praxen barrierearm zugänglich bzw. ausgestattet sind.

In Barrierefreiheit investiert

Praxen, die zwischen 2010 und 2015 aus der Versorgung ausgeschieden sind („Aussteigerpraxen“), schnitten in puncto Barrierefreiheit deutlich schlechter ab als Praxen, die im selben Zeitraum neu zur vertragsärztlichen Versorgung hinzugekommen sind („Einsteigerpraxen“); das zeigt Abbildung 3. Dies dürfte auch darauf zurückzuführen sein, dass nach der Landesbauordnung NRW Praxisneubauten und auch genehmigungspflichtige Umbauten einer Bestandspraxis das Kriterium der Barrierefreiheit gemäß DIN erfüllen müssen.

Die Analyse verdeutlicht allerdings auch, dass sich die „Einsteigerpraxen“ in Bezug auf die Variable Barrierefreiheit kaum vom Durchschnitt aller Praxen im Jahr 2015 unterscheiden. Neue Praxen sind also nicht per se „barriereärmer“ als die Bestandspraxen. Mit anderen Worten: Auch die Bestandspraxen haben in großem Umfang in den Abbau von Barrieren investiert. Oft helfen bereits kleine Schritte, um Barrieren in der Praxis abzubauen. Beispiele finden Sie unter www.kvno.de/barrierearm

Fachgruppe und Praxisform

Beim Thema Barrierefreiheit gibt es beträchtliche Unterschiede zwischen den Fachgruppen (siehe Abbildung 3): Geräte- und technikintensive Praxen erfüllen laut Umfrageergebnis

Abbildung 2: Barrierefreie Versorgung vor Ort

Anzahl barrierefreier Hausarztpraxen im Umkreis von 1 km um den Patientenwohntort.

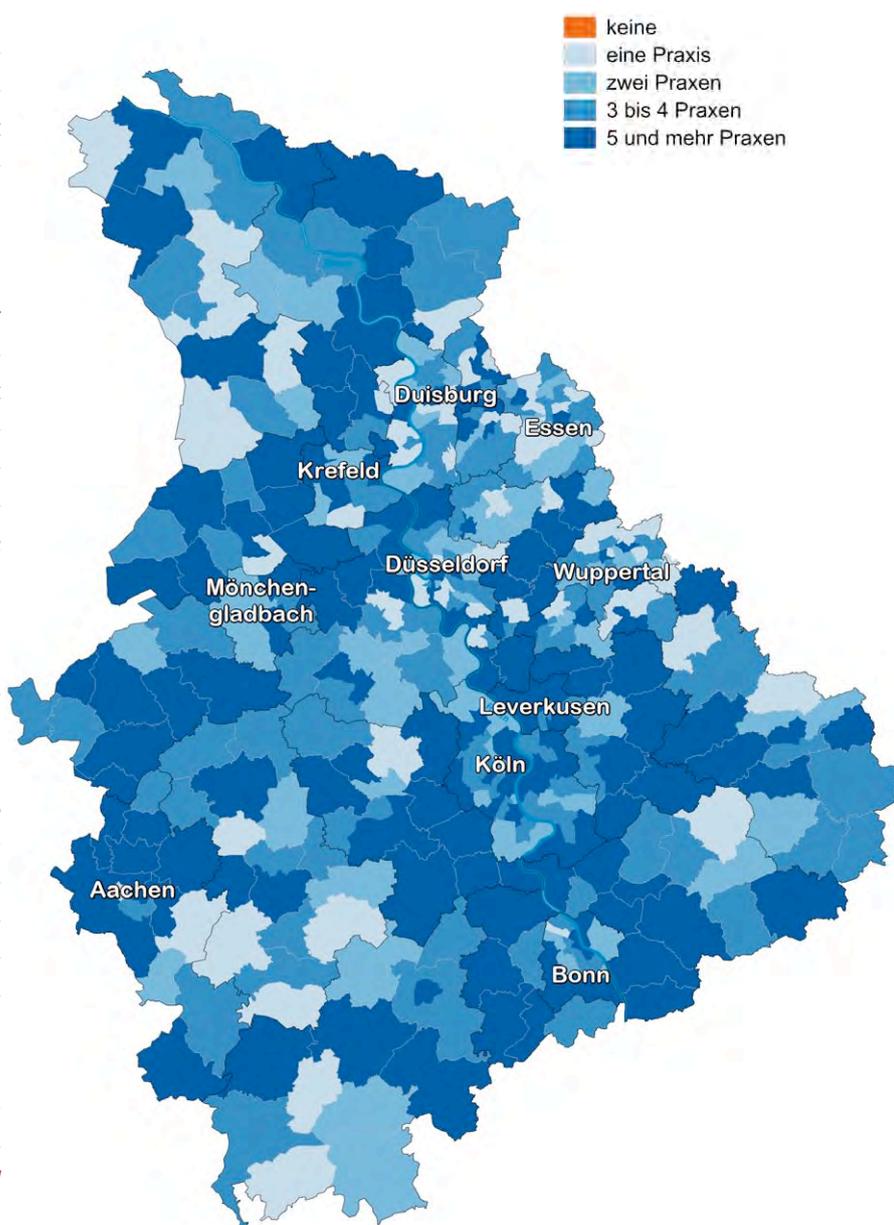
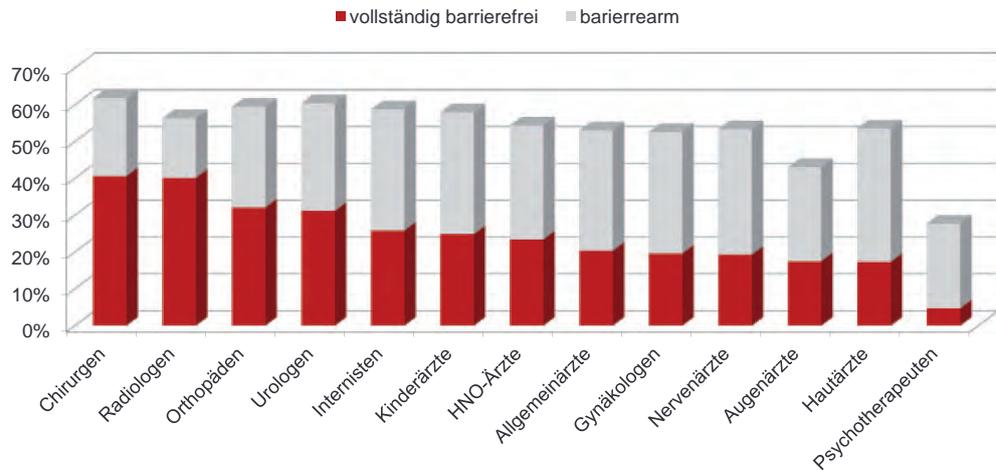


Abbildung 3: Barrierefreiheit nach Fachgruppen



deutlich häufiger die Kriterien einer vollständigen Barrierefreiheit. Weniger Varianz zwischen den Fachgruppen gibt es in der „weicheeren“ Kategorie der barrierearmen Praxen: Hier liegen nahezu alle Fachgruppen bei einer Mindestquote zwischen 50 und 60 Prozent. Ausnahme: die psychotherapeutischen Praxen, die nur vergleichsweise selten über einen barrierearmen Zugang verfügen.

Auch die Praxisform beeinflusst offenbar den Status der Barrierefreiheit: Kooperative Praxisformen wie Medizinische Versorgungszentren und Berufsausübungsgemeinschaften sind deutlich häufiger vollständig barrierefrei bzw. barrierearm als Einzelpraxen. Dies dürfte vor allem darauf zurückzuführen sein, dass diese Praxen vielfach Neugründungen sind, die einen Raumbedarf haben, der sich in einem Alt- bzw. Bestandsbau kaum realisieren lässt. Sie haben daher in der Regel Neubauten bezogen, die von vornherein unter die gesetzliche Anforderung der Barrierefreiheit gemäß der Landesbauordnung fallen.

Barrierefreiheit auch auf dem Land

Die Auswahl an Praxen ist in der Großstadt meist üppig, in den kleineren und mittleren Städten stellt sich diese Situation zumeist anders dar. Daher ist es umso erfreulicher, dass der (Mindest-)Anteil barrierefreier Praxen in den Klein- und Mittelstädten Nordrheins mit rund 24 Prozent merklich größer ist als in Großstädten, in denen diese Quote nur rund 16 Prozent beträgt.

„Die Ergebnisse der Umfrage sind eindrucksvoll“, sagt Dr. med. Peter Potthoff. Der Vorsitzende der KV Nordrhein dankt allen Kolleginnen und Kollegen, die sich Zeit für das Beantworten der Fragen genommen haben. „Die Praxen im Rheinland haben in den vergangenen Jahren einen großen Schritt beim Abbau von Barrieren gemacht – und dies können wir nun auch mit Zahlen belegen.“

■ SIMONE GRIMMEISEN | MIGUEL TAMAYO

Weitere Analysen unter www.versorgungsreport.de
KV | 151132

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

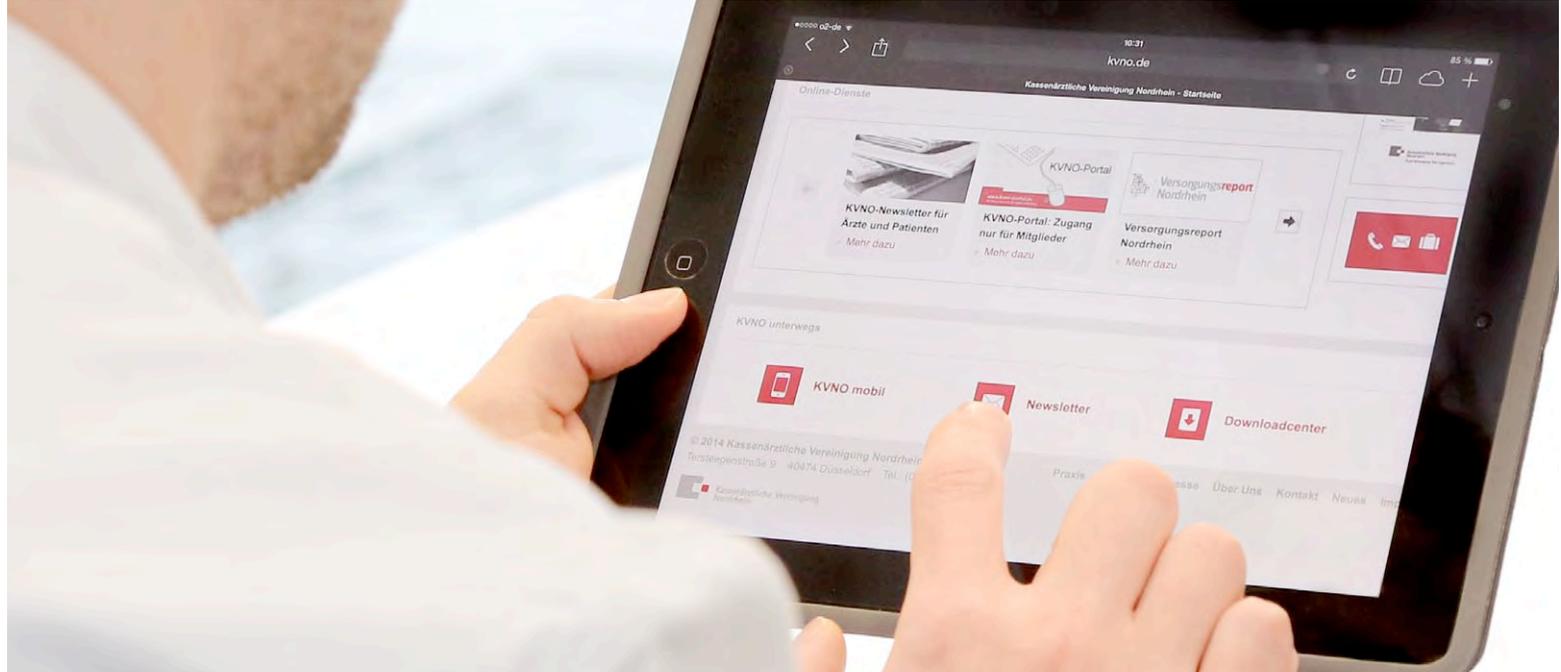
Extra für MFA:

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

Jetzt registrieren!
www.kvno-newsletter.de



Engagiert für Gesundheit.
**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**



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

Demenz – das große Vergessen

Rund 1,4 Millionen Deutsche sind derzeit von Alzheimer oder einer anderen Form der Demenz betroffen – Tendenz steigend. Angesichts dieser Zahlen war es wenig überraschend, dass Interessierte und Angehörige von Betroffenen den Saal im Haus der Ärzteschaft beim Ratgeber Gesundheit der KV Nordrhein und der Rheinischen Post zum Thema „Demenz – das große Vergessen“ füllten.

Der Uhrentest gehört zu den bewährten Mitteln, mit denen Dr. med. Ralf Raßmann feststellt, ob ein Patient Symptome einer beginnenden Demenz hat. Der Facharzt für Allgemeinmedizin aus Düsseldorf zeigte an einer Abbildung bei der Ratgeberveranstaltung, was ihn bedenklich stimmt: Eine Patientin hatte die Zahlen von eins bis zwölf zwar in einen Kreis geschrieben, aber nicht mehr an die richtige Stelle platzieren können. Zu weiteren Anzeichen gehört es laut Raßmann, dass Menschen die zeitliche Orientierung verlieren und nicht mehr wissen, welcher Tag, Monat oder welche Jahreszeit gerade ist.

Fünf Experten informierten die Zuhörer über verschiedene Aspekte des Themas. So wurde etwa ein Ausschnitt eines Films von Dokumentarfilmer Jan Krämer gezeigt, der den Bewohner einer Pflegeeinrichtung über viele Stunden mit der Kamera begleitet hatte. Dr. med. Frank Bergmann, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie sowie Psychotherapie aus Aachen, stellte klar: Demenz ist nicht gleich Demenz. Nicht jeder Betroffene leidet unter Alzheimer, die Ursachen können auch Durchblutungsstörungen oder Depressionen sein.

Sudoku verringert Alzheimer-Risiko

Bergmann befasste sich in seinem Vortrag auch mit derzeitigen und künftigen Therapien. Er erklärte, dass Medikamente den Verlauf der Alzheimer-Erkrankung bisher nur verlangsamen, aber nicht aufhalten können. „Deswegen ist es

bei einer Diagnose wichtig, frühzeitig wichtige Entscheidungen für die Lebensplanung zu treffen, zum Beispiel das Testament und eine Patientenverfügung aufzusetzen“, rät der Neurologe. Viele Faktoren können nach seinen Worten das Alzheimer-Risiko verringern, dazu zählen Bewegung und kognitives Training etwa durch Schach oder Sudoku-Spiele.

Peter Tonk vom Demenz-Servicezentrum Region Düsseldorf und Pfarrer Rainer Kemberg, Angehöriger einer Demenz-Betroffenen sowie Fachberater im Bereich Demenz, stellten Beratungsangebote und Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige und Patienten vor. Die Experten waren sich einig: Alzheimerpatienten sollten möglichst ihre sozialen Kontakte aufrechterhalten und sich mit anderen austauschen. Klar wurde: Die Angehörigen müssen beim Umgang mit Menschen mit Demenz viel Geduld haben, um den Betroffenen, aber auch sich selbst nicht zu überfordern.

■ NATASCHA PLANKERMANN

Infos im Internet unter www.demenz-service-nrw.de
KV | 151135



Um das „große Vergessen“ im Fall von Demenz zu erkennen, haben Interessierte und Betroffene die Ratgeberveranstaltung der KV Nordrhein und der Rheinischen Post besucht.

„Gewalt muss man erkennen lernen“

Im Jahr 2014 gab es laut polizeilicher Kriminalstatistik 3.649 Fälle von Kindesmisshandlung. Viele davon fallen in den Bereich häusliche Gewalt und werden von Eltern, Verwandten oder Bekannten verübt. Die Leiterin des Instituts für Rechtsmedizin im Universitätsklinikum Düsseldorf, Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme, erklärt in einem Interview, wie Ärzte Opfer von Gewalt besser erkennen können und wie sie am besten darauf reagieren.

Wie erkennen Ärzte, wenn Kinder Opfer von Gewalt sind?

Unter dem Begriff Gewalt verstehen wir nicht nur die physische Misshandlung, sondern zum Beispiel auch psychische Gewalt oder Vernachlässigung. Nur die körperlichen Folgen von Gewalt sind für uns direkt sichtbar. Für Kinder ist es jedoch ebenso schlimm, Gewalt mitzuerleben. Sollten Ärzte oder Psychotherapeuten den Verdacht haben, dass es zu häuslicher Gewalt kommt, sollten die Alarmglocken

klingseln. Eine der ersten Fragen muss lauten: Was ist mit den Kindern? Wo waren sie, als es passiert ist? Auch wenn versichert wird, dass den Kindern nichts geschieht, ist das Miterleben genauso schlimm für sie. Wir wissen aus mehreren Untersuchungen, dass in Europa jede vierte Frau mindestens einmal in ihrem Leben Opfer häuslicher Gewalt ist. Das heißt, dass in jeder Praxis Gewaltopfer auftauchen – man muss sie allerdings erkennen.

Wie spreche ich betroffene Frauen am besten an?

Die Kommunikation mit Betroffenen kann eine Herausforderung sein. Kommt eine Frau zu mir mit Hämatomen im Gesicht und berichtet, schlaftrunken gegen den Türrahmen gelaufen zu sein, und ich vermute aufgrund der Befunde, dass das nicht so gewesen ist, muss ich sie darauf sensibel ansprechen. Wichtig ist, zu vermitteln, dass man aufgeschlossen, wertfrei und professionell mit dem Thema umgeht. Für viele Frauen bedeutet es eine große Erleichterung, zu erfahren, dass nicht nur sie allein betroffen sind (was sie oft glauben), und dass Ärztinnen und Ärzte kompetente Ansprechpartner sind. Ich kann also zum Beispiel sagen: „Ich habe Ihre Verletzung untersucht und mir ist einiges noch nicht klar“. Ich sehe öfter Patienten, denen Gewalt angetan wurde, deshalb frage ich mittlerweile routinemäßig danach: „Kann es sein, dass Ihnen Gewalt angetan wurde? Wenn es so wäre, dann können wir gern darüber sprechen.“ Oft brechen die Opfer dann ihr Schwei-

Vita

Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme hat an der Justus-Liebig-Universität in Gießen Medizin studiert und 1988 ihre Approbation erhalten. Seit 1996 ist sie anerkannte Ärztin für Rechtsmedizin und leitet seit 2004 als Direktorin das Institut für Rechtsmedizin im Universitätsklinikum Düsseldorf. Darüber hinaus ist sie Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin.



gen. Dann muss man ihnen beratend zur Seite stehen – und eben unbedingt auch fragen, was mit den Kindern ist, die unter der Situation ebenfalls leiden.

Und dann? Wie soll die Praxis vorgehen?

Wichtig ist ein gutes Netzwerk. Gerade in NRW gibt es ein gutes Netzwerk zur medizinischen Versorgung und vor allem zur psychosozialen Unterstützung Betroffener. Wichtig ist, dass man dieses Netzwerk kennt. Es ist gut, wenn man die Adressen in der Praxis abgelegt hat, dann müssen sie im Fall der Fälle nicht erst gesucht werden. Wir stehen ebenfalls konsiliarisch zur Seite, wenn Praxen Unterstützung bei einem Befund benötigen.

Wie unterscheide ich bei einem Kind zwischen einer Sturz- und einer mutwillig zugefügten Verletzung?

Kinder verletzen sich oft. Es entstehen ständig blaue Flecken durch Stürze oder beim Spielen, das ist ganz normal. Die Abgrenzung zu Misshandlungsfolgen ist oft nicht einfach. Dennoch ist das nicht unmöglich, wenn grundlegende forensisch-traumatologische Kenntnisse da sind, die im Rahmen von Schulungen vermittelt werden können. Es gibt durchaus eindeutige Befunde, die dennoch oft verkannt werden. So werden nicht selten Verletzungen durch Ausdrücken glühender Zigaretten (die nicht ganz selten sind) als „Pickel“ verkannt. Auch Schläge mit einem Stock verursachen ein Verletzungsmuster, das recht leicht zu erkennen ist. Man muss solche typischen Verletzungsmuster eben nur kennen.

Spielt auch der Ort der Verletzung eine Rolle?

Ja, die Lokalisation liefert wichtige Hinweise. Wenn ein Kind zum Beispiel in beiden Achseln ausgeprägte blaue Flecke hat, dann ist ein Sturz als Ursache unwahrscheinlich. Viel wahrscheinlicher ist eine Entstehung durch sehr festes Zupacken. Zur Erkennung untypischer Lokalisationen von Verletzungen gibt es mittlerweile viele Leitfäden, beispielsweise

im Internet. Dort sind oft in einem Ganzkörperschema die Verletzungsbereiche eingezeichnet, die typisch für Gewalt durch andere Personen sind. Dazu gehören insbesondere die Körperregionen, auf die man üblicherweise eben nicht fällt.

Wie sichern Sie einen Verdacht dann ab?

Wichtig ist, die geschilderte Ursache mit den erhobenen Befunden abzugleichen. Wenn sich die Befunde einfach nicht durch einen berichteten „Unfall“ erklären lassen, muss man weiterfragen. Wenn sich die Diskrepanz nicht ausräumen lässt, steht der Verdacht auf eine Misshandlung weiter im Raum.

Wie spreche ich das Thema Gewalt bei Kindern richtig an?

Der Verdacht auf eine Misshandlung ist natürlich ein enormer Vorwurf. Damit die Eltern oder die Erziehungsberechtigten nicht gleich das Weite suchen, sollte das Thema äußerst sensibel angesprochen werden. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass wenn nur der Mann häusliche Gewalt ausübt und die Mutter allein mit dem Kind zur Untersuchung kommt, sich diese häufig öffnet, wenn das Thema angesprochen wird. Sollten Eltern aber dichtmachen und hat der Arzt nach der Untersuchung Sorge um das Wohl des Kindes, sollte er sich im Zweifel an das zuständige Jugendamt wenden. Dies ist aber immer eine schwierige Individualentscheidung. Wenn man dazu kommt, dass ein Kind in unmittelbarer Gefahr schwebt, kann auch mal das Einschalten der Polizei in Betracht kommen. Selbstverständlich muss das Wohl des Kindes das Leitthema bei allen Entscheidungen sein.

Wenn der Verdacht auf Kindesmisshandlung im Raum steht: Was ist bei der Dokumentation zu beachten?

Eine gerichtsfeste Dokumentation ist immer sehr wichtig, selbst wenn keine Anzeige erfolgen soll oder die Befunde zunächst unklar sind. Gerichtsfest bedeutet, dass auch noch nach Jahren aus dem Befund ersichtlich sein

Weitere Informationen

Im Gewalt-Opfer-Beweissicherungs-Informationssystem – kurz GOBSIS – können sich Ärzte und Psychotherapeuten in NRW über die Dokumentation von Gewaltopfern informieren.

<http://gobsis.de/>

Beim Umgang mit dem Thema Gewalt gegen Kinder erhalten Ärzte und Psychotherapeuten in einem Leitfaden Hilfe.

www.gewalt-gegen-kinder.de | KV 151137

muss, was genau gewesen ist. Sowohl die anamnestischen Angaben als auch die Befunde sollten präzise durch Text dokumentiert werden. Lage, Größe, Färbung, Konfiguration und alle Besonderheiten der Verletzungen sollten genau beschrieben, die Diagnosen zudem klar benannt werden. Außerdem sollten Fotos von der Verletzung gemacht werden – Übersichtsbilder und Detailaufnahmen. Sehr hilfreich für die Dokumentation sind spezielle Untersuchungsbögen, die man beispiels-

weise im Internet findet. Diese führen durch die Untersuchung und enthalten meist hilfreiche Formulierungsvorschläge sowie Körperschemata, in die die Lage von Verletzungen sehr einfach eingezeichnet werden kann. Jede Praxis sollte solche Untersuchungsbögen in ihren Unterlagen haben – so gelingt eine gerichts-feste Dokumentation in effizienter Weise auch unter Praxisbedingungen.

■ DIE FRAGEN STELLTE MARSCHA EDMONDS.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV | 151138**

Aktuelle Fragen an die Serviceteams und deren Antworten

Wo sind die Unterschiede?

Die neuen Betreuungsstrukturverträge mit der Techniker Krankenkasse (TK) und der Kaufmännischen Krankenkasse Halle (KKH) sind zum 1. Juli 2015 in Kraft getreten. Diese Verträge beinhalten unter anderem die Betreuung von Patienten mit schwierigen und langwierigen Erkrankungen. Hierzu erreichten die Serviceteams viele Anfragen – auch zu den Unterschieden zwischen dem Hausärztestrukturvertrag mit der AOK und den Hausarztverträgen mit der Knappschaft und den Betriebskrankenkassen.

Müssen wir die Symbolnummer (SNR) 91324 bei AOK, KKH und TK jedes Quartal eintragen?

Ja, denn nur wenn die SNR 91324 von Ihnen eingetragen wird, können wir die indikationsgruppenabhängige Pauschale hinzufügen und die Zuschläge zu den Besuchen berechnen.

Setzt die KV die Zuschläge zu den Besuchen nach den SNR 91325 bis 91331 und 91337 automatisch zu?

Nein, diese Zuschläge tragen Sie zusätzlich zu den EBM-Nummern für den Besuch im Abrechnungsdatensatz ein.

Gibt es in allen Verträgen einen Zuschlag zum Pflegeheimbesuch nach der GOP 01413 des EBM (Mitbesuch/Betreuung weiterer Patienten)?

Der Zuschlag nach SNR 91337 konnte nur in den Betreuungsstrukturverträgen mit der TK und der KKH vereinbart werden. Er kann nur eingesetzt werden, wenn der Mitbesuch in einem Pflegeheim erfolgt. Bei Patienten, die am Hausärztestrukturvertrag mit der AOK teilnehmen, können Sie die SNR 91337 gar nicht ansetzen.

Stimmt es, dass es bei der Techniker Krankenkasse keine Teilnahmeerklärung der Patienten gibt?

Ja, das ist richtig. Im Vertrag mit der TK ist keine Patientenerklärung vorgesehen. Die Patiententeilnahmeerklärungen des Knappschafts- bzw. BKK-Vertrages senden Sie an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, bei den Verträgen mit der AOK Rheinland/Hamburg und der KKH verbleiben diese in Ihrer Praxis.

Übersicht über die verschiedenen Verträge

	Hausarztvertrag Knappschaft	Hausarztvertrag verschiedener BKKen*	Hausärzte- strukturvertrag AOK	Betreuungs- strukturvertrag KKH	Betreuungs- strukturvertrag TK
Teilnahme Hausarzt	X	X	X	X	X
Teilnahme Facharzt	–	–	–	X	X
Teilnahme Psychotherapeut	–	–	–	–	X
Teilnahmeerklärung Arzt	X an KVNO senden	X an KVNO senden	–	–	–
Teilnahmeerklärung Patient	X an KVNO senden	X an KVNO senden	X Verbleib in Praxis	X Verbleib in Praxis	–
Vergütung für Patienteneinschreibung	–	92001 9 € von Praxis einzutragen	–	–	–
Kennziffer teilnehmender Patient, jedes Quartal	–	–	91324 von Praxis einzutragen	91324 von Praxis einzutragen	91324 von Praxis einzutragen
Pauschale je Patient, jedes Quartal	81110 4 € von Praxis einzutragen	92002 9 € von Praxis einzutragen	–	–	–
Pauschale je Patient, Kontakt- und Indikationsgruppenabhängig, jedes Quartal	–	–	von KVNO zugesetzt: 91320 (2,20 €)/ 91321 (3 €)/ 91322 (4,50 €)	von KVNO zugesetzt: 91400 (4 €)/ 91401 (6 €)/ 91402 (8 €)/ 91403 (12 €)	von KVNO zugesetzt: 91500 (3 €)/ 91501 (6 €)/ 91502 (9 €)
Medikationscheck	81112 (80 €)/ 81113 (160 €) von Praxis einzutragen	–	91334 (80 €)/ 91335 (40 €) von Praxis einzutragen	–	–
persönliches Überleitungsmanagement	–	–	91332 40 € von Praxis einzutragen	91332 40 € von Praxis einzutragen	–
telefonisches Überleitungsmanagement	–	–	91333 18 € von Praxis einzutragen	91333 18 € von Praxis einzutragen	–
Zuschläge zu Haus- und Pflegeheimbesuchen, entfernungs- und dringlichkeitsabhängig	–	–	91325, 91326, 91327, 91328, 91329, 91330, 91331 von Praxis zusätzlich zum Besuch einzutragen	91325, 91326, 91327, 91328, 91329, 91330, 91331, 91337 von Praxis zusätzlich zum Besuch einzutragen	91325, 91326, 91327, 91328, 91329, 91330, 91331, 91337 von Praxis zusätzlich zum Besuch einzutragen

Stand: Oktober 2015

* Die Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen finden Sie unter www.kvno.de | **KV | 151139**

Dort finden Sie auch eine Beschreibung der einzelnen Symbolnummern.



**Institut für Qualität
im Gesundheitswesen Nordrhein**
Einrichtung einer Körperschaft öffentlichen Rechts



Rudolf Henke,
Präsident
der Ärztekammer
Nordrhein



Dr. Peter Potthoff,
Mag. iur., Vorsitzender
der Kassenärztlichen
Vereinigung Nordrhein



**Prof. Dr. Dr. h.c.
Wolfgang Huber,**
ehem. Ratsvorsitzender
der Evangelischen Kirche
in Deutschland

IQN-Jubiläums-Kongress **30. Januar 2016, 9.00 – 16.15 Uhr** **Haus der Ärzteschaft**

Festvortrag:
**Ärztliches Handeln im Spannungsfeld
von ethischen Anforderungen
und ökonomischen Zwängen**

Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Huber,
ehemaliger Ratsvorsitzender der
Evangelischen Kirche in Deutschland

Kongressthemen

- Angemessenes Unterlassen in der medizinischen Behandlung
- Herausforderung Alter: Zwischen Prävention und Polypharmazie
- Qualität der medizinischen Versorgung und Patientensicherheit
- Empathische Kommunikation zwischen Arzt und Patient

Ausführliches Programm und Anmeldung unter www.iqn.de

**zertifiziert mit
9 Punkten**

Kranke Flüchtlingskinder

Von 100 untersuchten syrischen Flüchtlingskindern haben laut ärztlicher Diagnose ...*



Die untersuchten Kinder waren im Schnitt **6,8 Jahre** alt.

*Stichprobe bei 100 syrischen Flüchtlingskindern (0,4 bis 14 Jahre) in einer Erstaufnahmeeinrichtung, Forschungszeitraum 2013-2015; Mehrfacherkrankungen möglich

dpa•23061

Quelle: DGSPJ/TU München

Viele der aus Syrien stammenden Flüchtlingskinder in deutschen Erstaufnahmeeinrichtungen sind physisch oder psychisch krank. Das ergab eine repräsentative Stichprobe der Technischen Universität München (TUM) unter 100 syrischen Kindern und Jugendlichen im Alter bis maximal 14 Jahren. Demnach leiden rund zwei von drei Kindern an Zahnkaries. 42 Prozent weisen einen defizitären Impfstatus auf und jedes vierte Kind hat Atemwegser-

krankungen. Hinzu kommt, dass 22 Prozent – also jedes vierte bis fünfte Kind – unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leidet. Bei einer PTBS zeigen Kinder Verhaltensauffälligkeiten und Aufmerksamkeitsstörungen. Die Mediziner gehen davon aus, dass noch mehr Kinder eine PTBS entwickeln werden. 60 Prozent der Untersuchten seien länger als zehn Monate auf der Flucht gewesen. ■ MED

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Interventionsgruppe
Psychotherapie
Kontakt Dr. Charlotte Schlang
E-Mail ch.schlang@netcologne.de
Telefon 0221 8006 550
Ort Köln

Thema Psychotherapeutische
Fallsupervision
Kontakt Dr. Lisette Schulze
E-Mail drlisetteschulze@
t-online.de
Telefon 0211 1576 1770
Ort Düsseldorf

Kontakt

Sabine Stromberg
Telefon 0211 5970 8149
Katharina Ernst
Telefon 0211 5970 8361
Telefax 0211 5970 8160
E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de

Infomarkt

Fortbildung & Sprechstunde

2. Dezember 2015 | 14 – 17.30 Uhr

Haus der Ärzteschaft | Tersteegenstr. 9 | 40474 Düsseldorf



- 14.00 Uhr** **Öffnung der Infostände und der Sprechstunden**
- 15.00 – 15.45 Uhr** **Vortrag**
Regelungen und Vergütung von ärztlichen Leistungen für Flüchtlinge und Asylbewerber
Achim Merling | stellvertretender Leiter der Vertragsabteilung | KV Nordrhein
- 15.45 – 17.30 Uhr** **Fortbildung**
Medizinische Versorgung von Flüchtlingen
Dr. med. Jürgen Zastrow | Vorsitzender der Kreisstelle Köln
- 14.00 – 17.30 Uhr** **Beratungsangebote der KV**
Abrechnungsberatung | Betriebswirtschaftliche Beratung | Prüfverfahrensberatung
Verordnungsberatung | Hygieneberatung | IT-Beratung | Niederlassungsberatung
- Weitere Services der KV**
Hilfsmittel | Serviceteam | KV Medien

Medizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen

Das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein informiert über die aktuellen Herausforderungen und Möglichkeiten bei der Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Nordrhein. Sie erhalten Informationen über Gesundheitszustand, medizinische Besonderheiten und mögliche Erkrankungen der Flüchtlinge. Sie erfahren, wie Sie welche Leistungen erbringen und abrechnen können, wie Sie Sprachbarrieren überwinden und wie Sie mit fluchtbedingten Traumatisierungen umgehen sollten.

ZERTIFIZIERUNG | beantragt

Termin 11. November 2015
15.30 bis 19.30 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung IQN

E-Mail iqn@aekno.de

Telefon 0211 4302 2751

Telefax 0211 4302 5751

Sicher und erfolgreich mit der eigenen Praxis starten

Wirtschaftliche Praxisführung für den niedergelassenen Arzt

Betriebswirtschaftliches Basiswissen für „Nicht-Betriebswirte“ – unter diesem Motto werden die für eine Arztpraxis wichtigsten Aspekte der Betriebswirtschaft mit Hilfe von praktischen Beispielen erläutert. Dazu gehören KV-Abrechnung, Finanzbuchhaltung, betriebswirtschaftliche Quartalsauswertungen und Jahresabschluss oder Liquiditätsprüfung. Die erworbenen Basiskenntnisse bilden die Grundlage für eine funktionierende Praxisübernahme sowie für eine spätere wirtschaftliche Praxisführung. Damit können unternehmerische Entscheidungen in der Arztpraxis künftig sicherer getroffen werden.

Das Seminar der Nordrheinischen Akademie richtet sich primär an diejenigen, die eine Niederlassung planen beziehungsweise neu niedergelassen sind.

Termin 2. Dezember 2015
15 bis 18 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung Nordrheinische Akademie

E-Mail andrea.ebels@aekno.de

Telefon 0211 4302 2801

Gebühr 120 Euro

Planung für die optimierte Praxisübergabe

Die Zeiten einer gesicherten und insbesondere fest eingeplanten Praxisübergabe, zum Beispiel zur teilweisen Absicherung im Alter, sind nicht mehr so einfach gegeben. Durch strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen, unter anderem durch den Gesetzentwurf zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, Niederlassungsbeschränkungen oder auch Marktveränderungen mit gebietsweise mehr „Abgebern“ als „Übernehmer“ kann es schwieriger werden, eine Arztpraxis zu veräußern. Vor diesem Hintergrund wird es immer wichtiger, die Übergabe der Praxis optimal zu planen.

Das Seminar der Nordrheinischen Akademie will konkrete Hilfestellung geben – bei der Vorbereitung und Durchführung einer Praxisübergabe, bei der rechtzeitigen Planung, der Praxiswertermittlung bis hin zur Vertragsgestaltung und dem Zulassungsrecht.

Termin 9. Dezember 2015
15 bis 18 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung Nordrheinische Akademie

E-Mail andrea.ebels@aekno.de

Telefon 0211 4302 2801

Gebühr 120 Euro

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

Veranstaltungen für Mitglieder

11.11.2015	IQN: Medizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen, Düsseldorf
11.11.2015	Nordrheinische Akademie: Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement: QM-Tipps für nicht-phasenkonforme Praxen, Düsseldorf
■ 18.11.2015	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf
25.11.2015	Nordrheinische Akademie: Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement: QM-Tipps für nicht-phasenkonforme Praxen, Köln
■ 02.12.2015	KV Nordrhein: Infomarkt – Fortbildung & Sprechstunde, Düsseldorf
02.12.2015	Nordrheinische Akademie: „Sicher und erfolgreich mit der eigenen Praxis starten“, Düsseldorf
09.12.2015	Nordrheinische Akademie: „Optimierte Praxisübergabe im Kontext sich verändernder Rahmenbedingungen“, Düsseldorf
■ 09.12.2015	KV Nordrhein: Grundlagenseminar EBM, Düsseldorf
22./23.01.2016/ 27.02.2016	Nordrheinische Akademie: Hygienebeauftragte/r Ärztin/Arzt für den ambulant operierenden Bereich
30.01.2016	IQN: IQN-Jubiläumskongress, Düsseldorf

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

11.11.2015	Nordrheinische Akademie: Diagnosekodierung in der hausärztlichen, internistischen und gynäkologischen Praxis – Aufbaukurs, Düsseldorf
20.11.2015	Nordrheinische Akademie: Telefontraining, Düsseldorf
25.11.2015	Nordrheinische Akademie: Pharmakotherapie, Düsseldorf
05.12.2015	Nordrheinische Akademie: Einführung in die Tabellenkalkulation mit Excel, Düsseldorf
27.01.2015	Nordrheinische Akademie: Diagnosekodierung in der Praxis – Aufbaukurs, Düsseldorf

Veranstaltungen für Patienten

Seit Oktober	Caritasverband für den Kreis Mettmann: Bewegungsangebot für Menschen mit Demenz: Rehabilitationssportgruppe, „Bewegend denken – Denkend bewegen“, Sport- und Gesundheitszentrum des TSV Hochdahl, Erkrath
08.11.2015	diabetesDE–Deutsche Diabetes-Hilfe/Deutsche Diabetes-Hilfe–Menschen mit Diabetes (DDH-M): Weltdiabetestag: „Diabetes gemeinsam managen“, Düsseldorf
02.12.2015	KV Nordrhein/Rheinische Post: Diabetes mellitus und Folgeerkrankungen, 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

Marscha Edmonds

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“ 12 | 2015

■ In Vorbereitung

Die Termin-Servicestellen

■ Telematik

Das sichere Netz der KVen

■ Krankenhäuser

Gefahr durch Reform?

■ kvno.de

Alle Verträge im Überblick

Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell

erscheint am 16. Dezember 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