

Hintergrund

IT-Sicherheit | Viren und Trojaner attackieren Praxen

Schwerpunkt

VV der KVNO | Stopp der Notdienstreform beschlossen

Aktuell

Hausärzte | AOK-Vertrag noch attraktiver ausgestaltet

Praxisinfos

NäPa | Ausbildungs-Frist bis Ende 2016 verlängert



© vege - Fotolia.com



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 VV der KVNO:
Delegierte stoppen
Notdienstreform
- 5 Standpunkt:
Zeit für eine Atempause
- 6 Beschlüsse der
Vertreterversammlung

- 19 TK-Vertrag:
Weitere Diagnosen
- 20 Kein Muster 10A für
Laborärzte
- 20 Soziotherapie-Richtlinie
noch nicht umgesetzt
- 20 Solingen: Gesundheits-
karte für Flüchtlinge
- 21 Krankentransport: Aus-
nahmefall konkretisiert

- 34 KV-Connect:
Viele Vorteile
- 36 Therapietreue:
Auf Augenhöhe
- 39 Wie Impfen schützt –
auch unterwegs
- 40 Sprechstunde im
Flüchtlingsdorf
- 42 Traumata ohne Ende
- 44 Haftungsrisiken
bei Flüchtlingen

Aktuell

- 8 Honorar steigt 2016
um gut drei Prozent
- 9 AOK-Vertrag:
Neue Pauschale
- 10 Vergütung für
Geriatric geregelt
- 12 Antikorruptionsgesetz
verabschiedet
- 14 Bedarfsplanung:
180 neue Hausarztstühle

Verordnungsinfo

- 122 Entlassmedikation:
Das dürfen Kliniken
- 23 Grippeimpfstoffe:
Influvac und Afluria
- 24 AOK führt Genehmigungs-
verfahren wieder ein
- 24 Ziel in Nordrhein: PPI-
Verordnungen reduzieren
- 25 Verordnung enteraler
Ernährung neu geregelt

Service

- 46 Umgang mit
Überweisungen

Praxisinfo

- 16 NÄPa: Ausbildungs-
Frist verlängert
- 16 DMP-Verträge angepasst:
Überweisung angeben
- 17 Dokumentationsnummern
bei Schutzimpfungen
- 17 Cystotonometrikatheter
als Sachkosten abrechnen
- 17 Kataraktchirurgie:
Neue Narkosepauschalen
- 18 Humangenetik:
Neue GOP und Leistungen
- 19 Psychotherapie:
Strukturzuschläge

Hintergrund

- 26 Datensicherheit:
Krypto-Trojaner
im Umlauf

Berichte

- 30 Was dürfen Kliniken
fordern?
- 33 Erstes Ärztenetz in
Nordrhein zertifiziert
- 33 Praxislotsen: KVNO
begleitet Niederlassungen

In Kürze

- 47 Hygiene-Fachpersonal:
Fristen verlängert
- 47 Musterhygieneplan-
Gastroenterologie
- 48 GOÄ der Unfall-
versicherung aktualisiert
- 48 2,5 Prozent mehr
Gehalt für MFA
- 48 Künstliche Befruchtung:
Bundeswehr zahlt weniger
- 49 Neuer Behandlungsfall
bei Kassenwechsel
- 49 Mutterpass jetzt auch
in englischer Sprache

Veranstaltungen

- 52 Veranstaltungen | Termine



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

die Top-Nachricht der jüngsten Vertreterversammlung war natürlich die Entscheidung unserer Delegierten, die Umsetzung der Notdienstreform zu stoppen. Damit kommt es in diesem Jahr nicht mehr zu weiteren Reformschritten, auch nicht zur Einrichtung des Fahrdienstes für die Modellregion Bonn/Rhein-Sieg/Euskirchen oder weiteren fachärztlichen Notdienstpraxen. Die Notwendigkeit einer Reform ist damit nicht in Frage gestellt, aber ihre Umsetzung verschoben und damit Sache der in diesem Jahr neu zu wählenden Vertreterversammlung und des künftigen Vorstands.

Nicht verschieben lassen sich andere wichtige Projekte, zum Beispiel das Mitte April vom Bundestag verabschiedete „Anti-Korruptionsgesetz“. Mit dem Gesetz wird der Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung für alle Heil- und Gesundheitsberufe im Strafgesetzbuch verankert. Bestraft werden soll jeder, der einen Vorteil annimmt oder selbst fordert, wenn er bei der Verordnung, dem Bezug oder der Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten oder bei der Zuführung von

Patienten einen anderen in unlauterer Weise bevorzugt. Mit dem Gesetz nimmt die Politik nicht nur die Ärzte als die „üblichen Verdächtigen“, sondern auch andere Berufe und Bereiche in den Blick – zu Recht, wie die aktuellen Erkenntnisse der Ermittler über mafiöse Strukturen in der ambulanten Pflege zeigen.

Wir haben frühzeitig deutlich gemacht, dass wir die von der Politik ausgemachte Gesetzeslücke nicht erkennen, da die bestehenden Regelungen im ärztlichen Berufsrecht und im Vertragsarztrecht ausreichen, um entsprechendes Fehlverhalten zu sanktionieren. Immerhin ist es auf Druck der Ärzteschaft gelungen, eine deutlichere Abgrenzung zwischen erlaubten, von der Politik erwünschten Kooperationen und unlauteren oder kriminellen Absprachen herzustellen. Ob damit Rechtsklarheit besteht oder doch Gerichte die Trennlinie zwischen Kooperation und Korruption ziehen werden, bleibt abzuwarten. Klar ist: Ein „Generalverdacht“ gegenüber Kooperationen ist kontraproduktiv für Innovationen im Gesundheitswesen.

Herzliche Grüße

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

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender

Delegierte stoppen Notdienstreform

Im laufenden Jahr soll es keine weiteren Reformschritte im Notdienst geben – darauf hat sich eine Mehrheit der Delegierten in der jüngsten Vertreterversammlung (VV) verständigt. 2017 werden sich die neu gewählte VV und ein neuer Vorstand mit den nach wie vor geltenden Reformbeschlüssen auseinandersetzen müssen, denn am strukturellen Reformbedarf gibt es keinen Zweifel.

Auf der Tagesordnung stand die Notdienstreform am 8. April nicht – im Zentrum standen die im Satzungsausschuss vorbereiteten Anträge zu Satzungsänderungen, die in der kommenden Legislaturperiode Auswirkungen auf die Arbeit der VV und der Ausschüsse haben. Die Anträge wurden aber bis auf zwei Ausnahmen wieder zurück an den Ausschuss überwiesen: Zu groß war der Klärungsbedarf besonders bei der Frage, wie künftig Fraktionen zu bilden sind.

Zur Nachricht des Tages aber wurde die Reform des ambulanten ärztlichen Notdienstes, wobei es nicht um weitere Reformschritte ging – im Gegenteil. Die Delegierten entschieden mehrheitlich, die Reform bis Ende 2016 zu stoppen.

Damit bleibt es der noch 2016 zu wählenden neuen VV überlassen, die weiterhin geltenden Beschlüsse zur Reform zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufzugreifen.

„Die Probleme bleiben“

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein hat entschieden, die Notdienstreform auszusetzen. KVNO aktuell sprach mit KVNO-Chef Dr. med. Peter Potthoff über die Konsequenzen.:

Herr Dr. Potthoff, wie bewerten Sie den Beschluss?



Dr. med. Peter Potthoff,
Vorsitzender der
KV Nordrhein

Es gilt zunächst festzuhalten, dass die VV eine von ihr selbst seit Jahren geforderte und im Detail im vergangenen Jahr beschlossene Reform gestoppt hat. Das heißt erst einmal, dass uns die Strukturen im Notdienst erhalten bleiben – inklusive der Probleme und Schief lagen, die wir seit Jahren aus guten Gründen angehen wollen: ungleiche Notdienstbelastung, unter-

schiedliche Kostenstrukturen, in Teilen ineffiziente regionale Angebote und parallel dazu große weiße Flecken bei der fach- und kinderärztlichen Versorgung in Nordrhein.

Ist das Thema Notdienstreform bis auf Weiteres erledigt?

Nur für dieses Jahr, das bekanntlich ein Wahljahr ist. Mit den Herausforderungen im Notdienst wird sich nun die ab 2017 neu zusammengesetzte VV befassen müssen – zunächst auf Basis der weiterhin geltenden Beschlüsse.

Sie selbst haben in der Vertreterversammlung Knackpunkte bei der Umsetzung der bisherigen Beschlüsse

Umsetzung verschoben

Der beschlossene Antrag fordert den Vorstand auf, bis Jahresende keine weiteren Änderungen in der allgemeinen ärztlichen und fachärztlichen Notdienststruktur umzusetzen. Ausnahme: Änderungen, die mehrheitlich von Kreisstellen gewünscht sind und der geltenden Beschlusslage der VV entsprechen. Faktisch bedeutet der Beschluss, dass 2016 gar keine Änderungen am Status quo mehr vorgenommen werden.

VV-Vorsitzender Dr. med. Frank Bergmann hatte selbst schon zu Beginn der Sitzung dafür geworben, eine Art Moratorium zu beschließen: „Wir haben die Reform aus sehr triftigen Gründen beschlossen. Diese Gründe, unter anderem eine Homogenisierung der Dienstbelastung, eine bessere Kostenkontrolle und ein einheitliches, flächendeckendes Angebot an fachärztlichen Notdiensten, müssen auch in künftiger Umsetzung eine zentrale Rolle spielen – ich sage künftig, weil ich zurzeit keine tragfähige Basis für eine weitere



Umsetzung der Notdienstreform sehe", sagte Bergmann (siehe „Standpunkt", Seite 5).

Noch viel Abstimmungsbedarf

Auch Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein, ging in seinem Bericht auf das

Die derzeitigen Strukturen im nordrheinischen Notdienst bleiben nach Beschluss der VV erst einmal auf dem Status quo.

angesprochen: von der Notdienstordnung bis zur Einrichtung der fachärztlichen Notdienste. Gab es letztlich zu viele Hindernisse?

Richtig ist, dass formale Voraussetzungen für die Umsetzung wesentlicher Beschlussteile noch fehlen, etwa die neue Notdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung und Ärztekammer, die das NRW-Landesgesundheitsministerium als Aufsichtsbehörde noch nicht genehmigt hat. Richtig ist auch, dass es in inhaltlichen Fragen noch erheblichen Abstimmungsbedarf gibt, zum Beispiel bei der Frage, wie viele und wo Notdienstpraxen in der Modellregion Bonn/Rhein-Sieg/Euskirchen an Kliniken vorgehalten werden. Auch bei der Einrichtung der flächendeckenden fach- und kinderärztlichen Notdienste stehen Einigungen aus. Abgesehen von der Notdienstordnung, bei der die Aufsicht am Zuge ist, wird sich keines dieser Probleme von selbst lösen.

Welche Konsequenzen hat der Beschluss für die Debatte um die Notdienstreform?

Mancher wird das Aussetzen der Reform so verstehen wollen, dass der Reformbedarf weder groß noch dringlich sei. Ich warne vor dem Eindruck, dass sich öffentlich ausgetragene Auseinandersetzungen, die sich gegen die Beschlüsse unserer Selbstverwaltung richten, am Ende bezahlt machen. Mehr denn je bedarf es einer nachhaltigen Struktur für den Notdienst, der mit seinen heutigen Strukturen und Regeln keine Antworten auf die Fragen des demografischen Wandels liefert – in der Bevölkerung wie in der Ärzteschaft.

■ DIE FRAGEN STELLTE DR. HEIKO SCHMITZ.

Thema Notdienst und auf offene Fragen bei der Umsetzung der Reform ein – Fragen, die früher oder später zu beantworten sind. So fehle nach wie vor ein Konsens zur Zahl und zu genauen Standorten von Notdienstpraxen in der Modellregion Bonn/Rhein-Sieg/Euskirchen, in der im Notdienst eine enge Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Bereich erprobt werden soll.

Die Einführung weiterer zentraler Standorte für die fachärztlichen Notdienste war nicht möglich, da die beschlossene gemeinsame Notdienstordnung von KV und Ärztekammer Nordrhein zum Zeitpunkt der VV noch nicht vom Landesgesundheitsministerium genehmigt war. Zudem gibt es in den Regionen weiteren Abstimmungsbedarf. Einvernehmliche Lösungen fehlen auch bei der Reform des kinderärztlichen Notdienstes, unter anderem bei den Regelungen zur Einrichtung von Dependancen.

Die Entscheidung der Delegierten, die Reformpläne zurückzustellen, kommentierte Potthoff mit dem Verweis auf den umfassenden Reformbeschluss von November 2012 und dem Hinweis, dass der aktuelle Beschluss keine der offenen Fragen erledige, sondern nur vertage. Die Frage nach einer künftigen Notdienststruktur sei darüber hinaus grundsätzlich zu stellen – inklusive der Überlegung, ob dafür nicht über den ambulanten und stationären Bereich hinaus ein separater Sektor mit separater Verfügung geschaffen werden solle. Hierüber würden bereits Gespräche geführt, so Potthoff.

Bekanntmachungen im Internet

Weitere Gespräche wird es auch in Sachen Satzung geben: Von den im Satzungsausschuss vorbereiteten Anträgen, darunter die Regelungen zur etwaigen Fraktionsbildung, wurden nur drei beschlossen. Der erste betrifft die Zusammensetzung und das Zustandekommen der beratenden Fachausschüsse inklusive eines neuen Fachausschusses für angestellte Ärztinnen und Ärzte. Weitere Beschlüsse ermöglichen es der KV Nordrhein, Bekannt-

machungen im Internet unter www.kvno.de zu veröffentlichen, sofern ein Hinweis darauf in den Printmedien erfolgt. Wesentlich ist dabei, dass Mitteilungen im Internet leicht und schnell auffindbar sind.

Bernhard Brautmeier, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein, ging auf die jüngste Honorarvereinbarung der nordrheinischen Krankenkassen und der KV in Nordrhein und die erste Bilanz der Termin-Servicestellen ein. Das Honorarvolumen der niedergelassenen Vertragsärzte in Nordrhein wird sich im laufenden Jahr um gut drei Prozent erhöhen; das Honorarplus entspricht einem Gesamtvolumen von knapp 83 Millionen Euro (siehe Beitrag auf Seite 8).

TSS: Etwa die Hälfte dringlich

Eine erste Zwischenbilanz zog Brautmeier zur seit Ende Januar aktiven Termin-Servicestelle in Nordrhein: „Die Mitarbeiterinnen der Servicestelle haben in den ersten neun Wochen mehr als 2.200 Termine vermittelt.“ Der Anteil der Fälle, in denen sich Patienten mit einer als dringlich gekennzeichneten Überweisung meldeten, sank in den vergangenen Wochen und liegt bei etwa 55 Prozent. Nur diese Patienten haben Anspruch auf einen Termin innerhalb von vier Wochen. Die gesuchtesten Fachgruppen waren Neurologen, Radiologen und Kardiologen.

Immerhin acht Prozent der Patienten nahmen in den ersten neun Wochen ihre Facharzttermine trotz Vermittlung nicht wahr oder lehnten sie ab. „Wir halten die Servicestelle nach wie vor für überflüssig, zumal nur relativ wenig Patienten wirklich davon profitieren. Aber wir wollen den Service so effizient gestalten, dass wir niemanden in die Klinik schicken müssen – das ginge zulasten aller Fachärzte in Nordrhein. Außerdem würden wir der Politik damit weitere Argumente liefern, um die Krankenhäuser für ambulante Leistungen zu öffnen“, sagte Brautmeier.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Zeit für eine Atempause

Dr. Frank Bergmann

Die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein hat ein Aussetzen der Notdienstreform beschlossen. Auch der Vorsitzende der Vertreterversammlung, der Aachener Neurologe und Psychiater Dr. med. Frank Bergmann, hat sich dafür ausgesprochen. Er sieht derzeit keine Möglichkeit, die von der VV beschlossenen Reformschritte in diesem Wahljahr weiter umzusetzen.

Eines möchte ich klarstellen: An den Gründen für die Notwendigkeit einer Notdienstreform hat sich in meinen Augen nichts geändert. Dennoch habe ich den Delegierten in der VV am 8. April vorgeschlagen, auf eine weitere Umsetzung der Reform des ambulanten Notdienstes in Nordrhein in diesem Jahr zu verzichten. Meinem Vorschlag ist die VV gefolgt – letztlich durch die Zustimmung zu einem Antrag, der sich im Wortlaut von meinem unterschied, aber in der Sache die gleiche Intention verfolgte. Die weitere Weichenstellung in Sachen Notdienstreform wird nun ab 2017 Aufgabe der neu zu wählenden VV sein, die weitere Umsetzung Aufgabe des neuen Vorstands.

Ein wichtiger Grund für meinen Vorschlag war, dass wir uns in einer Phase des Umbruchs befinden, die mit dem Wahlkampf begonnen hat. Die Positionierung der Kandidaten für unsere Selbstverwaltung sollte nicht von der seit Monaten höchst kontrovers geführten Debatte um die Notdienstreform überlagert werden, zumal die Auseinandersetzungen vor Ort nicht selten von persönlichen Konflikten und Motiven beeinflusst werden.

Zum jetzigen Zeitpunkt und in der gegenwärtigen Situation sehe ich da-

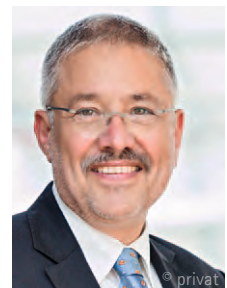
her keine tragfähige Basis für eine weitergehende Umsetzung der Reform. Die Betonung liegt auf dem „jetzigen Zeitpunkt“. Das Thema Notdienstreform, das uns seit Jahren beschäftigt und in der breiten Öffentlichkeit und damit auch in der Politik ein lebhaftes Echo auslöst, ist damit nicht erledigt. Im Gegenteil!

Reformbedarf bleibt

Unsere Beschlüsse zur Reform des Notdienstes hatten triftige Gründe, die nach wie vor Bestand haben. Elementar ist die angestrebte Homogenisierung der regional extrem divergierenden Dienstbelastung, die zwischen zwei und 40 Diensten im Jahr schwankt. Es geht darum, Standortnachteile abzubauen und damit die Suche nach Praxisnachfolgern zu erleichtern, die eine derart hohe Dienstbelastung nicht akzeptieren werden.

Wir haben beschlossen, den pädiatrischen sowie den HNO- und den augenärztlichen Notdienst flächendeckend auszubauen. Wir wollen Honorarunterschiede im Notdienst nivellieren und die Belastung der Kolleginnen und Kollegen durch Kosten für den Notdienst vereinheitlichen. Es gibt keine Gründe, Unterschiede zu zementieren. Die Antwort kann nur in solidarischen Konzepten liegen.

Hinzu kommen politische und rechtliche Aspekte wie die Vorgaben des Landesgesundheitsministeriums zu Transparenz und Kostenkontrolle für den Betrieb von Notdienstpraxen, aber auch das Arbeitszeitgesetz und die Bundesvorgaben der Gesundheitspolitik: Das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), mehr noch das Krankenhausstrukturgesetz mit seinem Konzept der „Portalpraxen“ zwingen uns, über die Strukturen des Notdienstes grundsätzlich nachzudenken – gemeinsam mit den Krankenhäusern, mit denen wir auf Dauer eher kooperieren als konkurrieren werden.



Die Beschlüsse der VV gelten zunächst weiter. Wir

müssen aber deutlich machen, dass wir die mit diesen Beschlüssen verbundenen Ziele wirklich erreichen können. Das ist in diesem Jahr nicht mehr zu vermitteln. Gleichwohl wird die neue VV zukunftsfähige Strukturen und Regelungen für den Notdienst entwickeln und dafür bei unseren Mitgliedern werben müssen.

Dr. Frank Bergmann befürwortet das Aussetzen der Reform in diesem Jahr.

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein fasste am 8. April 2016 folgende Beschlüsse:

Satzungsänderungen

Beratende Fachausschüsse

Die Satzung wird in § 10 auf Antrag des Satzungsausschusses in mehreren Punkten modifiziert. Dieser Paragraf regelt die Bildung Beratender Fachausschüsse. Die Satzung wird in der Mai-

Ausgabe des Rheinischen Ärzteblatts amtlich veröffentlicht; sie ist zudem im Internet-Angebot der KV Nordrhein abrufbar unter www.kvno.de

Bekanntmachungen im Internet

§ 16 der Satzung wird wie folgt gefasst: „Bekanntmachungen der KV Nordrhein an die Mitglieder erfolgen durch Veröffentlichungen im ‚Rheinischen Ärzteblatt‘, durch Rundschreiben (gegebenenfalls durch Telefax oder E-Mail) oder sie erfolgen durch Veröffentlichung auf der Internetseite der Vereinigung (www.kvno.de). Die Veröffentlichung erfolgt immer auf der Internetseite der KV Nordrhein unter einem klar definierten und leicht auffindbaren Punkt. Bekanntmachungen treten – soweit in der Bekanntmachung kein anderer Zeitpunkt festgesetzt ist – am 8. Tage nach der Veröffentlichung in Kraft. Bekanntmachungen der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung für ihren Zuständigkeitsbereich erfolgen nach den Satzungsbestimmungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.“

Antrag: Dr. Lothar Rütz

Der neue § 16 der Satzung wird so umgesetzt, dass bei Internetbekanntmachungen sowohl im nächsten Rheinischen Ärzteblatt als auch in der nächsten KVNO aktuell auf die Bekanntmachung hingewiesen wird (unter Einschluss des Internetlinks).

Antrag: Prof. Dr. Bernd Bertram und Dipl.-Soz. päd. Bernhard Moors

Notdienst

Stopp der Notdienstreform

Der Vorstand der KV Nordrhein wird aufgefordert, in allen Planungsbereichen bis Ende 2016 keine weiteren Änderungen in der allgemeinen ärztlichen und fachärztlichen Notdienststruktur vorzunehmen, mit Ausnahme von Änderungen, die von betroffenen Kreisstellen mehrheitlich unterstützt werden und den bis-

her getroffenen Beschlüssen der Vertreterversammlung der KV Nordrhein entsprechen.

Antrag: Dres. Dirk Mecking, Harald Hofer, Oliver Funken, Rainer Kötzle, Ralph Krolewski, Andreas Marian, Guido Marx, Jens Wasserberg, Holger van der Gaag, Bernd Bankamp, Andreas Waubke, Hans Wilhelm

Eigene nicht ärztliche Assistenzkräfte hinzuziehen

Die zusätzliche Hinzuziehung eigener nicht ärztlicher Assistenzkräfte erfolgt auf Kosten und Gefahr des eingeteilten Arztes und soll generell zulässig sein. Das Hausrecht des Betreibers der Not-

fallpraxis bleibt unberührt. Dies entspricht den Erfahrungen der verschiedenen Kreisstellen und Notdienstpraxen.

Antrag: Notdienstausschuss der VV

Dienstaufteilung unter zwei Kollegen

In Ergänzung der bisherigen Beschlusslage zur Einteilung zum Notdienst soll folgende Regelung Anwendung finden: Bei Diensten, die die Dauer von 8 Stunden überschreiten, soll dem Wunsch eines betroffenen Kollegen entsprochen werden, diese Dienste

gegebenenfalls zwischen ihm und einem von ihm benannten Partner aufzuteilen. Die Betroffenen müssen in Kauf nehmen, dass sich dadurch ihre Dienstfrequenz erhöht.

Antrag: Notdienstausschuss der VV

Zuständigkeiten: Zuordnung, Dienstplaneinteilung, übrige Entscheidungen

Die Zuordnung der Ärztinnen und Ärzte für den Notdienst in den Bereichen HNO, Augenheilkunde und Kinderheilkunde zu den Notdienstpraxen erfolgt zentral über die Hauptstelle. Die Dienstplaneinteilung innerhalb der Bezirke erfolgt über die zuständige

Kreisstelle. Innerhalb der Bezirke ist für sämtliche Entscheidungen den Notdienst betreffend grundsätzlich die Kreisstelle zuständig, in deren Kreisgebiet sich die Notdienstpraxis befindet.

Antrag: Notdienstausschuss der VV

Richtgrößenvereinbarungen

Richtgrößenvereinbarungen kündigen

Die aktuell geltenden Richtgrößenvereinbarungen müssen unverzüglich aufgekündigt und durch rechts- und gesetzeskonforme und versorgungsverträgliche Nachfolgeregelungen ersetzt werden.

1. Die derzeitigen Richtgrößenvereinbarungen müssen unverzüglich gekündigt und damit außer Kraft gesetzt werden. Den gesetzlichen Bestimmungen des § 106 Sozialgesetzbuch V zu dem Anspruch von Ärzten auf Prüfung der beantragten Praxisbesonderheiten muss uneingeschränkt in allen laufenden Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss Geltung verschafft werden.

2. Nachfolgeregelungen sollen bereits unter Maßgabe der Rahmenrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen von Dezember 2015 abgeschlossen werden mit regionalen Prüfmethode, die die Patientenversorgung nicht behindern und uneingeschränkt beantragte Praxisbesonderheiten in der Prüfung berücksichtigen.

Antrag: Dres. Dirk Mecking, Oliver Funken, Rainer Kötze, Ralph Krolewski, Guido Marx, Andreas Marian und Jens Wasserberg

Richtgrößenvereinbarung ändern

Der Vorstand wird aufgefordert, unverzüglich Verhandlungen mit den Krankenkassen aufzunehmen, um eine sofortige Änderung der derzeit geltenden Richtgrößenvereinbarung zu vereinbaren. Die Anerkennung von Praxisbesonderheiten ist sicherzustellen. Dazu sollen die zukünftigen Regelungen unter Berücksichtigung

der bisherigen Diskussion weiterentwickelt und antizipiert werden. Der Vorstand soll in der VV am 3. Juni 2016 über den Stand der Verhandlungen berichten.

Antrag: Dres. Rolf Ziskoven und Frank Bergmann

Disease-Management-Programme

DMP-Dokumentation per E-Mail versenden

Die Verschickung der DMP-Dokumentationen wird – wie in anderen Kassenärztlichen Vereinigungen schon seit 2012 üblich – auch via E-Mail-Verfahren ermöglicht. Dadurch wird die Datenübertragung vereinfacht und der Versand per CD entfällt.

Dieses Verfahren ist bereits in der KV Bayern, KV Westfalen-Lippe, KV Berlin, KV Hessen, KV Sachsen und der KV Thüringen im Einsatz und reduziert den Dokumentationsaufwand deutlich.

Antrag: Dr. Jens Wasserberg

Honorarverteilung

Änderungen am Honorarverteilungsmaßstab

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) wird auf Antrag des HVM-Ausschusses mit Wirkung zum 1. Juli 2016 in mehreren Punkten modifiziert. Der HVM wird in der Mai-Ausgabe des

Rheinischen Ärzteblatts amtlich veröffentlicht; er ist zudem im Internet-Angebot der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein abrufbar unter www.kvno.de

Volle Vergütung im Notdienst

Alle Leistungen der ambulanten Notfallversorgung müssen mit den im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) genannten Punkten vergütet werden. Das hat der Gesetzgeber im Krankenhausstrukturgesetz festgelegt, das 1. Januar 2016 in Kraft getreten ist. Bislang hat die KV Nordrhein die Leistungen der Notfallversorgung mit floatendem Punktwert vergütet, jetzt zahlt die KV den festen Punktwert. Die Änderung wurde in den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) aufgenommen und wird mit der Abrechnung des 1. Quartals 2016 umgesetzt.

Gleichzeitig ist der Investitionskostenabschlag in Höhe von 10 Prozent entfallen, um die die Vergütung der ermächtigen Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen in der Vergangenheit gekürzt wurde. Hierfür hat der Gesetzgeber aber eine Anhebung der Gesamtvergütung vorgesehen, so dass der Mehrbedarf von den Krankenkassen getragen wird.

Im Weiteren wird im Jahr 2016 als Ergebnis der Honorarverhandlung der regional vereinbarte Punktwert auf 10,4361 Cent angehoben.

■ SCHU

Mehr Infos zu den Beschlüssen der Vertreterversammlung zum Thema Notdienst unter www.kvno.de | KV | 160507

Honorar steigt 2016 um gut drei Prozent

Recht früh in diesem Jahr vermeldeten die KV Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassen eine Einigung bei den Honorarverhandlungen. Sie einigten sich auf ein Honorarplus für die Vertragsärzte von etwas mehr als drei Prozent.

Das Honorarplus entspricht einem Gesamtvolumen von knapp 83 Millionen Euro und setzt sich zusammen aus Vorgaben der Bundesebene sowie regionalen Verhandlungsergebnissen. Die Umsetzung der Bundesvorgaben inklusive der Anhebung des Orientierungspunktwertes (OPW) um 1,6 Prozent auf 10,4361 Cent sowie die Berücksichtigung der Veränderungsraten bei Morbidität und demografischer Entwicklung (plus 1,4 Prozent) führen zu einer Steigerung von rund 2,9 Prozent.

„Die Steigerung bei unserer Veränderungsrate zeigt, dass sich gutes Kodieren lohnt, auch wenn es unsere Mitglieder bisweilen nervt“, sagt Bernhard Brautmeier, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein. Dazu kommt eine Nachvergütung für die „Grippewelle“ in 2013 von rund einer Million Euro für die Fach- und Hausärzte. Die geschätzte Gesamtvergütung für 2016 summiert sich damit auf 4,1 Milliarden Euro, von denen 68 Prozent auf die morbiditätsbedingte

Gesamtvergütung (MGV) und 32 Prozent auf Einzelleistungen entfallen.

Förderungswürdige Leistungen

In der regionalen Vereinbarung ist es der KVNO gelungen, wichtige Bestandteile der Vergütung fortzuführen, etwa die Mittel für förderungswürdige Leistungen (28,68 Millionen Euro), die wie im Vorjahr zu einem großen Teil in die MGV fließen. Für die Förderung besonderer Leistungsbereiche stehen 4,6 Millionen Euro zur Verfügung – davon entfallen 600.000 Euro auf die Förderung von Praxisnetzen. „Damit stehen wir auch im Vergleich mit anderen KVen gut da“, betont Brautmeier.

Sämtliche Sonderverträge, zum Beispiel zur Förderung des ambulanten Operierens, werden fortgeführt. Auf Grundlage der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen vereinbarten KV und Krankenkassen eine rückwirkende Vergütung für die Jahre 2012 bis einschließlich des dritten Quartals 2015 in Höhe

von etwa 22 Millionen Euro. Anspruch auf eine Nachvergütung haben allerdings nur Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die für das entsprechende Quartal Widerspruch gegen ihre Honorarbescheide eingelegt hatten.

2017 geht es um Nachholbedarf

Im kommenden Jahr wird es bei den Honorarverhandlungen darum gehen, die trotz der veritablen Steigerungen der vergangenen Jahre immer noch vorhandene Lücke zu schließen, die zwischen den Mitteln für die MGV je Versichertem in Nordrhein und den Mitteln besteht, die anderen KVen zur Verfügung stehen. Nicht umsonst hat sich die KV Nordrhein seit Jahren für die „Konvergenz“ stark gemacht. Nachdem die Politik im Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) die Rahmenbedingungen für eine Überprüfung von Vergütungsunterschieden formuliert hat, die nicht auf eine unterschiedliche Morbidität der Bevölkerung zurückzuführen sind, scheint ein Ende des absurden Gefälles in Reichweite. ■ DR. HEIKO SCHMITZ

Verhandlungsergebnis für das Jahr 2016

	Prozent	Millionen Euro
Anhebung des Orientierungspunktwertes	+ 1,6	+ 43,55
Veränderungsrate	+ 1,3875	+ 37,77
Nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs	+ 0,038	+ 1,04
Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung	+ 3,0255	+ 82,36

Neue Pauschale abrechenbar

Der Hausärzte-Strukturvertrag zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und der KV Nordrhein ist zum 1. April 2016 finanziell aufgewertet worden. Darüber hinaus haben die Vertragspartner den bürokratischen Aufwand für Ärzte reduziert.

Die diagnoseabhängigen Betreuungspauschalen, die Hausärzte über den Vertrag abrechnen können, waren bis zum Ende des ersten Quartals 2016 auf 7,50 Euro pro Behandlungsfall und Quartal begrenzt. Das ändert sich ab 1. April 2016. Die Betreuungspauschalen sind folglich unbegrenzt abrechenbar – unter Beachtung der vereinbarten Voraussetzungen. Darauf haben sich die AOK und die KV Nordrhein verständigt. Mit der Änderung soll der erhöhte Aufwand, den Hausärzte bei der Betreuung multimorbider Patienten haben, besser abgebildet werden.

Beispiel: Ein Hausarzt codiert folgende gesicherte Diagnosen: E89.0 G, I20.8 G, F45.40 G, C77.0 G, L40.0 G. Im Rahmen der automatisierten Abrechnung setzt die KV Nordrhein dreimal die Symbolnummer 91320 und zweimal die Symbolnummer 91321 zu. Der Hausarzt erhält somit 12,60 Euro zusätzlich für den Behandlungsfall.

Neu: kontaktabhängige Aufwandspauschale

Doch das ist nicht die einzige Verbesserung des Vertrages. Ab April existiert eine neue Vergütungsposition, die einmalige kontaktabhängige Aufwandspauschale. Die KV Nordrhein zahlt fünf Euro pro Patient aus, wenn bei diesem erstmalig eine gesicherte



Hausärzte erhalten im Hausärzte-Strukturvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg seit 1. April höhere Pauschalen für die Behandlung von Patienten. Mehr Infos zum Vertrag finden Sie unter www.kvno.de | [KV | 160509](#)

Diagnose aus einer der insgesamt 67 Indikationsgruppen codiert wird. Die Prüfung erfolgt über die vier zuletzt abgerechneten Quartale. Praxen erhalten die Vergütung extrabudgetär; die Symbolnummer 91319 setzt die KV Nordrhein automatisch zu. Damit soll der Mehraufwand der Ärzte bei der Diagnosestellung neuer Krankheiten vergütet werden.

Angepasst wurde auch die Anlage 2 des Vertrags, die Übersicht mit den Indikationen und Diagnosen. Insgesamt ist der Katalog um insgesamt 81 Diagnosen erweitert worden: 267 Diagnosen wurden neu aufgenommen, 186 Diagnosen gestrichen.

Teilnahmerklärung entfällt

Eine Verbesserung gibt es auch bei der Bürokratie: Wie berichtet, müssen AOK-Versicherte seit 1. April 2016 ihre Teilnahme nicht mehr schriftlich bestätigen – dies gilt zumindest vorübergehend. Allerdings müssen Hausärzte ihre Patienten weiterhin über den Vertrag und seinen Inhalt informieren.

Diese Nachbesserungen dürften den Vertrag für Ärzte deutlich attraktiver machen. Zurzeit nehmen rund 2.500 Hausärzte an diesem Strukturvertrag teil. Ziel ist es, die hausärztliche Versorgung weiter zu stärken.

■ FRANK NAUNDORF

Vergütung für Geriatrie geregelt

Hausärzte behalten in der geriatrischen Behandlung das Heft in der Hand. In schwierigen Fällen können sie aber ab 1. Juli 2016 an Geriatrische Institutsambulanzen überweisen. Der Bewertungsausschuss hat die Vergütung dafür in einem neuen Kapitel im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geregelt. Unberührt davon bleiben die Gebührenordnungspositionen (GOP) 03360 und 03362 den Hausärzten vorbehalten.

Die neuen GOP stehen im Abschnitt 30.13 des EBM. Die Leistungen sind für Patienten mit einem besonders aufwändigen geriatrischen Versorgungsbedarf bestimmt. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Hausärzte können Patienten künftig für das weiterführende geriatrische Assessment an einen spezialisierten geriatrischen Vertragsarzt oder eine ermächtigte Geriatrische Institutsambulanz (GIA) überweisen. Im Ausnahmefall können in Kooperation mit Hausärzten auch andere Vertragsärzte überweisen (siehe Tabelle Seite 11). Es entscheiden also niedergelassene Ärzte, ob eine GIA in Anspruch genommen wird. Zur Abklärung im Vorfeld dient die GOP 30980. Die spezialisierten Vertrags-

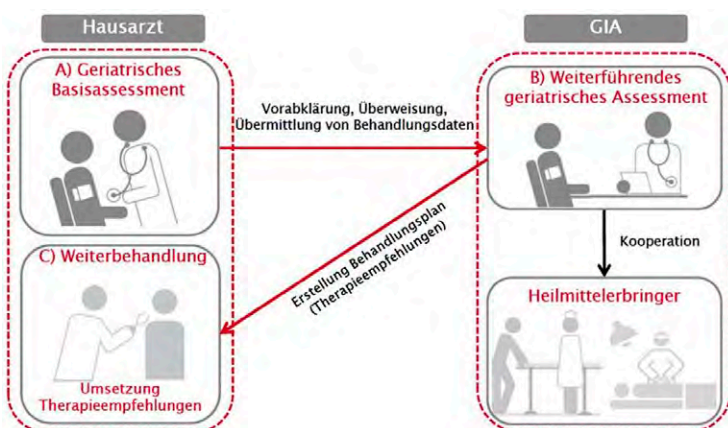
ärzte oder die GIA rechnen für die Abklärung im Vorfeld die GOP 30981 ab.

Geriatrisches Assessment

Das weiterführende geriatrische Assessment können Internisten mit geriatrischem Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung Geriatrie nach Überweisung mit der GOP 30984 abrechnen, wenn eine Abklärung nach GOP 30980 und 30981 erfolgt ist. Dauert es länger als 60 Minuten, können je weitere vollendete 30 Minuten die Zuschläge nach den GOP 30985 und 30986 jeweils bis zu zweimal im Krankheitsfall berechnet werden. Insgesamt werden bis zu 180 Minuten vergütet, mit maximal 2.000 Punkten.

Im Anschluss kann der weiterbehandelnde Hausarzt für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen nach multiprofessioneller geriatrischer Diagnostik die GOP 30988 berechnen. Diese GOP ist ein Zuschlag zum hausärztlich-geriatrischen Betreuungskomplex 03362 und den Zusatzpauschalen 16230/16231 oder 21230/2123 für die kontinuierliche Mitbetreuung in der häuslichen Umgebung beziehungsweise in Heimen. Hausärzte können nach wie vor den hausärztlich geriatrischen Betreuungskomplex (GOP 03362) abrechnen. Davor muss ein geriatrisches Basisassessment (GOP 03360) oder ein weiterführendes geriatrisches Assessment (GOP 30984) stattgefunden haben. Das Basisassessment ist die Grundlage für alle weiteren Schritte im neuen EBM-Abschnitts 30.13.

Hausärzte steuern geriatrische Behandlung



Quelle: GKV-Spitzenverband

Abrechnungsvoraussetzungen

Um die GOP 30981, 30984, 30985 und 30986 abrechnen zu können, ist eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik erforderlich. Diese Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes tritt ebenfalls zum 1. Juli 2016 in Kraft. Sie wird erteilt, wenn bestimmte fachliche, räumliche, apparative und organisatorische Voraussetzungen erfüllt sind.

Geeignet sind Fachärzte für Innere Medizin, für Allgemeinmedizin, für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, die über die Schwerpunktbezeichnung Geriatrie verfügen. Zusätzlich können Fachärzte für Innere Medizin und Geriatrie sowie Ärzte, die über die Zusatzbezeichnung Geriatrie verfügen, eine Genehmigung erhalten. Die Qualitätssicherungsvereinbarung sieht unter anderem vor, dass die geriatrische Schwerpunktpraxis mit weiteren Berufsgruppen wie Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden kooperiert. Der Zugang zur Praxis muss außerdem behindertengerecht sein. Darüber hinaus sind alle zwei Jahre 48 Fortbildungspunkte zu altersassoziierten Krankheiten, Syndromen und Versorgungsformen nachzuweisen.

Nur in aufwändigen Fällen

Für alle neuen GOP gilt: Sie können nur bei Patienten abgerechnet werden, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwändigen geriatrischen Versorgungsbedarf aufweisen und bestimmte Kriterien erfüllen. Diese sind in der Präambel zum neuen EBM-Abschnitt 30.13 geregelt. So müssen mindestens zwei bestimmte geriatrische Syndrome aus einer Liste vorliegen oder eines dieser Syndrome in Kombination mit einer Pflegestufe. Darüber hinaus muss längstens ein Quartal zuvor ein geriatrisches Basisassessment durchgeführt worden sein.

■ FRANK NAUNDORF

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV 160511**

GOP	Punktzahl	Legende	Arzt Berechtigung
03360	122	hausärztlich geriatrisches Basisassessment	■ Hausarzt
03362	159	hausärztlich geriatrischer Betreuungskomplex	■ Hausarzt
30980	194	Abklärung vor Durchführung eines spezialisierten Assessments durch den überweisenden Vertragsarzt (GOP 30984)	■ Hausarzt ■ im Ausnahmefall weitere Fachgruppen*
30981	131	Abklärung vor Durchführung eines spezialisierten Assessments (GOP 30984)	■ Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie ■ Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie
30984	882	weiterführendes geriatrisches Assessment; nur auf Überweisung nach Abklärung (GOP 30980 und 30981)	■ Vertragsärzte mit Zusatzbezeichnung Geriatrie
30985	325, Zuschlag zur GOP 30984	Fortsetzung Assessment über 60 Minuten Zuschlag je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall	■ Fachärzte für Innere Medizin/Physikalische und Rehabilitative Medizin/Allgemeinmedizin mit geriatrischer Qualifikation gemäß Anlage 1 zu § 1 der Vereinbarung nach § 118a SGB V
30986	234, Zuschlag zur GOP 30985	Fortsetzung Assessment über 120 Minuten Zuschlag je weitere vollendete 30 Minuten, bis zu zweimal im Krankheitsfall	■ Ermächtigte GIA
30988	65	Zuschlag zu GOP 03362, 16230, 16231, 21230 und 21231 für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen nach einem weiterführenden geriatrischen Assessment GOP 30984	■ Hausarzt ■ im Ausnahmefall weitere Fachgruppen*

* Neurologen, Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie

Antikorruptionsgesetz verabschiedet

Nach monatelangen Diskussionen hat der Bundestag am 14. April das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption und Bestechung im Gesundheitswesen verabschiedet. Das Gesetz tritt noch vor der Sommerpause in Kraft.

Künftig soll jeder Angehörige eines Heilberufs bestraft werden, der einen Vorteil annimmt oder selbst fordert, wenn er bei der Verordnung, dem Bezug oder der Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten oder bei der Zuführung von Patienten einen Wettbewerber in unlauterer Weise bevorzugt. Tätern drohen Geldstrafen oder bis zu drei Jahren Haft.

Bestechung und Bestechlichkeit

Im Vergleich zum bisherigen Entwurf hat das Parlament auf der Zielgeraden noch einige entscheidende Änderungen vorgenommen: Die neuen Straftatbestände „Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen“ sind nun als sogenannte Offizialdelikte ausgestaltet. Das heißt, die Staatsanwaltschaft wird entsprechende Taten bzw. Verdachte von Amts wegen verfolgen. Ursprünglich geplant war, nur auf Antrag von Geschädigten wie Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Kammern oder Berufsverbänden zur ermitteln.

Kooperationen im Gesundheitswesen werden in dem verabschiedeten Gesetz zwar nicht in der Weise unter Generalverdacht gestellt, wie dies ursprünglich einmal vorgesehen war. Doch es gab keine Änderung bei der von der Ärzteschaft geforderten definitiven Klarstellung: Wo enden zulässige Kooperationen und wo beginnt strafbare Korruption? Daher dürfte diese Rechtsfrage in den nächsten Jahren den Gerichten zur Klärung überlassen bleiben. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kündigte an, die Umsetzung des Gesetzes genau zu beobachten, um zu sehen, ob wünschenswerte Kooperationen gefährdet würden.

„Lauterer Wettbewerb“

Das Antikorruptionsgesetz bringt für Ärztinnen und Ärzte keine gänzlich neuen Verbote. Was künftig das Strafrecht ahndet, war und ist nach dem ärztlichen Berufsrecht und nach dem Vertragsarztrecht auch schon heute untersagt.

Antikorruptionsgesetz

Mit dem Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen (kurz: Antikorruptionsgesetz) wird der Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen für alle Heilberufe im Strafgesetzbuch verankert. Die neuen Paragraphen 299a und 299b sollen strafrechtliche Lücken schließen. Künftig soll jeder Angehörige eines Heilberufs bestraft werden, der einen Vorteil annimmt oder selbst fordert, wenn er bei der Verordnung, dem Bezug oder der Abgabe von Arzneimitteln und Medizinprodukten oder bei der Zuführung von Patienten einen anderen im Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzugt.

Mit dem Strafrecht droht Tatverdächtigen aus allen Heil- und Gesundheitsberufen nun allerdings ein scharfes Schwert: Weitreichende Ermittlungsbefugnisse der Justiz bis hin zur Durchsuchung von Wohn- oder Praxisräumen und die Beschlagnahmung von Unterlagen. Selbst wenn sich ein Verdacht am Ende nicht bestätigt, so kann allein der „Auftritt“ von Ermittlungsbeamten vor den Augen von Kollegen und Patienten das Image und letztlich die Existenz eines Arztes bzw. einer Praxis nachhaltig gefährden. ■ KVNO



Fotos: Brian Jackson, VPD – fotolia.com

Wahlen 2016: Es ist Ihre KV Nordrhein

Wie wird das Honorar verteilt? Wie sieht der Haushalt und die Satzung aus? Mit diesen – und vielen anderen Fragen – beschäftigt sich die Vertreterversammlung. Die 50 Vertreterinnen und Vertreter bestimmen den Kurs der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein entscheidend mit. In diesem Jahr entscheiden die Mitglieder der KV Nordrhein, wer sie in der Vertreterversammlung und in den Vorständen der Kreisstellen vertritt.

Wählen Sie mit – es geht um Ihre Selbstverwaltung!

Wichtige Termine

- | | |
|-----------------------|---|
| 1. Juli bis 3. August | Abgabe der Stimmen per Briefwahl |
| 10. August | Wahlergebnis Vertreterversammlung (vorläufig) |
| 8. Oktober | Wahl des Vorstands der KV Nordrhein |



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Mehr Infos unter www.kvno.de/wahlen2016



Verpassen Sie keinen Wahltermin.
Folgen Sie uns auf [Twitter/kvno_aktuell](https://twitter.com/kvno_aktuell)

Übergangsregelung läuft aus

180 neue Hausarztsitze

Voraussichtlich Ende Juli 2016 gibt es einen Zuwachs von rund 180 freien Hausarztsitzen in Nordrhein. Das liegt allerdings nicht daran, dass enorm viele Ärztinnen und Ärzte in Ruhestand gehen, sondern allein daran, dass eine Übergangsregelung in der Bedarfsplanung ausläuft.

Derzeit ist die Sperrgrenze für Hausärzte in Nordrhein übergangsweise auf 102 Prozent gesenkt. Diese ändert sich voraussichtlich mit dem nächsten Beschluss des Landesausschusses, der für Juni 2016 vorgesehen ist. Dann sind die Planungsbereiche wieder unterhalb der „normalen“ Sperrgrenze von 110 Prozent geöffnet. Dieses Verfahren fußt auf der Bedarfsplanungsrichtlinie.

Zum Hintergrund: Bis Ende 2012 sah die Bedarfsplanungsrichtlinie eine einheitliche Planungsbereichsgröße – den Landkreis oder die kreisfreie Stadt – für alle der Bedarfsplanung unterliegenden Arztgruppen vor. Darüber hinaus wurden – je nach Einwohnerdichte und Mitversorgung des Umlands – zehn verschiedene Verhältniszahlen (Arzt-Einwohner-Relationen) zugrunde gelegt, um eine ausreichende vertragsärztliche Versorgung zu erreichen.

Auf der Grundlage dieser Bedarfsplanung waren alle Planungsbereiche für weitere hausärztliche Niederlassungen gesperrt. Rechnerisch war ganz Nordrhein mit Hausärzten überversorgt. Allerdings ließ die Verteilung der niedergelassenen Hausärzte aus Versorgungsgesichtspunkten hier und da zu wünschen übrig.

So war häufig eine Ansammlung von Praxen in den Mittelzentren zu finden, im ländlicheren Umland dagegen praktizierten mancherorts nur sehr wenige Hausärzte. Beispiel Rhein-Erft-Kreis: lokaler Versorgungsgrad am 1. Juli 2012 in Bergheim 109,3 Prozent, im angrenzenden Bedburg 76,1 Prozent.

Umbruch in den Rechenvorschriften

Ganz anders sah es nach den Vorgaben der seit Januar 2013 geltenden Bedarfsplanungsrichtlinie aus. Diese sieht für Hausärzte kleinere Raumzuschnitte vor: die Planung auf der Ebene der sogenannten Mittelbereiche. Zudem ist nunmehr eine einzige Verhältniszahl von 1.671 Einwohnern an die Stelle der bisher zehn unterschiedlichen getreten (Ausnahme: die Verhältniszahl 2.134 für das Ruhrgebiet).

Die Anwendung der neuen Rechenvorschriften hatte zur Folge, dass auf einen Schlag 280 zusätzliche Hausarztsitze in Nordrhein entstanden sind – vor allem im bisher gering versorgten ländlichen Umland der Mittelzentren, für das nun eigene Planungsbereiche gebildet worden waren. Von einem Tag auf den anderen verschwand durch die Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie die bisher ausgewiesene Überversorgung – die Versorgungsgrade rutschten teilweise sogar unter 75 Prozent.

Übergangsregelung

Um den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen eine Steuerungsmöglichkeit an die Hand zu geben, hat der Gemeinsame Bundesausschuss „für solche Fälle“ eine Übergangsregelung in die Bedarfsplanungsrichtlinie genommen, die drei Jahre lang angewendet werden durfte (§ 67 BP-RL).

Danach sind diejenigen Planungsbereiche, in denen die Versorgungsgrade nur wenig unterhalb der Sperrgrenze von 110 Prozent lagen, vorübergehend gesperrt worden. Nieder-

lassungswillige Hausärzte konnten folglich zunächst primär die Mittelbereiche mit den niedrigsten Versorgungsgraden „auffüllen“.

Tatsächlich sind die Versorgungsgrade dieser offenen Mittelbereiche bereits innerhalb des ersten Jahres deutlich angestiegen. Innerhalb des Übergangszeitraums haben sich die vorher breit gestreuten Versorgungsgrade tendenziell einem Korridor von 90 bis 110 Prozent angenähert. Am Beispiel von eben: lokaler Versorgungsgrad am 1. Juli 2015 in Bergheim 104,5 Prozent, in Bedburg 90,3 Prozent. Der durchschnittliche hausärztliche Versorgungsgrad ist in Nordrhein von 103,7 (Anfang 2013)

auf 105,4 Prozent (Ende 2015) gestiegen. Die Übergangsregelung ist demnach als Erfolg zu werten.

Mit der zu erwartenden Freigabe der etwa 180 Hausarztsitze mit dem nächsten Beschluss des Landesausschusses (voraussichtlich im Juni 2016) entfällt die bisherige Steuerungsmöglichkeit, da die Übergangsfrist von drei Jahren abgelaufen ist. Zusammen mit den jetzt schon freien Sitzen stehen nach dem Inkrafttreten des Beschlusses in der zweiten Jahreshälfte etwa 250 Hausarztsitze in Nordrhein zur Besetzung zur Verfügung.

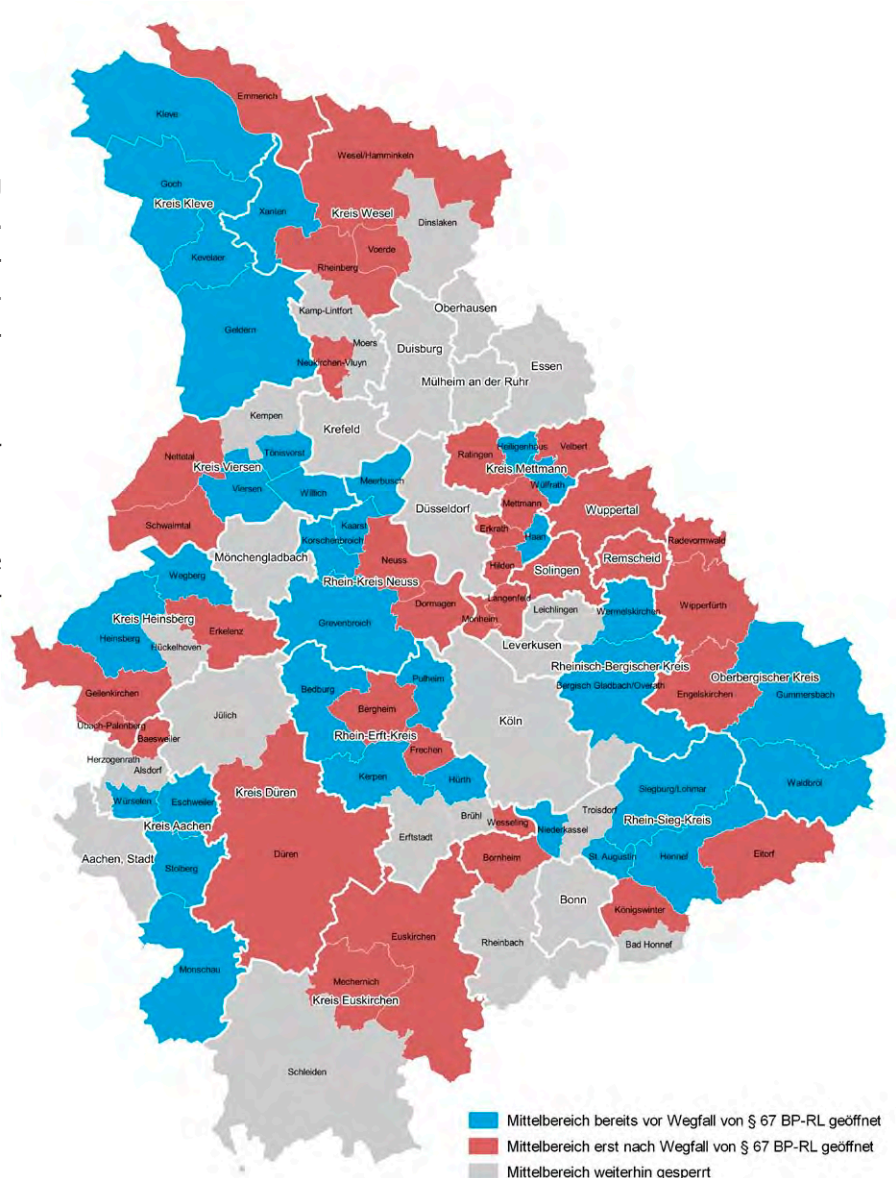
■ MONIKA STENDER

Neue Hausarztsitze in Nordrhein

Nach dem Auslaufen der Übergangsregelung sind 180 Hausarztsitze zusätzlich zu besetzen. Die Spanne reicht von einem halben Sitz voraussichtlich bis zu 14,5 Sitzen. Weitere Hausärzte können sich nach Antrag beim zuständigen Zulassungsausschuss ab Herbst in den rot markierten Bereichen niederlassen. Schon heute sind die blau markierten Bereiche für die Niederlassung geöffnet.

Eine Prognose zu der konkreten Anzahl der je Mittelbereich frei werdenden Sitze stellen wir ab 17. Mai 2016 unter www.kvno.de bereit.

KV | 160515



EVA und Co.: Ausbildungs-Frist bis Ende 2016 verlängert

Die Übergangsregelung zur Vergütung der Leistungen nicht ärztlicher Praxisassistentinnen (NäPas) in Ausbildung wird um ein halbes Jahr verlängert. Statt am 30. Juni 2016 endet die Regelung am 31. Dezember 2016.



Für EVAs, Verahs und Co. gelten die GOP in der Ausbildung noch bis Ende 2016. Danach muss zur Abrechnung der GOP die Ausbildung beendet sein.

Seit Anfang 2015 können Hausärzte für NäPas eigens eingeführte Gebührenordnungspositionen (GOP) abrechnen. Voraussetzung sind allerdings bestimmte Qualifikationen, etwa eine Fortbildung zur Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA) oder Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH).

Die Leistungen werden auch bezahlt, wenn die NäPa die Fortbildung zur EVA oder VERAH noch nicht abgeschlossen hat. Das galt bislang bis zum 30. Juni 2016. Bis dahin musste die Ausbildung abgeschlossen sein, sonst kann die Praxis die GOP für die NäPa nicht mehr abrechnen. Da viele EVAs jedoch noch in der Ausbildung sind, haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband die Frist bis zum 31. Dezember 2016 verlängert. Allein in Nordrhein befinden sich aktuell rund 340 NäPas in entsprechenden

Kursen und zusätzlich circa 70 haben sich für dieses Jahr neu angemeldet.

Zu den Leistungen, die für EVA und Co. abrechenbar sind, gehört ein Zuschlag von bis zu 1.320 Euro pro Praxis im Quartal (GOP 03060). Außerdem werden die Hausbesuche der Assistentin vergütet (GOP 03062 und 03063). Das Honorar erhalten die Praxen extrabudgetär. In Nordrhein haben die Praxen die Möglichkeiten bislang nicht ausgeschöpft. Im dritten Quartal 2015 haben gerade einmal 474 der Praxen Leistungen für EVA und Co. abgerechnet. Die KV Nordrhein hat im dritten Quartal für die Förderung der hausärztlichen Grundversorgung – hierzu zählen auch die ebenfalls extrabudgetär vergüteten Leistungen der weiterführenden sozialpädiatrisch orientierten Versorgung (GOP 04356) – rund 1,26 Millionen Euro ausgezahlt. Für diese Leistungen standen insgesamt allerdings 3,8 Millionen Euro zur Verfügung.

Ab dem 1. Januar 2017 ist der Abschluss der Fortbildung die Voraussetzung für eine Abrechnungsgenehmigung. Es reicht dann nicht mehr aus, eine Ausbildung zum Beispiel zur EVA begonnen zu haben. Die KV Nordrhein erteilt die Genehmigung zur Abrechnung der NäPa-Leistungen dann nur noch, wenn die Fortbildung erfolgreich abgeschlossen wurde.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV 160516**

DMP-Verträge angepasst: Überweisung angeben

Zusammen mit den Krankenkassen hat die KV Nordrhein zum 1. März 2016 die Verträge zu den Disease-Management-Programmen (DMP) koronare Herzkrankheit und Diabetes mellitus Typ 1 angepasst. Neben der Anpassung an die DMP-Anforderungsrichtlinie wurden auch weitere Neuerungen mit aufgenommen. So ist die Teilnahme eines Patienten am jeweiligen DMP künftig auf der Überweisung für den annehmenden Arzt zu vermerken.

Nur wenn der Patient sicher im DMP eingeschrieben ist, können ärztliche Kollegen DMP-Leistungen abrechnen. Auf der Überweisung ist die Teilnahme am jeweiligen DMP zu vermerken. Bitte übernehmen Sie diese Kennzeichnung auch für die anderen DMP, für die solche Anpassungen noch nicht schriftlich mit den Krankenkassen vereinbart wurden.

Neu ist auch, dass nicht mehr nur die Fortbildung „Diabetologe“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft als fachliche Voraussetzung für das Führen einer Diabetesschwerpunktpraxis anerkannt ist, sondern auch die Fortbildung „Diabetologe“ der Ärztekammern.

Mehr Infos unter www.kbv.de | **KV | 160517**

Dokumentationsnummern bei Schutzimpfungen überarbeitet

Bei folgenden Kombinationsimpfstoffen muss auch bei der letzten Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossener Impfung die jeweilige Dokumentationsnummer vermerkt werden:

- Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV):
Nr. 89302
- Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap):
Nr. 89303
- Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV):
Nr. 89400

Dies sieht die Anlage 2 der Schutzimpfungsrichtlinie vor. Die Regelung wurde auch in der regionalen Impfvereinbarung berücksichtigt.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV | 160517**

Cystotonometrikatheter als Sachkosten abrechnen

Die Kosten für Cystotonometrikatheter und Bestecke zur transurethralen Cystometrie können als Sachkosten abgerechnet werden.

Dies erfolgt nach Abschnitt 7.3 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und ist das Ergebnis einer Beschlussfassung der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen.

Die Abrechnung der Kosten erfolgt über den Behandlungsschein des Patienten mit Angabe des Betrages und der Symbolnummer 99525 unter Vorlage der Originalrechnung. Im Rahmen der Abrechnung der EBM-Nummern 08310 und 26313 sind Cystotonometrikatheter und Urethradruckprofilkatheter nicht nebeneinander berechnungsfähig. Für die Verbrauchsmaterialien Urodynamik ergeben sich keine Änderungen, so dass diese weiterhin unabhängig von den EBM-Nummern als Sachkosten nach Abschnitt 7.3 im EBM abgerechnet werden können.

Kataraktchirurgie: Neue Narkosepauschalen ab Juli 2016

In der Kataraktchirurgie kann die Anästhesie künftig noch individueller auf Patienten abgestimmt werden. Dafür werden zum 1. Juli 2016 neue Pauschalen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Einen entsprechenden Beschluss hat der Bewertungsausschuss am 11. März 2016 gefasst.

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



Die neuen Pauschalen für das Narkosemanagement in der Kataraktchirurgie gelten ab Juli 2016.

Künftig können Anästhesisten nach medizinischer Notwendigkeit und patientenindividuell zwischen den Verfahren Analgesie/Sedierung, Narkose und Überwachung der Vitalfunktionen („Stand-by“) auswählen oder kombinieren. Bisher kann immer nur ein Anästhesieverfahren im Rahmen der Kataraktchirurgie berechnet werden.

Jedem intraokularem operativem Eingriff der Kategorie 1 und 2 (GOP 31350, 31351, 36350 und 36351) ist jeweils eine neue Pauschale für das Narkosemanagement (GOP 31840, 31841, 36840 und 36841) zugeordnet. Die Vergütung der vier Pauschalen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV).

Da die in den Pauschalen enthaltenen Teilleistungen präanästhesiologische Untersuchung (GOP 05310) und Überwachung der Vitalfunktionen (GOP 05340) derzeit innerhalb der MGV vergütet werden, soll auch künftig ein bestimmter Umfang der Pauschalen innerhalb der MGV vergütet werden.

Dazu wurde die GOP 05315 (15 Punkte) als Zuschlag zu den Pauschalen in den EBM auf-

genommen. Sie wird durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung automatisch zugesetzt und innerhalb der MGV vergütet.

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV 160518

Humangenetik: Neue GOP und extrabudgetäre Leistungen

Künftig sind die humangenetischen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in konstitutionelle genetische Untersuchungen und in tumorgenetische Untersuchungen gegliedert. Im Kapitel 11 verbleiben die konstitutionellen genetischen Untersuchungen als neugefasster Abschnitt 11.4. Die tumorgenetischen Leistungen stehen als neuer Abschnitt 19.4 im Kapitel 19. Mittels dieser Differenzierung werden die genetischen Leistungen im EBM an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik angepasst.

Die ärztlichen Kosten und die Gemeinkosten der konstitutionellen und tumorgenetischen Laborleistungen wurden in Pauschalen zusammengefasst. Diese Pauschalen sind je Fall berechnungsfähig (GOP 11301 bis 11303 und GOP 19401 bis 19403). Auch wurden die GOP für die genetische Diagnostik syndromaler oder seltener Erkrankungen in einem eigenen Unterabschnitt 11.4.3 zusammengeführt.

Die Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen des Abschnitts 11.3 und für die neuen Abschnitte 11.4 und 19.4 bleiben bis auf eine Anpassung bei den Kinder- und Jugendärzten gleich. Diese müssen nun die „entsprechenden Voraussetzungen“ des Abschnitts 11.4 beziehungsweise 19.4 erfüllen.

Ab 1. Juli werden zudem einige genetische Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt. Hierzu zählen umfangreiche – von der Krankenkasse des Versicherten vorab zu genehmigende – humangenetische Analysen (GOP 11449 und 11514), die Companion-Diagnostic (Unterabschnitt

19.4.4) sowie die allgemeine Tumorgenetik (Unterabschnitt 19.4.2). Für letztere Leistungen ist die Regelung bis zum 30. Juni 2020 befristet. Zur extrabudgetären Vergütung müssen jedoch noch Gespräche mit den Krankenkassen geführt werden.

Die Überarbeitung der humangenetischen Beurteilungen und der genetischen In-vitro-Diagnostik der EBM-Abschnitte 1.7.4, 1.7.5 und 8.5 ist zum 1. April 2017 geplant.

Der Bewertungsausschuss (BA) hatte am 11. März 2016 neben zahlreichen Beschlüssen zum EBM auch die Weiterentwicklung der humangenetischen Laborleistungen zum 1. Juli 2016 beschlossen. Aufgrund des Beschlusses sind zudem Anpassungen in § 24 Abs. 8 und § 25 Abs. 2 Nr. 2 des Bundesmantelvertrages erforderlich.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV 160519**

Psychotherapie: Anpassung bei Strukturzuschlägen

Der Bewertungsausschuss hat am 11. März 2016 eine Anpassung bei den Strukturzuschlägen für Psychotherapeuten beschlossen. Seit April 2016 erhalten Praxen den Zuschlag nur noch bis zu einer Obergrenze.

Der Strukturzuschlag für die Gebührenordnungspositionen 35251 bis 35253 wird in Abhängigkeit des Tätigkeitsumfangs laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid bis zu 379.712 Punkten im Quartal gezahlt. Das entspricht etwa 42 Therapiestunden wöchentlich – und somit sechs Stunden mehr als zuvor vom BSG für eine ausgelastete Praxis angenommen. Für die dazugewonnenen sechs Stunden – das heißt ab einer Punktzahl von 325.468 – erhalten Psychotherapeuten jedoch nur noch den halben Zuschlag.

Für Leistungen, die die abgerechnete Gesamtpunktzahl von 379.713 überschreiten, wird

kein Strukturzuschlag mehr zugesetzt. Die Regelung, wonach der Zuschlag erst ab einer bestimmten Mindestpunktzahl gewährt wird, bleibt bestehen.

Ende September 2015 hatte der erweiterte Bewertungsausschuss beschlossen, dass psychotherapeutische Leistungen besser honoriert werden sollten. Zur Vergütung höherer Aufwendungen bei der Praxisorganisation ab einer bestimmten Auslastung wurden außerdem neue Strukturzuschläge in den Abschnitt 35.2 des Erweiterten Bewertungsmaßstabs aufgenommen.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV 160519**

TK-Betreuungsstrukturvertrag: Aufnahme weiterer Diagnosen

Die Diagnosen beim Betreuungsstrukturvertrag mit der Techniker Krankenkasse wurden zum 1. April 2016 inhaltlich überarbeitet. Insgesamt wurden 194 Diagnosen gestrichen und 145 neu aufgenommen. Auch die Anzahl der Indikationsgruppen ändert sich von vormals 31 in nun 42 mit entsprechenden Diagnosen.

Gestrichen wurden unter anderem Indikationsgruppen/Diagnosen aus den Bereichen Adipositas und Osteoporose. Neu aufgenommen wurden Indikationen/Diagnosen insbesondere in den Bereichen chronische gastrointestinale Erkrankungen, Arthritis, Multiple Sklerose, pathologische Frakturen, Wirbelfrakturen und weitere Diagnosen. Die Änderungen sind in

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 160519**

Anlage 1 des Betreuungsstrukturvertrages nachzulesen.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV 160520**

Kein Muster 10A für Laborärzte

Laborärzte ohne unmittelbaren Patientenkontakt haben keine Möglichkeit, Befunde aus Laborgemeinschaften zu beziehen. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) im Mai 2015 (B 6 KA 27/14 R) klargestellt.



Laborärzte können laut Bundessozialgericht keine Befunde beziehen.

Laborgemeinschaften drohen Honorarberichtigungen, wenn sie auf Anforderung von Laborärzten allgemeine Laborleistungen des Kapitels 32.2 EBM erbringen.

Die Möglichkeit, Leistungen bei einer Laborgemeinschaft zu beziehen, besteht nach dem Bundesmantelvertrag nur für die Ärzte, die den Patienten nach Vorlage einer gültigen Krankenversicherungskarte unmittelbar behandeln. Laborärzte, die selbst Empfänger einer Überweisung zur Durchführung der Laborleistungen (Muster 10) sind, können nicht auf einem Muster 10A „weiterüberweisen“.

Soziotherapie-Richtlinie noch nicht umgesetzt

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte Anfang 2015 eine Änderung der Soziotherapie-Richtlinie beschlossen. Doch die Richtlinie kann weiterhin in Nordrhein nicht umgesetzt werden.

Grund: Zu der Versorgung mit Soziotherapie zählen auch Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit zwischen den verordnenden Ärzten und den Erbringern der Soziotherapie, etwa Sozialpädagogen, Sozialarbeiter oder Fachkrankenpfleger für Psychiatrie. Da diese aber nach wie vor keine Verträge mit den nordrheinischen Krankenkassen geschlossen haben, können Ärzte in Nordrhein die entsprechenden Gebührenordnungspositionen 30800, 30810 und 30811 des EBM weiterhin nicht abrechnen.

Die neue Richtlinie besagt unter anderem, dass jetzt auch Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie Soziotherapie verordnen können. Zuvor waren es nur Fachärzte für Psychiatrie oder Nervenheilkunde.

Solingen führt Gesundheitskarte für Flüchtlinge ein

Die Stadt Solingen führt eine Gesundheitskarte für Flüchtlinge zum 1. April 2016 ein. Diese Karte gilt nur für Flüchtlinge, für die die Stadt Solingen zuständig ist und ersetzt den bisherigen Berechtigungsschein. Asylbewerber können die Karte in der Arztpraxis in Verbindung mit einem gültigen Aufenthaltsnachweis benutzen, etwa mit einer Bescheinigung über die Duldung als Asylsuchender oder einem Ankunftsnachweis bzw. einer Aufenthaltsgestattung oder -duldung.

Mit diesen Unterlagen können die Patienten Hausärzte, Kinder- und Jugendmediziner, Augenärzte sowie Gynäkologen direkt aufsu-

chen. Zu anderen Fachgruppen, etwa Orthopäden, Kardiologen oder HNO-Ärzten, können sie nur mit der Überweisung eines Hausarztes gehen. Für Überweisungen bei akuten Erkrankungen wird allerdings nicht mehr die Zustimmung des Stadtdienstes Soziales benötigt.

Krankentransport: Ausnahmefall konkretisiert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Krankentransport-Richtlinie angepasst und dabei den Ausnahmefall onkologische Chemotherapie konkretisiert. Hintergrund ist, dass sich das Behandlungsspektrum bei Krebstherapien erweitert hat. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung nur in Ausnahmefällen. Zu Ausnahmen, die in der Krankentransport-Richtlinie festgelegt sind, zählen Dialysebehandlungen, onkologische Strahlentherapie und onkologische Chemotherapie.

Für letztere hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) jetzt eine Konkretisierung beschlossen und den Begriff „onkologische Chemotherapie“ angepasst. Denn der Begriff reicht nicht mehr aus, die Arzneimitteltherapien mit anderen Wirkprinzipien zu beschreiben. Die neue Formulierung lautet „parenterale antineoplastische Arzneimitteltherapie/parenterale onkologische Chemotherapie“. Der G-BA-Beschluss vom 18. Februar 2016 tritt nach Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die anderen Bestimmungen bleiben unverändert: Fahrten zu einer ambulanten Operation nach § 115b des Sozialgesetzbuchs V können weiterhin nur dann von den Krankenkassen übernommen werden, wenn es sich um einen stationärsersetzenden Eingriff (gemäß Anlage 1 des AOP-Katalogs) handelt. Ansonsten müssen die Patienten die Kosten für Fahrten zu ambulanten Operationen selbst tragen.

Infos zum Transport von Kranken

- Die Krankenkasse übernimmt nur die Fahrkosten zu einer stationären Behandlung inklusive ihrer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus. Diese Fahrten müssen nicht genehmigt werden.
- Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen übernommen.

Hierzu zählen Fahrten zur

- Dialysebehandlung,
- onkologischen Strahlentherapie,
- parenteralen antineoplastischen Arzneimitteltherapie/ onkologischen Chemotherapie.

Darüber hinaus können Fahrkosten für Versicherte verordnet werden, die in ihrer dauerhaft eingeschränkten Mobilität

- einen Schwerbehindertenausweis Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ vorlegen,
- Pflegeleistungen der Pflegestufe 2 oder 3 (SGB XI) beziehen oder wenn vergleichbare Gründe aufgezeigt sind.

- Fahrten zu einer ambulanten Operation nach § 115b des Sozialgesetzbuchs V können nur dann übernommen werden, wenn es sich um einen stationärsersetzenden Eingriff (gemäß Anlage 1 AOP-Katalog) handelt.
- Vertragsärzte können gesetzlich krankenversicherten Patienten Fahrten zur ambulanten und stationären Behandlungen verordnen, wenn die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse medizinisch erforderlich ist. Fahrten aus anderen Gründen, zum Beispiel zum Abholen von Verordnungen oder Erfragen von Befunden, sind nicht verordnungsfähig.
- Verordnen auf Formular 4 „Verordnung einer Krankenförderung“.
- Die Verordnung sollte vor der Fahrt ausgestellt werden. Nur in Ausnahmefällen (Notfällen) kann dies später erfolgen.
- Taxi oder Krankentransport? Die Auswahl des Fahrzeugs richtet sich allein nach der medizinischen Notwendigkeit unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Die Notwendigkeit eines Krankentransportwagen ist im Muster 4, medizinisch zu begründen (ggf. auch unter Angabe des ICD-10).
- Die Fahrten sollen auf dem direkten Weg zwischen dem Aufenthaltsort des Patienten und der nächstgelegenen geeigneten Behandlungsmöglichkeit erfolgen.
- Bei Fahrten mit einem privaten Fahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmitteln ist keine Verordnung erforderlich. Dies gilt auch für Fahrten zu einer Kur- oder Reha-Einrichtung, für deren Kostenübernahme sich Versicherte direkt an ihre Krankenkasse wenden.
- Der Arzt sollte seine Patienten über den Genehmigungsvorbehalt und die Zuzahlung zu den Fahrtkosten informieren.

Mehr Infos zum Thema Krankentransport unter www.kvno.de und www.kbv.de

KV | 160521

Entlassmedikation: Kliniken dürfen künftig verordnen

Krankenhausärzte sollen ihren Patienten künftig bei der Entlassung aus der Klinik unter bestimmten Voraussetzungen ein Rezept ausstellen dürfen. Das sieht das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vor. Der Gesetzgeber will damit die medizinische Versorgung der Patienten unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt sicherstellen. Für die praktische Umsetzung muss jedoch auf Bundesebene noch ein Rahmenvertrag geschlossen werden.

Verordnungen durch Krankenhausärzte sind demnach an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Beispiel: Wird der Patient unmittelbar vor dem Wochenende entlassen, muss das Krankenhaus prüfen, ob die Versorgung durch die Mitgabe von Medikamenten sichergestellt werden kann. Ansonsten dürfen Krankenhausärzte nur die kleinste Packungsgröße (N1) eines Arzneimittels verordnen.

Verordnungen im Rahmen des Entlassmanagements sollen künftig als solche gekennzeichnet werden und sind nur begrenzt gültig. So müssen beispielsweise Arzneimittelrezepte innerhalb von drei Werktagen (einschließlich Samstag) nach der Entlassung in der Apotheke eingelöst werden.

Rahmenvertrag steht noch aus

Einzelheiten hierzu hat der Gemeinsame Bundesausschuss bereits in seinen Richtlinien geregelt. Die Regelungen betreffen die Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, häuslicher Krankenpflege und Soziotherapie sowie von AU-Bescheinigungen. Der noch fehlende Rahmenvertrag soll Einzelheiten etwa zu den Formularen oder der Betriebsstättennummer regeln. Die Verhandlungen laufen noch.

Bei den neuen Regelungen zur Entlassmedikation handelt es sich jedoch nicht um eine Verpflichtung, sondern um eine „Kann-Vorschrift“. Das bedeutet, dass auch mit einem Rahmenvertrag offen bleibt, wie einzelne Krankenhäuser die Entlassverordnungen umsetzen werden. Bisher können laut Apothekengesetz Krankenhäuser Patienten Arzneimittel für einen kurzen Zeitraum mitgeben, wenn sich an den Krankenhausaufenthalt unmittelbar ein Wochenende oder ein Feiertag anschließt. Darüber hinaus müssen im Zusammenhang mit vor- und nachstationären Behandlungen gemäß §115 SGB V durch Krankenhaus-Ärzte die unmittelbar erforderlichen Arzneimittel vom Krankenhaus gestellt werden.

Reha-Einrichtungen begrenzt in der Pflicht

Bei voll- und teilstationärer Reha muss die Reha-Einrichtung nur die Arzneimittel für die rehabilitationsbegründende Erkrankung stellen. Das gilt beispielsweise für Schmerzmittel nach einer Knie-TEP. Was für die darüber hinaus gehende Arzneimittel-Versorgung durch Reha-Einrichtungen gilt, regeln individuelle Verträge zwischen der Einrichtung und den jeweiligen Krankenkassen.

Ansonsten sind die niedergelassenen Ärzte für die Medikation zuständig. Denn zur Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gehören nach dem Bundes-

mantelvertrag auch „ärztliche Leistungen bei interkurrenten Erkrankungen während ambulanter Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten sowie ambulant ausgeführte Leistungen, die während einer stationären Rehabilitation erforderlich werden und nicht mit dem Heilbehandlungsleiden im Zusammenhang stehen“.

Die Verordnung von Arzneimitteln durch den niedergelassenen Arzt wäre also möglich, zum Beispiel durch den Hausarzt, einen Arzt am Ort der Reha-Einrichtung oder im Rahmen eines Hausbesuches in der Reha-Einrichtung.

Krankenhaus bei Aufenthalt zuständig

Einige Krankenhäuser fordern Patienten auf, bei einem stationären Aufenthalt ihre üblichen Arzneimittel mitzubringen. Eine Versorgung der Patienten im Krankenhaus mit den mitgebrachten Medikamenten ist unzulässig. Denn die allgemeinen Krankenhausleistungen, also auch die Versorgung mit Medikamenten, umfassen die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten. So ist es im Krankenhausentgeltgesetz geregelt.

Mit anderen Worten: Für oder während eines stationären Aufenthaltes dürfen Arzneimittel durch den niedergelassenen Arzt nicht verordnet werden. Passiert das doch, können Krankenkassen einen Antrag auf „Sonstigen Schaden“ stellen. Das Landesozialgericht Rheinland-Pfalz hat aber klargestellt, dass der niedergelassene Arzt ohne konkrete Anhaltspunkte nicht verpflichtet ist, den Patienten zu fragen, ob er sich gegenwärtig in stationärer Krankenhausbehandlung befindet (L 5 KA 41/14). ■ DR. HOLGER NEYE

Mehr Infos unter
www.kbv.de

KV | 160523

Grippeimpfstoffe 2016/2017: Influvac und Afluria

Die vertraglich vereinbarten Impfstoffe für die Grippesaison 2016/2017 sind Influvac-Fertigspritzen mit feststehender Kanüle und Afluria ohne Kanüle (jeweils 10er-Packung). Beide Impfstoffe haben im Rahmen einer Ausschreibung den Zuschlag erhalten.

Wie in der Vorsaison wird der Impfstoff über Großhandlungen verteilt und über die Apotheken in die Praxen geliefert. Er sollte nach der Schutzimpfungsrichtlinie über den Sprechstundenbedarf entweder als „Grippeimpfstoff 2016/2017 mit Kanüle“ oder als „Grippeimpfstoff 2016/2017 ohne Kanüle“ verordnet werden.

Hinweis: Die Nadel beim Influvac-Impfstoff kann nicht abgenommen und durch eine andere ersetzt werden. Bei der Wirkstoff-Verordnung muss eine Angabe zur Kanüle gemacht werden, da Apotheken sonst rückfragen müssen.



Die Vorabbestellung der Impfstoffe sollte zunächst nur insgesamt 50 Prozent Ihrer Bestellung aus der letzten Saison umfassen und bis spätestens zum 31. Mai 2016 Ihrer Apotheke auf einem Muster-16-Vordruck vorliegen. ■ HON

Für die Grippesaison 2016/2017 haben die Hersteller der Impfstoffe Influvac und Afluria den Zuschlag erhalten.

Mehr Infos zur Grippeimpfung finden Sie in unserem Newsletter „Verordnungsinformation Nordrhein (VIN)“ und unter www.kvno.de | KV | 160523

Kontakt

Hilfsmittelberatung

Telefon 0211 5970 8070

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail patricia.shadiakhy@kvno.de

Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111

Telefon 0211 5970 8666 (SSB)

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail pharma@kvno.de

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396

Telefax 0211 5970 9396

E-Mail margit.karls@kvno.de

AOK führt Genehmigungsverfahren wieder ein

Die AOK Rheinland/Hamburg führt bei Verordnungen von Ergotherapie ab 1. April 2016



wieder das Genehmigungsverfahren ein. Versicherte müssen dann Ergotherapie-Verordnungen außerhalb des Regelfalls vor Behandlungsbeginn bei ihrer Kasse zur Genehmigung einreichen. Bitte weisen Sie Ihre Patienten darauf hin.

Hintergrund: Die Ausgaben der AOK im Heilmittelbereich sind nicht unerheblich. Da die Kosten bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls in letzter Zeit ohne erkennbaren Grund überproportional gestiegen sind, hat die Kasse beschlossen, das Genehmigungsverfahren wieder einzuführen.

Ziel in Nordrhein: PPI-Verordnungen reduzieren

Die Menge der verordneten Protonenpumpeninhibitoren wächst rasant: Zwischen den Jahren 2000 bis 2014 hat sich bundesweit die Zahl der Tagesdosen (Defined Daily Dose, DDD) von 273 Millionen auf 3,5 Milliarden mehr als verzehnfacht.

Die Tagestherapiekosten für PPI liegen nur bei circa 20 Cent. Doch die Masse macht's. So wurden in Nordrhein 2015 PPI für mehr als 95 Millionen Euro verordnet, im Schnitt 56 Dosen für jeden Versicherten. Mit anderen

Worten: Jeder Siebte hätte ein Jahr lang mit PPI therapiert werden können, ganz gleich, ob gesund oder krank. Nordrhein liegt mit den PPI-Verordnungen je Versichertem circa sechs Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Die KV Nordrhein und die Krankenkassen wollen 2016 den Verbrauch der PPI auf den Bundesdurchschnitt senken.

Die Dauertherapie mit PPI, die Fortführung der Krankenhausmedikation und die Dosierung sollten Ärzte kritisch hinterfragen. Denn

Stichwort: PPI

Die ersten Protonenpumpeninhibitoren wurden 1990 in den deutschen Markt eingeführt. Verschreibungspflichtige PPI sind dosisabhängig zugelassen zur

- Behandlung und Prophylaxe von Ulcus ventriculi und Ulcus duodeni,
- Behandlung und Prophylaxe von NSAR-assoziierten Ulcera,
- Behandlung und Langzeittherapie der Refluxösophagitis,

- symptomatischen Behandlung der gastroösophagealen Refluxkrankheit (GERD),
- Behandlung des Zollinger-Ellison-Syndroms,
- Helicobacter-pylori-Eradikation.

Omeprazol, Esomeprazol und Pantoprazol sind in geringerer Dosierung und in kleinen Packungen zur Behandlung von dyspeptischen Beschwerden (Sodbrennen und saures Aufstoßen) nicht rezeptpflichtig. In dieser Indikation sollen die Patienten die Präparate selbst bezahlen.

bei der Langzeitanwendung von PPI sind Nebenwirkungen zu erwarten. In Studien wurden beobachtet:

- Nierenfunktionsstörungen
- Infektionen, ambulant erworbene Pneumonien
- Magnesiummangel
- Vitamin-B12-Mangel
- Clostridium-difficile-Infektionen
- osteoporotische Frakturen

Tipps zum Absetzen von PPI

Die prophylaktische Gabe von PPI in Stresssituationen ist im Krankenhaus Routine. Ferner wird beim Einsatz von NSAR regelhaft ein PPI verschrieben.

Prüfen Sie bei der Entlassmedikation, ob PPI wirklich indiziert sind. Bei fehlender Indika-

tion sollten Sie die PPI frühzeitig wieder absetzen.

Prüfen Sie die Dosierung der PPI. Zur Prophylaxe sind PPI niedriger dosierbar als zur Therapie. Nur beim Zollinger-Ellison-Syndrom und zur H.-pylori-Eradikation wird gemäß Zulassung zweimal täglich therapiert. Beim Einsatz von PPI zur Prophylaxe von NSAR-Ulcera sollte das Gesamtrisiko beachtet werden. Eine kurzfristige Gabe von NSAR ist in der Regel keine Indikation für PPI.

Beim Absetzen von PPI kann es zu einem Reboundphänomen kommen, also einer gesteigerten Produktion von Magensäure. Experten empfehlen eine schrittweise Dosisreduktion, unter Umständen mit einer vorübergehenden Gabe eines nicht rezeptpflichtigen H1-Blockers wie Ranitidin.

■ HON

Ausführliche Infos zu PPI finden Sie im Verordnungs-Newsletter VIN und unter www.kvno.de

KV | 160525

Verordnung enteraler Ernährung neu geregelt

Die AOK Rheinland/Hamburg hat die Verordnung und Abrechnung enteraler Ernährung neu geregelt. Preislich ergibt sich hieraus ein einheitlicher Abschlag in Höhe von 17 Prozent auf den Apothekeneinkaufspreis (AEK) gemäß Lauer-Taxe auf alle zulasten der GKV verordnungsfähigen Produkte im Sinne des § 31 Abs. 5 SGB V.

Folgende Punkte werden neu sein für Ärzte, die Standard- und Spezialnahrung für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg verordnen:

- Es dürfen nur noch Muster-16-Verordnungen ausgestellt und von Apotheken/Sanitätshäusern akzeptiert werden. Dies gilt auch bei Krankenhausentlassungen.
- Dauerverordnungen dürfen nicht mehr ausgestellt werden.
- Die Verordnung muss einen konkreten zeitlichen Bedarf umfassen und darf einen Quartalsbedarf nicht überschreiten.

Da Dauerverordnungen nicht mehr gültig sind, müssen für Versorgungszeiträume (Monatspauschalen) ab dem 1. April 2016 neue Rezepte ausgestellt werden.

Apotheken oder Sanitätshäuser müssen zukünftig bei der Abrechnung Pharmazentralnummern angeben. Somit kann nur noch abgerechnet werden, was auch abgegeben wurde. Die Abrechnung von Pauschalen ist nicht mehr möglich.

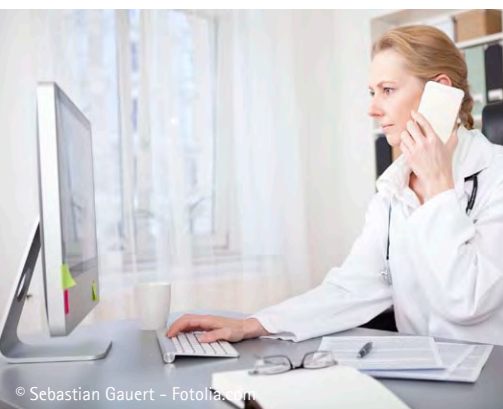
Die Produkte können weiterhin als „Wirkstoffverordnung“ oder mit Angabe des Produktnamens auf einem Kassenrezept (Muster 16) verordnet werden. Hierfür hat die AOK Rheinland/Hamburg eine Verordnungshilfe erstellt.

Weitere Hinweise zur Verordnung enteraler Ernährung finden Sie in unserem Newsletter „Verordnungsinformation Nordrhein (VIN)“ und unter www.kvno.de

KV | 160525

Krypto-Trojaner im Umlauf

Im Februar ist das IT-System des Lukaskrankenhauses in Neuss von Hackern angegriffen worden. Doch nicht nur in Neuss gab es solche Attacken. Aus weiteren Krankenhäusern und Praxen kamen Meldungen über abgestürzte Computersysteme oder Erpressungen durch Hacker.



Angriffe auf Ihre Daten können nicht nur per E-Mail und übers Internet erfolgen. Auch Anrufe fremder Support-Mitarbeiter sollten Sie auf keinen Fall beantworten!

In den vergangenen Monaten sind im Internet verstärkt sogenannte Krypto-Trojaner im Umlauf, etwa Locky oder Tesla-Crypt. Haupteinfallstor dieser digitalen Schädlinge sind häufig E-Mails mit infizierten Anhängen. Diese E-Mails sehen offiziellen zum Verwechseln ähnlich und enthalten Rechnungen, Bestellungen, eingescannte Dokumente oder empfangene Faxe als Anhang. Werden diese infizierten Anhänge geöffnet, startet im Hintergrund die Installation der Schadsoftware. Bei einigen Varianten dieser sogenannten Ransomware versenden befallene Rechner automatisch E-Mails an das gesamte Adressbuch. E-Mails mit schadhafter Software kommen also nicht nur von unbekanntem Absendern.

Eine weitere Infektionsmöglichkeit ist die sogenannte Drive-by-Infektion über infizierte Webseiten. Hier werden Schwachstellen in Browsern oder den Plug-ins ausgenutzt, um dem System die infizierten Dateien unterzuschieben. Vor allem Java ist ein häufig genanntes Einfallstor für Schadsoftware.

Ist das System infiziert, werden die wichtigsten Daten verschlüsselt und Sie werden zur Zahlung eines Lösegelds aufgefordert, um Ihre Daten wieder entschlüsseln zu können. Betroffen von diesen Schädlingen sind alle Betriebssysteme. Der Hauptschwerpunkt liegt wegen der großen Verbreitung natürlich auf

Windows-Systemen, aber auch Apple und Linux-Systeme sind Ziele der Hacker. Es gibt sogar Krypto-Trojaner speziell für Android-Systeme auf Tablets und Smartphones.

Die wichtigsten Schutzmaßnahmen

1. Aktualität

Halten Sie Ihr Betriebssystem immer auf dem aktuellen Stand. Spielen Sie Updates frühzeitig ein oder lassen Sie sie automatisiert einspielen. Das Gleiche gilt natürlich auch für Ihr E-Mail-Programm, den Browser, Office-Programme usw.

2. Ausführung einschränken

Je weniger Programme auf einem System sind, umso geringer ist die Anzahl der möglichen Infektionswege. Deshalb installieren Sie nur Programme, die Sie unbedingt benötigen. Benutzen Sie nur die nötigsten Plug-ins im Browser. Flash ist beispielsweise ein sehr beliebtes Schädlingseinfallstor. Deaktivieren Sie die automatische Ausführung von Programmen im Browser und im E-Mail-Programm sowie das automatische Ausführen von Makros in den Office-Programmen. Somit verringern Sie bereits das Infektionsrisiko für den Computer.

Infos zur Deaktivierung von Makros in Microsoft Office finden Sie unter www.kvno.de | **KV 160526**

3. Umgang mit E-Mail-Anhängen

Konfigurieren Sie Ihr E-Mail-Programm so, dass es E-Mails nur im Textmodus anzeigt. So werden die wichtigsten Infos angezeigt, zum Beispiel wohin ein Link wirklich geht, nicht aber schon externe Inhalte oder gar Skripte heruntergeladen oder ausgeführt. ▶▶

„Cyber-Attacken werden zunehmen“

Am Aschermittwoch, den 10. Februar, warf ein Klick auf einen E-Mail-Anhang das Lukaskrankenhaus in Neuss um Jahre zurück: Ein Computervirus gelang ins IT-System des 538-Betten-Hauses und drohte die Daten zu verschlüsseln oder gar zu zerstören. Über den Hacker-Angriff, die Arbeit ohne IT-System und die Reaktion der Patienten sprachen wir mit Prof. Tobias Heintges, dem Ärztlichen Direktor des Lukaskrankenhauses.

Wie wurde die Attacke bemerkt?

In der Radiologie fiel am Montagmorgen auf, dass die Systeme etwas langsamer arbeiteten. Schon 15 Minuten später haben wir entschieden, alle Systeme in der gesamten Klinik herunterzufahren.

Und dann?

Wir haben die Situation analysiert. Als wir sicher waren, dass ein Kryptovirus die Ursache war, haben wir die Polizei eingeschaltet, uns von IT-Viren-Experten unterstützen lassen und die Medien informiert. Weil wir als Klinik Teil der sogenannten Kritischen Infrastruktur sind, hat uns das Cybercrime-Kompetenzzentrum des Landeskriminalamtes geholfen – mit bis zu 23 Beamten haben sie bei uns die Systeme gecheckt, um dem Angreifer auf die Spur zu kommen.

Wie haben Sie in der Zeit ohne Netzwerk gearbeitet?

Da wir unsere Prozesse intern völlig papierlos gestaltet haben, hat uns das Herunterfahren natürlich getroffen. Wir mussten Befunde wieder von Hand schreiben und Bilder aus der Radiologie ausdrucken und per Hauspost transportieren. Extrem gesunken ist auch die Effizienz im Labor: von bis zu 900 Untersuchungen täglich auf 150.

Eine Vielzahl von Geräten ist IT-gesteuert – auch im OP. Konnten Sie weiterhin operieren?

Ja, die einzelnen Geräte arbeiteten noch, waren von der Attacke nicht betroffen. Es fehlte allerdings die Vernetzung, was die Arbeit rund um



die Operationen verlangsamt hat. Deswegen haben wir entschieden, Eingriffe, die nicht dringend waren, zu verschieben.

Wie haben die Patienten reagiert?

Mit viel Verständnis. Die medizinische Versorgung und die Patientendaten waren nie in Gefahr. Nur die Wachsen konnten wir leider in der Zeit nicht anbieten, es gab also nur ein Gericht.

Wann lief alles wieder normal?

Die Systeme hat unsere IT Schritt für Schritt hochgefahren. Nach zwei Wochen, also Ende Februar, waren wir wieder intern vernetzt. Den Zugang zum Internet haben wir erst Anfang April wieder freigeschaltet.

Haben Sie Konsequenzen aus dem Angriff gezogen?

IT-technisch waren und sind wir extrem gut aufgestellt. Das haben uns

Zur Person

Prof. Tobias Heintges ist Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Medizinischen Klinik II des Lukaskrankenhauses in Neuss. Der Internist und Gastroenterologe hat vor allem das Arbeiten mit dem Tablet vermisst. Die Ärzte der Klinik haben darauf alle Daten immer griffbereit, zum Beispiel Laborwerte, CT-Bilder oder Befunde.

alle Experten bescheinigt. Aber wir haben natürlich intensiv überlegt, was wir noch sicherer gestalten können. Wir haben zum Beispiel den Austausch von Office-Anhängen wie Word-Dokumenten oder Excel-Listen via E-Mail untersagt. Und wir werden alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Hinblick auf die Datensicherheit in einer Kampagne sensibilisieren. Denn ich fürchte, wir haben nur eine Welle überstanden. Die Cyber-Attacken werden in den nächsten Jahren vermutlich noch zunehmen.

■ DIE FRAGEN STELLTE FRANK NAUNDORF.

4. Remotezugänge sichern

Einige Betriebssysteme bieten sogenannte Fernwartungszugänge. Kontrollieren Sie, ob diese ausreichend gesichert sind. Im letzten Jahr wurden beispielsweise die Fernwartungszugänge der in Deutschland sehr beliebten Fritz!Box-Router erfolgreich geknackt.

5. Administrator-Zugänge

Benutzen Sie Administrator-Zugänge nur für Administratortätigkeiten und sichern Sie ihn mit einem starken Passwort. Für die tägliche Arbeit richten Sie sich ein normales Benutzerkonto ein, natürlich auch mit einem starken Passwort.

6. Virenschutz

Setzen Sie einen aktuellen Virenschoner ein und halten Sie diesen jederzeit aktuell. Führen Sie außerdem regelmäßig Virenschoner durch.

7. Mitarbeiter

Sensibilisieren Sie Ihre Mitarbeiter in Bezug auf die Gefahren im Netz. Gesundes Misstrauen und gesunder Menschenverstand helfen gegen die meisten Gefahren aus dem Internet. Beachten Sie eine weitere beliebte Masche, das sogenannte Social-Hacking. Anrufe von

fremden Support-Mitarbeitern sollten Sie auf keinen Fall beantworten!

Allgemeine Hinweise und Empfehlungen vom BSI finden Sie unter www.kvno.de | **KV 160528**

8. Der wichtigste Punkt: Back-ups

Sichern Sie Ihr System regelmäßig, am besten auf einer Festplatte, die Sie nur für das Back-up an Ihren Computer anschließen und nach dem Back-up an einem sicheren Ort aufbewahren.

Haben Sie sich einen Krypto-Trojaner eingefangen, müssen Sie erst einmal Ruhe bewahren. Trennen Sie das befallene System vom Netz, indem Sie beispielsweise das Netzkabel vom Computer abziehen oder den Router abschalten. Kontaktieren Sie den Support Ihres Systems oder einen Computerexperten.

Zertifizierte Sicherheitsdienstleister finden Sie unter www.kvno.de | **KV 160528**

Bezahlen Sie kein Lösegeld! Es gibt keine Garantie, dass die Erpresser ihr Wort halten und die Entschlüsselung ermöglichen.

Erstatten Sie Anzeige bei der Polizei! Meldstellen finden Sie unter www.kvno.de | **KV 160528**

■ RALF NAUNDORF

Risikofaktor Windows XP

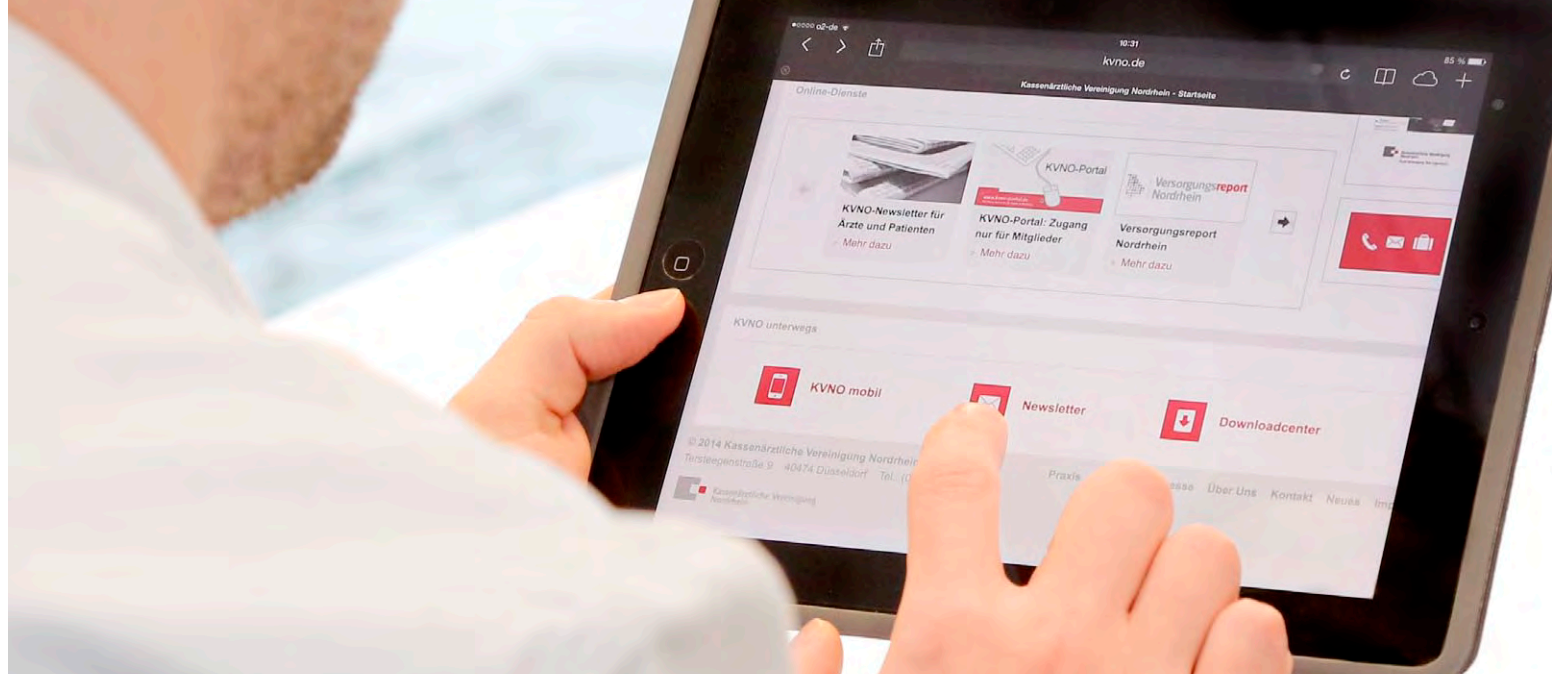
Wer in seiner Praxis noch Windows XP einsetzt, sollte rasch auf eine neue Version umsteigen. Das ist nötig, weil mit dem offiziellen Support-Ende im April 2014 nicht nur die technische Unterstützung einschließlich automatischer Updates nicht mehr verfügbar ist, sondern es fallen auch Sicherheitsupdates 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 vorprogrammiert. Der Praxiscomputer mit hochsensiblen Patientendaten ist somit enormen Gefahren ausgesetzt.

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 auf der Tastatur zusammen mit der Taste 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.



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

Was dürfen Kliniken fordern?

Sie haben einen Patienten im Krankenhaus eingewiesen oder an dieses überwiesen und alles Erforderliche veranlasst. Doch plötzlich erscheint der Patient wieder in der Praxis, weil das Krankenhaus weitere Untersuchungen oder Einweisungs- oder Überweisungsscheine haben möchte. Was tun?



Nach dem Ausstellen einer Krankenhaus-Einweisung müssen Vertragsärzte einige Anforderungen des Krankenhauses ablehnen.

„Um Praxen dabei zu helfen, unzulässige Anforderungen von Krankenhäusern zurückzuweisen, haben wir auf unserer Homepage einen neuen Bereich mit Informationen zum Umgang mit diesen Anforderungen erstellt. Dazu gehört auch ein Musteranschreiben an die Klinik, auf dem Ärztinnen und Ärzte genau angeben können, warum das Vorgehen der Klinik unzulässig ist und sie der Klinik keine weiteren Unterlagen zur Verfügung stellen“, sagt KVNO-Chef Dr. med. Peter Potthoff. „Wir bitten unsere Mitglieder, auch uns dieses Schreiben im Anschluss zur Verfügung zu stellen, damit wir Art und Umfang des Problems genauer bestimmen können. Dazu haben wir extra eine Faxnummer und E-Mail-

Adresse eingerichtet.“ Alle Informationen gibt es unter www.kvno.de/einweisung, darunter auch ein Merkblatt zum Thema sowie einen Infolyer für Patienten.

Leistungen der stationären Behandlung

Die Krankenhausbehandlung umfasst nicht nur die stationäre ärztliche Behandlung. Sie beinhaltet Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung, aber auch die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und die ambulante Behandlung im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung.

Nach dem Ausstellen einer Krankenhaus-Einweisung haben Vertragsärzte folgende Anforderungen des Krankenhauses (für die Zeit der stationären bzw. der vor- und nachstationären Behandlung) abzulehnen:

- **Anforderung weiterer Einweisungsscheine**
Mit der vorliegenden Einweisung hat das Krankenhaus alle Möglichkeiten, die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären.
- **Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln** (siehe hierzu die Artikel auf Seite 22)
- **Anforderungen weiterer Untersuchungen** (zum Beispiel zur Erstellung von Röntgenbildern oder Blutbildern), die innerhalb der vorstationären Behandlung vom Krankenhaus vorzunehmen sind; bereits vorhandene Behandlungsunterlagen sind dem Patient zur Verfügung zu stellen.

Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus

Stationäre Behandlung im Krankenhaus	vollstationär	Behandlung und Unterkunft über Tag und Nacht inkl. Verpflegung	Einweisung
	vor- und nachstationär	ambulante Behandlung zur Vor- und Nachbereitung der geplanten vollstationären Behandlung <ul style="list-style-type: none"> ■ max. 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vorher ■ max. 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nachher (Ausnahme zum Beispiel bei Organübertragungen) 	
	teilstationär	Behandlung zum Beispiel in Tageskliniken (Psychiatrie, Geriatrie oder bei Schlafstörungen), die meist über einen längeren Zeitraum erforderlich sind, jedoch einer Rund-um-die-Uhr-Versorgung nicht bedürfen	Einweisung
Ambulante Behandlung im Krankenhaus		Behandlung ohne Unterkunft und Verpflegung; eine permanente Versorgung ist nicht erforderlich, wie bei <ul style="list-style-type: none"> ■ ambulanten Operationen (§ 115b SGB V), ■ diagnostischen Untersuchungen von ermächtigten Krankenhäusern bzw. Krankenhausärzten. 	Überweisung

Vor- und nachstationäre Behandlung durch Vertragsärzte

Krankenhäuser können die vor- und nachstationäre Behandlung durch einen hierzu ausdrücklich beauftragten Vertragsarzt und in der Arztpraxis erbringen lassen. Grundlage hierfür ist eine Vereinbarung zwischen Krankenhaus und Vertragsarzt.

Der Arzt handelt hierbei im Auftrag des Krankenhauses und erhält auch von dort die Vergütung, welche in angemessener Höhe vereinbart sein muss, damit kein Verdacht einer verbotenen Einweisung gegen Entgelt aufkommen kann. Im Zweifel können Praxen entsprechende Verträge der KV Nordrhein zur Begutachtung vorlegen.

Ambulante Behandlungen, die nicht im Rahmen einer stationären Versorgung bzw. außerhalb der vor- und nachstationären Behandlung erforderlich sind, bedürfen einer Überweisung. Die Entscheidung hierüber treffen Sie als Vertragsarzt nach medizinischen Gesichtspunkten.

Voraussetzung ist, dass Krankenhaus bzw. Krankenhausarzt eine Ermächtigung für die an sie überwiesenen Leistungen haben und der überweisende Vertragsarzt zu der (Fach-)Arztgruppe gehört, die zur Überweisung berechtigt ist. Sofern eine Ermächtigung bei einem Arzt vorliegt, finden Sie die Informationen über den Umfang in unserer Arzt- und Psychotherapeutensuche unter dem Punkt „Erläuterungen“ auf www.kvno.de ■ KVNO

Das Musteranschreiben für die Klinik finden Sie auch im Internet. Bitte senden Sie uns eine Kopie an die Faxnummer 0211/5970-9973 oder per E-Mail an einweisung@kvno.de. Alle Infos finden Sie unter www.kvno.de/einweisung
KV | 160531

Anschrift des Krankenhauses

++ bitte abtrennen

++ bitte abtrennen

++ bitte abtrennen

++ bitte abtrennen

++ bitte abtrennen

Ihre Anforderung auf weitere Überweisung oder Einweisung betreffend die Patientin / den Patienten

Sehr geehrte Damen und Herren,

der vorgenannte Patient informierte uns, dass Ihrerseits noch weitere Unterlagen des behandelnden Vertragsarztes angefordert wurden, der wir aus folgenden Gründen jedoch nicht nachkommen können:

Überweisung plus Einweisung

Für einen Patienten, der ins Krankenhaus eingewiesen wird, zusätzlich eine Überweisung anzufordern, ist unzulässig.

Doppelte Einweisung

Eine zweite Einweisung für denselben Behandlungsfall anzufordern, ist unzulässig.

Einweisung zur ambulanten Nachsorge

Eine Einweisung zur ambulanten Nachsorge („Kontrolluntersuchung“, „Wiedervorstellungstermin“) anzufordern, ist unzulässig.

Einweisung zur „Spezialsprechstunde“

Es handelt sich um eine klar erkennbar ambulante Versorgung im Krankenhaus. Mit einer Einweisung das Fehlen einer Ermächtigung zu umgehen, ist unzulässig.

Weitere Informationen

Wir bitten Sie den Patient im Rahmen der zuvor
ausgestellten Einweisung/Überweisung zu behandeln.

Mit freundlichen Grüßen

.....
Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Praxisstempel

Erstes Ärztenetz in Nordrhein zertifiziert

Nordrhein hat sein erstes anerkanntes „Netz“: Die KV Nordrhein hat das Gesundheitsnetz Köln Süd e.V. (GKS) nach Stufe 1 der Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen zum 1. April zertifiziert. „Die KV Nordrhein hat eine Richtlinie zur Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen entwickelt, deren Kriterien an die Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvorgabe angelehnt sind und im Wesentlichen den Bedingungen entsprechen, die auch in anderen KVen zur Anerkennung und Förderung von Netzen gelten.“

Das GKS erfüllt alle Vorgaben für eine Anerkennung und Förderung innerhalb der über unserer Basisstufe angesiedelten ‚Stufe 1‘, so dass wir in diesem Fall gern die entsprechende Anerkennung vorgenommen haben“, sagt Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein.

Das 2007 gegründete GKS versteht sich mit seinen 84 Mitgliedern als Plattform für Ärzte und andere Gesundheitsdienstleister, die im Kölner Süden die Gesundheitsversorgung mitgestalten. Ein Tätigkeitsschwerpunkt ist die Betreuung von Pflegeheimpatienten in Kooperation mit der KV Nordrhein.

„Die Akkreditierung ist für uns ein Ritterschlag, auf dem wir uns nicht ausruhen werden. Wir sehen die Kooperation mit der KV als konstruktives Miteinander“, erklärte Dr. med. Christian Flügel-Bleienheuft, Vorstandsvorsitzender des GKS. Bei der Anerkennung und Förderung von Netzen ist für die KV neben formalen Voraussetzungen zu Größe und Struktur wesentlich, dass ein Praxisnetz zur Qualität und Effektivität der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung vor Ort beiträgt. ■ HSCH

Das GKS im Internet www.gks-gesundheitsnetz.de

Praxislotsen: KVNO begleitet Niederlassungen

Ärzte und Psychotherapeuten müssen in der heutigen Zeit über viele Kompetenzen verfügen. Sie sind neben ihrer eigentlichen Tätigkeit auch Arbeitgeber und Unternehmer und müssen sich mit rechtlichen Vorschriften, Regelungen zur Hygiene in der Praxis, Qualitätssicherung, Betriebswirtschaft, IT und vielem mehr auskennen.

Sie sollten wissen, wie die vertragsärztliche Abrechnung funktioniert, was man bei der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln beachten muss und sich neben dem Praxisalltag stetig fort- und weiterbilden. „Ganz schön viel, was von unseren Mitgliedern gefordert wird“, sagt Linda Pawelski, Leiterin der Zentrale Koordination Beratung.

Daher hat die KV Nordrhein im Sommer 2015 entschieden, das Praxislotsenkonzept ins Le-

ben zu rufen. Dabei begleiten Berater der KV Nordrhein Ärzte und Psychotherapeuten, die sich niederlassen möchten. In einem ersten Gespräch erfolgt eine Bedarfsanalyse. Dabei spielt natürlich eine Rolle, welches Vorwissen der Arzt oder Psychotherapeut hat und in welcher Fachrichtung er sich niederlassen möchte.

Der selbst gewählte Praxislotse begleitet den Arzt oder Psychotherapeuten dann zwei Jahre lang bei dem Einstieg in die eigene Praxis. Wie häufig und in welchem Umfang er das kostenfreie Angebot in Anspruch nimmt, entscheidet der Arzt oder Psychotherapeut selbst. ■ PAW

Bei Interesse können sich Ärzte und Psychotherapeuten gern an die Berater der KV Nordrhein wenden. Eine Übersicht finden Sie auf www.kvno.de

KV | 160533

KV-Connect

Viele Vorteile vereint in einem Dienst

D2D wird zum 30. September abgeschaltet, da das System veraltet ist. Ab dem 1. Oktober können elektronische Anwendungen dann in KV-Connect genutzt werden. Diesen Kommunikationsdienst haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die KBV und die KV Telematik GmbH bereits seit 2012 parallel zu D2D implementiert. Nicht nur die 1-Click-Abrechnung können Anwender in KV-Connect nutzen, sondern auch Daten zwischen Ärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und KVen sicher austauschen.

Mithilfe von KV-Connect können Ärzte und Psychotherapeuten jedes Quartal direkt aus dem Praxisverwaltungssystem heraus ihre Abrechnung mit einem Klick an ihre zuständige KV schicken. Doch auch im täglichen Gebrauch bietet KV-Connect viele Vorteile:

Statt Arztbriefe am Computer zu verfassen, auszudrucken, zu versenden und dann gegebenenfalls in der Empfangspraxis wieder einzuscannen, können über KV-Connect eArztbriefe direkt und sicher an die Empfänger verschickt werden.

Weitere Anwendungen von KV-Connect sind etwa eDMP, eHKS, eKoloskopie und eDialyse zur Übermittlung der Dokumentationen an die KV Nordrhein oder DALE UV zur Übermittlung von Berichten an die Berufsgenossenschaften.

Zudem erprobt die KV Telematik GmbH derzeit weitere Anwendungsmöglichkeiten von KV-Connect. In Bochum sind am 8. April beispielsweise erstmalig Labordaten über KV-Connect erfolgreich an das Gesundheitsamt der Stadt versendet worden. Nun sollen weitere Ämter und Labore hinzukommen. ■ GILBERT MOHR

Mehr Infos zu KV-Connect finden Sie in der Ausgabe 1+2 | 2016 und im Netz unter www.kvno.de

KV | 160534

IT-Beratung

Für Fragen zum Ende von D2D und zum Umstieg auf KV-Connect stehen Ihnen die IT-Beraterinnen und -Berater gern 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



» Sicher in die Zukunft «

Aus D2D wird KV Connect

Mittwoch | 6. Juli 2016 | 13 bis 18 Uhr
KV Nordrhein | Haus der Ärzteschaft | Düsseldorf

Vortragsveranstaltung

14 Uhr Begrüßung

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

1. Vortragsblock – ab 14.15 Uhr

D2D – KV-Connect

Gilbert Mohr | Stabsstelle Telematik | KV Nordrhein

eArztbrief

Dr. Ulrich Driessen | Facharzt für Allgemeinmedizin

2. Vortragsblock – ab 16 Uhr

D2D – KV-Connect

Gilbert Mohr | Stabsstelle Telematik | KV Nordrhein

eArztbrief

Dr. Ulrich Driessen | Facharzt für Allgemeinmedizin

IT-Hausmesse

Ausstellung von 13 bis 18 Uhr

Aussteller

- Hersteller Praxisverwaltungssoftware
- Anbieter KV-Safenet

KV Nordrhein

- KV-Connect-Registrierung
- IT-Beratung



Gespräche auf Augenhöhe führen

Selbst viele lebensbedrohlich erkrankte Patienten nehmen ihre Medikamente nicht oder nicht richtig ein. Dies belegen verschiedene Studien. Die KV Nordrhein ist zusammen mit Selbsthilfe- und Patientenvertretern dem Thema nachgegangen. Eine Befragung von Ärzten und Patienten in Nordrhein zeigt: Vieles bleibt zwischen Arzt und Patient unausgesprochen.



© Stasique - Fotolia.com

Therapietreue erreichen Ärzte vor allem dadurch, dass sie die Sorgen der Patienten ernst nehmen und mit ihnen auf Augenhöhe sprechen. Doch auch die Patienten müssen über ihren Schatten springen und dem Arzt alle Fragen stellen.

Seit Mitte 2014 arbeitet die KV Nordrhein gemeinsam mit den Einrichtungen Gesundheits-selbsthilfe NRW, Koordination für Selbsthilfe in NRW (KOSKON) und dem Patientenbeauftragten des Landes NRW an der Frage der „Therapietreue“. „Ich kann es kaum glauben, dass auch meine Patienten ihre Medikamente nicht nehmen und mir das verschweigen“, sagte Dr. med. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, im Gespräch mit den Vertretern von Selbsthilfe und Patienten.

Um die Hintergründe dieses Phänomens zu beleuchten, beschloss der Arbeitskreis, Gruppendiskussionen jeweils mit Mitgliedern ärztlicher Qualitätszirkel und mit Patienten aus

der Selbsthilfe durchzuführen. Befragt wurden insgesamt 59 Personen in sieben Fokusgruppen:

- fünf ärztliche Gruppen (je zwei Gruppen Hausärzte und Urologen, eine Gruppe mit Gynäkologen)
- zwei Patienten-Fokusgruppen (Rheuma in der einen, in der anderen: Depression, Glaukom, HIV, Multiple Sklerose, Plasmozytom/Multiples Myelom, Prostata-Krebs und Schlaganfall)

„Arzt und Patient haben verschiedene Rollen. Es geht darum, sich damit gegenseitig wertzuschätzen und durch eine Zusammenarbeit heilsame Wege für den Patienten zu finden“, bringt Rita Januschewski, Koordinatorin der Gesundheitsselbsthilfe NRW, die Projektphilosophie auf den Punkt.

Nebenwirkungen, fehlender Leidensdruck und unsicherer Nutzen

Die befragten Ärzte und Patienten sind sich einig, dass Aspekte der Lebensqualität eine entscheidende Rolle für die Therapietreue spielen. Wer sich schon beim Anblick von Tabletten übergeben möchte, massives Zittern oder herzfarktähnliche Symptome bekommt, überlegt sich zweimal, ob er die Medikamente (weiter) nimmt.

Nicht nur erlebte, sondern auch erwartete Nebenwirkungen spielen eine große Rolle. „Selbst wenn der Arzt ein Medikament gut erklären kann, dann lesen die Patienten den

Beipackzettel. Das macht die ganze Erklärung zunichte", berichtet ein Urologe.

Dr. Google und andere Co.-Therapeuten

Die Ärzte betonen, dass auch „Dr. Google und Prof. Wikipedia“, also medizinische Informationen aus dem Internet, zu großer Verunsicherung führen können. Abschreckend wirken nach Meinung eines Urologen „bestimmte Foren im Internet“, denn da tummelten sich nur die, die negative Erfahrungen gemacht hätten. Auch die Patienten betrachten das Internet als Segen und Fluch zugleich: „Wer neu diagnostiziert ist und schaut dort nach, der geht nicht zur Selbsthilfegruppe, der geht zum Beerdigungsinstitut“, stellt ein Krebspatient fest.

Aber auch in der analogen Welt gibt es verschiedene Einflüsse. Ein Hausarzt berichtet: „Empfehlungen von Nachbarn oder Bekannten wird eher gefolgt als denen vom Arzt.“ Auf gynäkologischer Seite kommt Frust auf, wenn „Patienten kritiklos die in den Medien empfohlenen Medikamente schlucken, obwohl es zu denen keine Datenlage gibt. Wir müssen viel Aufwand treiben, um von der Einnahme therapeutischer Medikamente zu überzeugen.“

„Grundsätzlich möchten Patienten der Expertise des Arztes vertrauen“, sagte Dirk Meyer. Der Patientenbeauftragte und Mitglied des Arbeitskreises „Therapietreue“ weist darauf

hin, dass viele Patienten Angst haben, den Arzt auf eine Unstimmigkeit aufmerksam zu machen. Sie hätten Sorge, dass der Arzt darin eine Störung des Vertrauensverhältnisses sehen würde und es sein könne, dass er eine weitere Behandlung ablehnt. Das findet Meyer schade, denn der Patient war ja im Prinzip zufrieden mit dem Arzt, nur in dem einen Punkt wollte er etwas richtigstellen.

Auf Augenhöhe?

Sowohl auf Seiten der Ärzte wie auch auf der der Patienten wird betont, dass es wichtig sei, Patienten ernst zu nehmen. Eine Gynäkologin formuliert es folgendermaßen: „Je ernster man die Hinweise der Patienten auf Nebenwirkungen nimmt, umso mehr fühlen sie sich auch ernst genommen.“ Dadurch baue man eine Vertrauensbasis auf und die Compliance werde besser.

„Der Arzt kennt die Krankheit, ich habe sie“, sagt ein Schlaganfall-Patient. Der Arzt ist der medizinische Experte, der Patient ist der Experte für den Alltag mit der Krankheit. Eine Rheumatikerin bringt es auf den Punkt: „Gespräche auf Augenhöhe – das bedeutet, einander ernst nehmen.“ ■ MARITA MEYE

Was kann ich nun als Arzt tun, wenn ich merke, dass meine Patienten meinen Verordnungen nicht folgen? Und was kann ich als Patient tun, wenn ich merke, dass mir die Empfehlungen des Arztes nicht (mehr) behagen? Ideen dazu vermittelt die Fachtagung „Zur Treue gehören immer zwei“, die am 25. Mai ab 14.30 Uhr im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf stattfindet.

Compliance war gestern

Compliance meint das stetige Befolgen der Verordnungen bzw. Empfehlungen des Arztes, der die Entscheidungshoheit hat. „Adhärenz“ (engl. Adherence) bezieht sich auf die Zusammenarbeit von Arzt und Patient, das heißt, der Patient wird vom Arzt aufgeklärt und ist danach an der Entscheidungs-

findung bezüglich seiner Therapie maßgeblich beteiligt. Da die Bezeichnungen „Compliance“ und „Adherence“ im Alltag jeweils mit unterschiedlichen Bedeutungen verwendet werden, hat sich der Arbeitskreis auf den Begriff „Therapietreue“ im Sinne von Adhärenz geeinigt.

„Zur Treue gehören immer zwei“

Gemeinschaftliche Therapieverantwortung
 in der Arzt-Patientenbeziehung

Mittwoch | 25. Mai 2016 | Haus der Ärzteschaft | Düsseldorf

Programm

Moderation: Dr. Winfried Kösters | freier Journalist und Moderator

14:30 Uhr Stehcafé und Anmeldung

15 Uhr **Begegnung der vierten Art – Patienten
 schweigen, Ärzte antworten**
 Micki Wohlfahrt | Kabarettist

**Über 30 % der Patienten nehmen ihre
 Medikamente nicht – meine auch nicht?**
 Dr. med. Peter Potthoff | Vorsitzender KV Nordrhein

**Wirkt Medizin erst, wenn sie vom Patienten
 auch gewollt wird?**
 Rita Januschewski und Dr. phil. Volker Runge
 Gesundheitsselfhilfe NRW

**Dr. Google, Beipackzettel und Bekannte –
 die richtigen Berater? Ergebnisse aus den
 Fokusgruppen mit ÄrztInnen**
 Stephanie Theiß | KV Nordrhein

**„Was kann helfen?“ Ergebnisse aus den
 Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten**
 Petra Belke | KOSKON NRW

**Selbstbestimmung von Patientinnen und
 Patienten stärken**
 Dirk Meyer | Der Patientenbeauftragte
 der Landesregierung NRW

16:30 Uhr **Pause**

17 Uhr **Podiumsdiskussion**

„Es hilft nur, was klug genommen wird –
 Was können wir dafür tun?“

- **Lutz Engelen**
Präsident der Landesapothekerkammer Nordrhein
- **Klaus-Werner Mahlfeld**
Vorstand Plasmozytom/Multiples Myelom
Selbsthilfegruppe NRW e.V.
- **Hildegard Mang**
Mitglied des Vorstands
der Deutschen Rheuma-Liga NRW
- **Dr. med. Peter-Johann May M.A.**
Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V.
- **Dr. med. Ralf Raßmann**
Facharzt für Allgemeinmedizin

Zu juristischen Fragen und zum
 Medikationscheck der KV Nordrhein
 stehen Ihnen Ansprechpartner zur Verfügung.

18:30 Uhr **Zusammenfassung**

Ende der Veranstaltung

Anmeldung bis zum 11. Mai 2016 | Die Teilnehmerzahl ist begrenzt



www.kvno.de | Termine



0211 5970 8082



kosa@kvno.de

**Zertifiziert mit 4
 Fortbildungspunkten**

Kooperationspartner

Der Beauftragte der
 Landesregierung Nordrhein-Westfalen
 für Patientinnen und Patienten



DER PARITÄTISCHE
 GESUNDHEITSELBSTHILFE NRW

KOSKON
 Koordination für Selbsthilfe in NRW

Wie Impfen schützt – auch unterwegs

Das Thema Impfen stand im Mittelpunkt der gemeinsamen Ratgeberveranstaltung von KV Nordrhein und Rheinischer Post Anfang April im Haus der Ärzteschaft. Und zwar nicht nur wegen der bevorstehenden Reisezeit, sondern auch, weil durch zunehmende Impflücken in der Bevölkerung Gefahr droht.

„Wissenschaftler halten Schutzimpfungen für eine der sichersten und wirksamsten Vorsorgemaßnahmen, über die die Medizin heute verfügt“, sagte Dr. Monika Stichert, die eine arbeits- und reisemedizinische Praxis in Erkrath hat. Da es in Deutschland aber keine Impfpflicht gibt, sondern nur die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission, muss sie ihre Patienten immer wieder von der Bedeutung des „Pieks“ gegen gefährliche Krankheiten überzeugen. Dr. Burkhard Rieke, Arzt für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung „Tropenmedizin und Infektiologie“ in Düsseldorf, erklärte den Zuhörern die Vorgänge beim Impfen im Körper: „Bei einer Impfung geben wir ein Antigen, etwa ein Stück eines Keims. Es wird von Zellen aufgenommen, die es dem Immunsystem mithilfe eines Gefahrensignals als gefährlich präsentieren. Daraufhin entwickeln sich Antikörper, die den Menschen schützen.“

Doch dieser Schutz greift nicht mehr in vollem Umfang. Der Grund: Dank der Impfungen treten viele Erkrankungen nicht mehr auf und haben dadurch ihren Schrecken verloren, erklärten die Experten. Aber das ist ein Trugschluss. Dabei könnten Mumps, Masern und Röteln ausgerottet werden, „wenn sich möglichst alle, also 95 Prozent der Bevölkerung, dagegen impfen ließen“, erklärt Monika Stichert. Und ihr Kollege Rieke ergänzt: „Die Keime, die diese Erkrankungen auslösen, sitzen nur im Menschen. Aber sie sind sehr infektiös und finden die Ungeimpften in der Bevölkerung, wenn es mehr sind als fünf Prozent.“

Mehr Chancen als Risiken

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat zum Ziel, diese Viren spurlos verschwinden zu lassen. Einige von ihnen, wie zum Beispiel die Erreger der Masern, werden bis heute zu Unrecht verharmlost. Burkhard Rieke dazu: „Die Masern sind einer der wesentlichen Gründe für Blindheit, gerade in Afrika, weil sich die Hornhaut durch diese Krankheit quasi abrubbeln kann.“ Er schätzt das Risiko von Impfschäden geringer ein als den Nutzen der Impfung. In seiner langjährigen Praxis hat er bisher nur drei schwerwiegende Fälle von Impffolgen melden müssen.

Die Referenten rieten Reisenden, mit speziellen Reisemedizinern zu klären, welche Impfungen im jeweiligen Ein- und Durchreiseland vorgeschrieben sind. Fehle etwa die Gelbfieberimpfung im Impfpass, könnten manche afrikanische Staaten die Einreise verweigern. Zudem gibt es empfohlene Reiseimpfungen (je nach Reiseziel). Selbst innerhalb Deutschlands kann bei einem Trip in ein Risikogebiet für Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) eine Impfung notwendig werden. ■ NATASCHA PLANKERMANN



Wenn 95 Prozent der Bevölkerung geimpft wären, könnten Masern, Mumps und Röteln in Deutschland ausgerottet werden.

Sprechstunde im Flüchtlingsdorf

Überall in Nordrhein sind Ärztinnen und Ärzte aktiv in der Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden. Einer von ihnen ist Mohammad Masum Mansurie. Der Allgemeinmediziner ist in Afghanistan geboren. Er weiß, was es heißt, fliehen zu müssen: Im Oktober 1985 musste er seine Heimat verlassen. Heute hilft er Flüchtlingen.

So kümmert er sich um die Gesundheit der etwa 75 Flüchtlinge, die in den Unterkünften am Buschberg in Velbert leben. Auch aus Recklinghausen besuchen Flüchtlinge regelmäßig seine Praxis. „Ich spreche Farsi und Paschtu, da kommen natürlich Afghanen zu mir, weil wir uns in ihrer Sprache verständigen können.“

Seit Jahresbeginn ist Mansuries Wirkungskreis noch größer geworden: Regelmäßig fährt er ins Flüchtlingsdorf im ehemaligen Mathias-Stinnes-Stadion in Essen-Karnap. Mittwochs, nachdem er die Sprechstunde in seiner Hausarztpraxis in Velbert beendet hat, setzt er sich in seinen Wagen und fährt knapp 30 Kilometer dorthin. „Bisher war diese Zeit

für meine Fortbildungen geblockt, aber ich war bewegt vom Elend der Leute hier.“

Schlimme Erlebnisse

Zehn Einsätze hat er bereits hinter sich. Es werden sicher noch viel mehr, denn der Behandlungsbedarf ist groß. „Beim ersten Mal war es wirklich chaotisch“, erinnert sich Mansurie. Da hätten sich zwei Dutzend Patienten mit Öffnen der Türen in den Behandlungscontainer gedrängt. Doch inzwischen seien die Abläufe strukturiert, der Andrang geringer. „Jetzt kommen etwa 10 bis 15 Patienten pro Sprechstunde.“ Zum Teil mit Kleinigkeiten, zum Teil aber auch mit schweren Leiden – ganz oft mit Traumata.

Von links:

Warten auf Einlass:
Patienten am Eingang
zum Behandlungs-
container

Das Betreuungsteam im
Flüchtlingsdorf (v. l.):
Sozialarbeiter Sebastian
Heinrich, Rachid El
Kassimi, Mohammed
Mansurie und Narwan
Hamid-Roy



Etwa ein Vater aus Syrien, der erleben musste, wie drei seiner Kinder vor seinen Augen erschossen wurden. Er leidet nun (auch) an massiven Schlafstörungen. „Viele bräuchten eine intensive Therapie.“ Die kann er ihnen nicht bieten, muss vor allem akut heilen. Doch das regelmäßige Zuhören helfe auch, ist sich Mansurie sicher.

Die Sprechstunde stemmt der Allgemeinmediziner nicht allein. Zur Seite steht ihm Narwan Hamid-Roya. Die Medizinische Fachangestellte arbeitet für den Betreiber der Unterkunft, die European Homecare GmbH, die bundesweit Flüchtlinge in 100 Unterkünften betreut. Sie ist immer vor Ort ansprechbar: „Ich koordiniere Termine in den umliegenden Praxen und Krankenhäusern“, berichtet die junge Frau. Ansonsten leistet sie Erste Hilfe, kontrolliert den Impfstatus oder ob die Vorsorgeuntersuchungen für die Kinder stattgefunden haben.

„Ich habe viel zu tun“, sagt Hamid-Roya. Die Afghanin brauchte ärztliche Unterstützung und sprach Mansurie an. Der ließ sich nicht lange bitten und setzte sich mit der Leitung des Flüchtlingsdorfs in Verbindung. Jetzt hilft er vor Ort.

Das Flüchtlingsdorf befindet sich auf dem Areal eines früheren Fußballstadions, Reste der Tribüne inklusive. In den großen Zelten leben derzeit rund 500 Menschen. Dazu kommen rund ein Dutzend Container, in denen zum Beispiel die Verwaltung untergebracht ist, ebenso die Sanitätsstation.

Abrechnung über Behandlungsschein

Rachid El Kassimi bedauert, dass die Stadt Essen die elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge abgelehnt hat. „Mit der Karte wäre es für uns, die Bewohner, Ärzte und Sachbearbeiter des Sozialamtes viel einfacher geworden“, sagt der Gesundheits- und Krankenpfleger. So können Ärzte nur Flüchtlinge behandeln, die einen Behandlungsschein erhalten haben, und dieser muss auch noch jedes Quartal neu ausgestellt werden. „Häufig haben unsere Bewohner akute Leiden, aber noch keinen Behandlungsschein erhalten.“

Trotz aller Schwierigkeiten: Den Kopf hängen lassen kommt für El Kassimi nicht in Frage. „Wir leisten hier Pionierarbeit“, sagt der 30-Jährige. Es gibt noch keinen klar ausgearbeiteten Leitfaden in der Medizinischen Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland.



Mohammad Masum Mansurie (52) im Gespräch mit einer Patientin. Der Vater von vier Kindern engagiert sich nicht nur in der Versorgung von Flüchtlingen, er ist auch Vorstandsmitglied der DLRG in Velbert. Mansurie ist leidenschaftlicher Musiker, er spielt unter anderem Rubab, eine Laute, die als Nationalinstrument Afghanistans gilt, aber auch Dotar, indische Sita und Akkordeon.



Eingangsuntersuchung läuft

Am 1. Oktober 2015 startete der Vertrag über die ärztliche Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern in den Einrichtungen des Landes Nordrhein-Westfalen. Er regelt die Erstuntersuchung während der Unterbringung in den sogenannten Ersteinrichtungen, zentralen Unterbringungseinrichtungen und den Notunterkünften des Landes NRW – und läuft sehr gut. Einige Zahlen aus dem vierten Quartal 2015:

aktive Ärzte aus Nordrhein	463
davon Vertragsärzte	348
Nichtvertragsärzte	115
<hr/>	
Eingangsuntersuchungen	30.839
Röntgenuntersuchungen	19.720
Impfungen	42.643*

* Die Zahl ist höher als die Zahl der Eingangsuntersuchungen, weil zum Teil Mehrfachimpfstoffe fehlten und Ärzte deswegen auf mehrere Einfachimpfstoffe ausweichen mussten.

„Unsere Einrichtung ist ganz auf die Zusammenarbeit mit Kliniken und Praxen in und um Essen-Karnap angewiesen.“ Improvisation und Engagement seien gefragt.

Die Behandlung vor Ort hat viele Vorteile. Besonders das Verständigungsproblem lässt sich im Flüchtlingsdorf einfach lösen, weil bei der Auswahl des Betreuungspersonals in der Unterkunft darauf geachtet wird, dass die nötigen Sprachkompetenzen vorhanden sind, vor allem arabische, afghanische und englische.

Wie lange die Flüchtlinge in den Zelten leben, ist unklar. „Eine Wohnung zu finden, wäre extrem wichtig“, sagt Mansurie. „Aber das ist auch sehr schwer.“ Deswegen wird er auch weiterhin mittwochnachmittags hier sein. „Manchmal bin ich am Abend ganz schön kaputt“, räumt er ein. „Doch diesen Menschen zu helfen, das gibt mir ein gutes Gefühl.“

■ FRANK NAUNDORF

Traumata ohne Ende

Krieg, Verfolgung, Folter – viele Flüchtlinge sind traumatisiert. Bis zu 40 Prozent leiden unter psychischen Störungen und Belastungsreaktionen. Zu diesem Ergebnis kommen mehrere Studien. Dr. Ljiljana Joksimovic, Leitende Oberärztin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am LVR-Klinikum Düsseldorf berichtete über die Arbeit der Psychosomatischen Ambulanz für Flüchtlinge in Düsseldorf. Die gesundheitlichen Folgen von Traumata betreffen die psychische und die körperliche Gesundheit, zum Beispiel chronische Schmerzzustände, kardiovaskuläre oder gastrointestinale Erkrankungen.

Mit den existierenden Strukturen dürfen die Leiden kaum zu bewältigen sein. Traumatisierte Flüchtlinge erhielten nötige Behandlungen erst nach mehreren Jahren, so Joksimovic. „Die Traumafolgen sind nach so langer Zeit umso schwerer zu behandeln.“ Die Ärztin für Psychosomati-

sche Medizin und Psychotherapie plädiert deswegen für eine frühzeitige Klärung der psychosozialen Belastungen etwa mittels Tests oder Screeningverfahren. „Sie sind recht einfach durchzuführen und die Erhebungsbögen in vielen Sprachen vorhanden.“

Besonders bei psychiatrischen Diagnosen, aber auch bei schwerwiegenden Eingriffen oder Gutachten sollte ein professioneller Dolmetscher eingesetzt werden. Leider fehlten einheitliche Regelungen für Einsatz und Bezahlung. „Jede Kommune muss ihre eigene Lösung finden“, sagte Diplom-Psychologin Eva van Keuck vom Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf. Bei der „arabischen Sprachenvielfalt“ gebe es immer wieder Übersetzungsprobleme. Wichtig sei auch, vorab zu klären, dass Patient und Dolmetscher nicht aus verfeindeten Bevölkerungsgruppen stammen.

KVNO twittert

Kurz gefasst,
bestens informiert



Fotos: Antonio Guillem / Shutterstock.com



Engagiert für Gesundheit.
Kassennärztliche Vereinigung
Nordrhein



Folgen Sie uns auf [Twitter/kvno_aktuell](#)

Haftungsrisiken beim Behandeln von Flüchtlingen

Die ärztliche Versorgung von Flüchtlingen wirft Fragen auf, zum Beispiel: Wer haftet für Behandlungsfehler?

Die Flüchtlinge durchlaufen verschiedene Phasen der Aufnahme, in denen unterschiedliche rechtliche Rahmenbedingungen für die Behandlung gelten. Ein Problem: Die einzelnen Phasen sind für Außenstehende schwer zu erkennen.

Zu unterscheiden sind vor allem zwei Phasen:

1. die Untersuchungen im Rahmen der Unterbringung in den Erstaufnahmeeinrichtungen
2. die weitere ärztliche Betreuung nach Zuweisung der Flüchtlinge in die Kommunen

Erstaufnahmeeinrichtungen

Zunächst werden die Flüchtlinge in den Erstaufnahmeeinrichtungen ärztlich untersucht. Das bedeutet, dass die Flüchtlinge zum Beispiel auf übertragbare Krankheiten untersucht oder geimpft werden. Zuständig hierfür sind die Landesaufnahmebehörden. Es handelt sich bei diesen Untersuchungen nicht um vertragsärztliche Leistungen.

Das Land greift hierfür zunächst auf die angestellten Ärzte, etwa die Ärzte der Gesundheitsämter, zurück. Da die Kapazitäten nicht ausreichen, werden auch Krankenhausärzte und Vertragsärzte ehrenamtlich oder auf Honorarbasis tätig. Es ist in Nordrhein üblich, dass sich die Bezirksregierungen für die Untersuchungen durch niedergelassene Ärzte unterstützen lassen.

Um die Unterstützung unbürokratisch und einheitlich zu regeln, haben die KVen in Nordrhein-Westfalen mit der Landesregierung einen Vertrag über die ärztliche Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern geschlossen, der am 1. Oktober 2015 in Kraft getreten ist. Der Vertrag gilt für die Erstuntersuchung der Flüchtlinge und Asylbewerber während der Unterbringung in den Ersteinrichtungen. An dem Vertrag können niedergelassene und nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte auf Antrag teilnehmen.

Die Frage der Haftung für Behandlungsfehler ist in dieser Phase folgendermaßen zu beantworten: Für die Behandlung der Flüchtlinge durch Ärzte auf Veranlassung des Landes in Einrichtungen der Flüchtlingsunterbringung gilt primär eine Haftung des Staates. Die Staatshaftung gilt auch für ehrenamtlich in den Einrichtungen tätige Ärzte. Die Landesregierung hat klargestellt, dass die Staatshaftung auch greift, wenn der niedergelassene Arzt in diesen Einrichtungen tätig wird und vom Land vergütet wird.

Kann dem Arzt bei der Behandlung aber grobe Fahrlässigkeit oder gar Vorsatz vorgeworfen werden, besteht eine Rückgriffsmöglichkeit des Landes. In solchen Fällen kann der Arzt vom Land für geleistete Schadensersatzforderungen in Anspruch genommen werden. Grobe Fahrlässigkeit liegt z. B. bei einem Behandlungsfehler vor, der aus objektiver ärztlicher Sicht nicht

mehr verständlich ist. Dies wäre etwa bei einer Behandlung, die gegen eindeutig gesicherte medizinische Kenntnisse sowie bewährte ärztliche Behandlungsregeln und Erfahrungen verstößt, z. B. Unterlassen einer Befunderhebung.

Städte und Gemeinden

Die nächste Phase beginnt mit der Verteilung der Flüchtlinge auf die Städte und Gemeinden. Hier gilt das Asylbewerberleistungsgesetz. Der Flüchtling ist nicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Vielmehr sind nach der Verteilung der Flüchtlinge auf die Kommunen diese für das Ausstellen von Berechtigungsscheinen zuständig.

Es besteht ein eingeschränkter Leistungsanspruch. Die ärztliche Behandlung erfolgt nur zur erforderlichen Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände. Ferner besteht ein Anspruch auf Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen.

Für die Behandlung wird entweder auf mit Hilfsorganisationen kooperierende, ehrenamtlich tätige Ärzte zugegriffen oder es wird ein Berechtigungsschein für die vertragsärztliche Versorgung ausgestellt. In Nordrhein-Westfalen haben einige Kommunen eine elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge eingeführt oder wollen diese einführen. Andere Kommunen lehnen dies ab. Ob Berechtigungsschein oder Gesundheitskarte – die Abrechnung erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung.

Der Leistungsumfang orientiert sich auch bei Vorlage der Gesundheitskarte an den Vorgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes. Dies sieht im Vergleich zur den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung verschiedene Einschränkungen vor, beispielsweise haben Asylbewerber keinen Anspruch auf eine künstliche Befruchtung.



Wie sieht es mit der Haftung in den Aufnahmeeinrichtungen aus? Es spricht viel dafür, dass auch hier die Staatshaftung gilt, da sich das Handeln des Arztes als Ausübung eines öffentlichen Amtes darstellt. Liegt eine Haftpflichtversicherung vor, kommt diese also nicht vorrangig zum Tragen. Eine bestehende Haftpflichtversicherung könnte allenfalls bei einem staatlichen Regress relevant werden. Besteht die Möglichkeit eines Rückgriffs, würde sich das Land gegebenenfalls an die Versicherung wenden.

Im Rahmen der Flüchtlingsversorgung empfiehlt es sich, die Berufshaftpflichtverträge daraufhin zu prüfen, ob sie dieses Haftungsrisiko abdecken. Einige Versicherer haben erklärt, dass die bei ihnen abgeschlossenen Verträge die Behandlung von Flüchtlingen abdecken, und bestätigen dies auf Wunsch.

Achtung: Die Haftpflichtversicherung erstreckt sich in der Regel nur auf das Fachgebiet des Arztes. Die Fachgebietsgrenzen sind im Rahmen der Flüchtlingsversorgung aber aufgehoben. Falls Behandlungen außerhalb des Fachgebiets beabsichtigt sind, sollten Ärzte mit dem Versicherer klären, ob die Versicherung dies abdeckt oder ob entsprechende Ergänzungen der Haftpflichtversicherung möglich sind.

Flüchtlinge werden nach ihrer Ankunft in Deutschland zunächst in den Erstaufnahmeeinrichtungen untersucht. Bei Behandlungsfehlern, die nicht grob fahrlässig oder vorsätzlich sind, haftet dann der Staat.

■ IRINA NEULEBEN

Mehr Infos zur medizinischen Versorgung von Asylbewerbern und Flüchtlingen unter www.kvno.de
KV | 160545

Umgang mit Überweisungen

Zum Thema Überweisungen erreichen die Serviceteams immer wieder Fragen. Wir haben häufige Fragen und Antworten für Sie zusammengestellt.

Müssen Überweisungen noch ausgestellt und angenommen werden?

Ja, das Überweisungsgebot nach § 24 Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) ist nach wie vor gültig. Danach muss ein Vertragsarzt diagnostische und therapeutische Leistungen, die von einem anderen Vertragsarzt durchgeführt werden sollen, per Überweisung (Muster 6) veranlassen. In diesen Fällen stellen Sie bitte eine Überweisung aus oder nehmen die vorgelegte Überweisung an.

Legt ein Vertragsarzt/-psychotherapeut bei einem Patienten mit Überweisung einen Originalschein („Ambulante Behandlung“) in der Abrechnung an?

Nein. Wenn der Patient eine Überweisung vorlegt, muss der Arzt diese in der Abrechnung auch als Überweisungsschein anlegen.

Sind Überweisungen quartalsübergreifend gültig?

Ja, das ist in Anlage 2 zum BMV-Ä geregelt. Wird der Überweisungsnehmer erst im Folgequartal tätig, ist die ausgestellte Überweisung trotzdem gültig. Voraussetzung: Der Patient legt eine gültige Versicherungskarte oder einen anderen gültigen Behandlungsausweis des zuständigen Kostenträgers vor. Bei sonstigen Kostenträgern gelten Besonderheiten.

Dürfen Überweisungen rückdatiert werden?

Nein. Der auf Überweisung handelnde Arzt darf Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst erbringen, wenn ihm die Überweisung vorliegt. Sucht ein Patient ohne Abstimmung mit seinem Arzt einen er-

mächtigten Arzt zur Durchführung einer ambulanten Behandlung auf, kann er keine Überweisung nachträglich verlangen.

Muss nach einer ambulanten Operation eine Überweisung für die postoperative Behandlung vorliegen?

Ja, dafür muss nach Kapitel 31.4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) eine Überweisung vom Operateur vorliegen. Dieser muss das Operationsdatum und die entsprechende Gebührenordnungsposition aus dem EBM auf der Überweisung vermerken.

Kann ein Patient einen Arzt auch ohne Überweisung aufsuchen?

Ja. Ausgenommen sind laut BMV-Ärzte § 13 Absatz 4 jedoch Fachgruppen, die nur auf Überweisung tätig werden dürfen: Ärzte für Labormedizin, Mikrobiologie und Infektions-epidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin. Ermächtigte Ärzte können in Nordrhein auch nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden.

Kann eine Überweisung auch namentlich an einen Arzt ausgestellt werden?

Aufgrund der freien Arztwahl soll nur die Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung genannt werden, in deren Bereich die Überweisung ausgeführt werden soll. Eine namentliche Überweisung kann zur Durchführung bestimmter Untersuchungen an hierfür ermächtigte Ärzte bzw. ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen erfolgen.

Hygiene-Fachpersonal: Übergangsfristen verlängert

Einrichtungen für ambulantes Operieren und Dialyse müssen sich in ihrem Hygienemanagement durch Fachpersonal unterstützen lassen. Diese Vorgabe ist Bestandteil des geänderten Infektionsschutzgesetzes aus dem Jahre 2011 und den daraus resultierenden landesspezifischen Hygieneverordnungen.

Bereits vor Inkrafttreten letzterer im Jahr 2012 war absehbar, dass die geforderte personelle Ausstattung aufgrund eines Hygienefachpersonalmangels nicht zeitnah umgesetzt werden kann. Daher wurde mit einer Übergangsregelung bis 31. Dezember 2016 ermöglicht, fachlich geeignetes Personal einzusetzen, das die geforderte Qualifikation noch nicht erworben hat.

Nun wurde diese Übergangsfrist zur Gewinnung und Qualifizierung von Hygienefach-

personal im Infektionsschutzgesetz bis zum 31. Dezember 2019 verlängert, da die Bedarfswahlen an ausgebildetem Fachpersonal bei Weitem noch nicht erreicht werden. Mit der neuen Frist erhöht sich für alle Einrichtungen die Chance, noch qualifizierte Fachkräfte zu finden und einzubinden.

Auch für den Erwerb der Qualifikation „Hygienebeauftragter Arzt“ ist durch die Fristverlängerung der Zeitdruck gefallen. Die von der Regelung betroffenen Praxen können über 2016 hinaus die Qualifikation durch eine Fortbildung erwerben. Die Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung hat den 40-Stunden-Kurs „Hygienebeauftragter Arzt“ in ihrem Fortbildungsangebot. ■ ALP

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV | 160547**

Musterhygieneplan-Gastroenterologie überarbeitet

Das Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat den Musterhygieneplan für gastroenterologische Praxen aus dem Jahr 2012 überarbeitet. Der Plan stellt die hygienerelevanten Abläufe einer gastroenterologischen Praxis detailliert dar. Im Fokus steht die Aufbereitung flexibler Endoskope und derer Komponenten. Zudem umfasst der Hygieneplan die allgemeinen Maßnahmen zum Hygienemanagement sowie die baulich-funktionelle Gestaltung in der Arztpraxis.

Es gibt entsprechend des maschinellen oder des manuellen Aufbereitungsverfahrens zwei Varianten des Musterhygieneplans zur Reinigung und Desinfektion von Endoskopen, endoskopischem Zusatzinstrumentarium und Zubehör. Beide Versionen stehen als PDF-Datei auf www.kvno.de als Download zur Verfügung. Zudem kann eine Word-Version,



die für die individuelle Anpassung an die eigene Praxis benötigt wird, auf Anfrage bei der Hygieneberatung der KV angefordert werden.

Die Broschüre „Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden“ des Kompetenzzentrums enthält weitergehende Informationen zum Thema. ■ ALP

Kontakt KV Nordrhein
Telefon 0211 5970 8476
E-Mail hygiene@kvno.de

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV | 160547**

Es gibt zwei Varianten des Musterhygieneplans zur Reinigung und Desinfektion von Endoskopen, endoskopischen Zusatzinstrumenten und Zubehör.

GOÄ der Unfallversicherung aktualisiert

Im Leistungs- und Gebührenverzeichnis der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-GOÄ) gibt es einige Änderungen, die bereits seit 1. März 2016 gelten. Sie betreffen unter anderem die Behandlung des „weißen Hautkrebses“. Seit Anfang 2015 können multiple „aktinische Keratosen“ (Vorstufen des Plattenepithelkarzinoms) sowie das Plattenepithelkarzinom selbst als Berufskrankheit der Nummer 5103 anerkannt werden.

Als Folge der neuen Berufskrankheitenverordnung ist jetzt das Gebührenverzeichnis in den Nummern 570 ff. (Photodynamische Therapie von Hautläsionen und Laserbehandlung von aktinischen Keratosen) angepasst worden. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang

auch, dass es neue Hautarztberichte F6050 (Erstbericht) und F6052 (Verlaufsbericht) gibt.

Weitere Änderungen betreffen die Leistungslegenden der Nummern 60a und 60b der UV-GOÄ sowie der Nummern P8 und P9 (Gebührenverzeichnis Psychotherapeuten). Hier wurde klar gestellt, dass die Gebühren für konsiliarische Erörterungen zwischen Psychotherapeuten und für die konsiliarische Erörterung mit mitbehandelnden Ärzten abgerechnet werden können.

In Kapitel C, Absatz VIII, „Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen“, sind in den Allgemeinen Bestimmungen unter Nummer 1.5 die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen ergänzt worden.

2,5 Prozent mehr Gehalt für MFA

Medizinische Fachangestellte (MFA) erhalten rückwirkend zum 1. April 2016 2,5 Prozent mehr Gehalt. Darauf haben sich die Tarifpartner in der zweiten Verhandlungsrunde Mitte April geeinigt. Das Einstiegsgehalt einer MFA in der Tätigkeitsgruppe I liegt damit nun bei 1.725 Euro im Monat. Das sind 42 Euro mehr als bislang.

Mehr Geld erhalten auch die Auszubildenden. In allen drei Ausbildungsjahren zur MFA steigt die Vergütung um 30 Euro monatlich: Im ersten Jahr sind es nun 730 Euro, im zweiten Jahr 770 Euro und im dritten Jahr 820 Euro brutto pro Monat.

Darüber hinaus haben sich die Tarifpartner auf ein Plus bei der betrieblichen Altersvorsorge verständigt. Der Arbeitgeberanteil erhöht sich für Vollzeitbeschäftigte und Teilzeitkräfte mit 18 Stunden pro Woche und mehr um zehn Euro monatlich auf 76 Euro, für Azubis und Teilzeitkräfte mit weniger als 18 Stunden pro Woche um fünf Euro pro Monat auf 53 bzw. 43 Euro.

Der Gehaltstarifvertrag läuft bis zum 31. März 2017, der Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung bis zum 31. Dezember 2019.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV | 160548**

Künstliche Befruchtung: Bundeswehr zahlt weniger

Bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung von Soldatinnen übernimmt die Bundeswehr seit 1. Januar nur noch die Hälfte der Kosten. Die Kostenübernahme an die gesetzlich Krankenversicherten angeglichen. Das bedeutet, dass nun auch für Bundeswehrangehörige

der § 27a SGB V gilt. Die in den Richtlinien über künstliche Befruchtung genannten Vorgaben zu Methoden, Indikationen und Umfang der Maßnahmen sind nun auch für Soldatinnen und Soldaten verbindlich.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV | 160548**

Neuer Behandlungsfall bei Kassenwechsel

Wechselt ein Patient innerhalb eines laufenden Quartals die Krankenkasse, beginnt damit ein neuer Krankheits- und auch ein neuer Arzt- und Behandlungsfall. Das bedeutet: Vertragsärzte können Leistungen, die bei der Abrechnung auf den Arzt-, Behandlungs- oder Krankheitsfall begrenzt sind, erneut abrechnen, wenn der Patient einmal vor und einmal nach dem Kassenwechsel in die Praxis kommt.

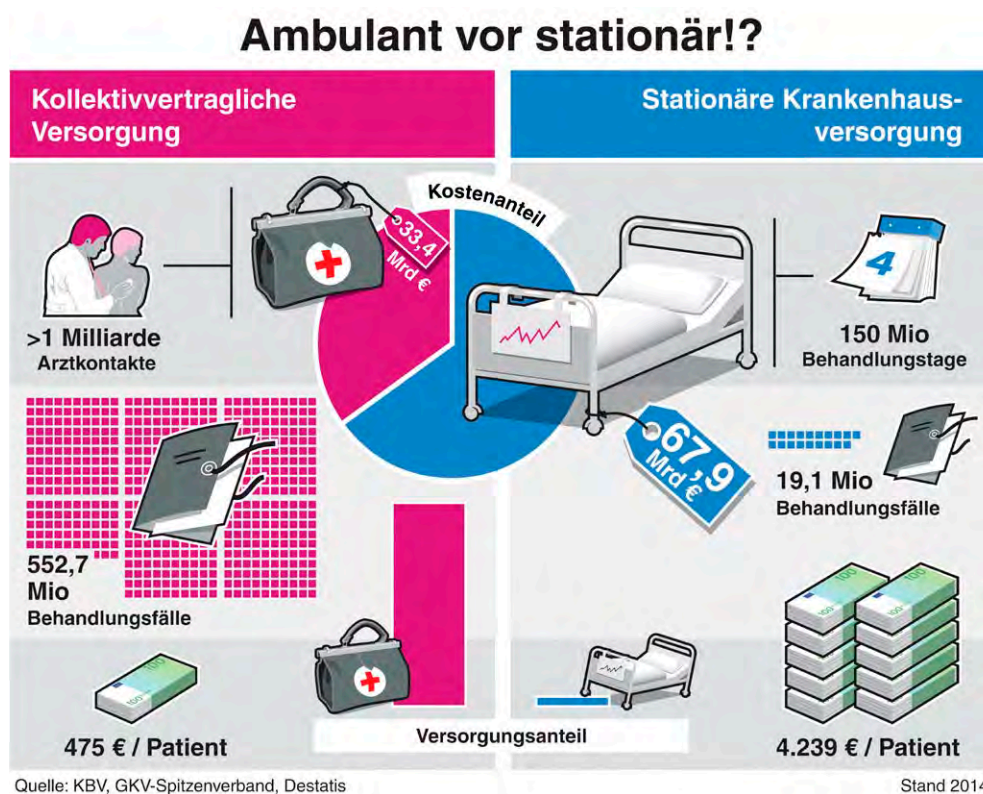
Ein Kassenwechsel hat aber noch andere Folgen: So ist bei Disease-Management-Programmen eine Neueinschreibung fällig. Dasselbe gilt bei der Hausarztzentrierten Versorgung, wenn die neue Krankenkasse an einem solchen Vertrag beteiligt ist. Ebenso müssen bei einem Kassenwechsel spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) oder häusliche Krankenpflege neu verordnet werden.

Mutterpass jetzt auch in englischer Sprache

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Mutterpass nun in englischer Sprache bereitgestellt. Damit können auch fremdsprachige Personen besser nachvollziehen, was im Mutterpass dokumentiert wird und welche Untersuchungen während der Schwangerschaft vor-

gesehen sind. Die ärztliche Befunddokumentation muss bei allen Schwangeren weiterhin in der gedruckten deutschen Fassung des Mutterpasses erfolgen.

Sie können die englische Version des Mutterpasses kostenlos herunterladen unter www.kvno.de | KV 160549



Die Kassenärztliche Bundesvereinigung lässt Zahlen sprechen: Im Jahr 2014 gab es im ambulanten Bereich über 500 Millionen Behandlungsfälle. Dem gegenüber stehen im stationären Sektor lediglich rund 19 Millionen Behandlungsfälle.

16. Nordrheinischer Praxisbörsentag

Informationen rund um Praxisabgabe und -nachfolge

Samstag, 4. Juni 2016 | 9 bis 15.30 Uhr | KV Nordrhein | Haus der Ärzteschaft | Düsseldorf

Vortragsveranstaltung im großen Sitzungssaal

- 9.00 – 9.30 Uhr **Begrüßung**
Bernhard Brautmeier | Stellvertretender Vorsitzender KV Nordrhein
- 9.30 – 10.15 Uhr **Ablauf der Praxisabgabe**
Dr. jur. Horst Bartels | Justitiar KV Nordrhein
- 10.15 – 10.45 Uhr **Interview mit den Beratern**
Dr. Heiko Schmitz | Leiter Bereich Presse und Medien | KV Nordrhein
- 10.45 – 11.15 Uhr **Kaffeepause**
- 11.15 – 11.45 Uhr **Schritte in die Niederlassung**
Anna Zahler | Niederlassungsberatung | KV Nordrhein
- 11.45 – 12.15 Uhr **Praxiswertermittlung – Strategien für Einsteiger und Praxisabgeber**
Bastian Koecke | Treumerkur
- 12.15 – 13.00 Uhr **Mittagspause**

Vorträge für Praxisabgeber | großer Sitzungssaal

Moderation: Daniela Hackel | Leiterin Sicherstellung/Qualitätssicherung | Bezirksstelle Düsseldorf | KV Nordrhein

- 13.00 – 13.30 Uhr **Finanzplanung vor der Praxisabgabe**
Petra Pallocks und Uwe Mies | Deutsche Bank
- 13.30 – 14.00 Uhr **Steuerliche Gestaltungsmöglichkeiten beim Praxisverkauf**
Ralf Willems | Wohlfahrt und Willems
- 14.00 – 14.30 Uhr **Aktuelles zur Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung**
Birgit Recke | Stellvertretende Abteilungsdirektorin des Versicherungsbetriebes | Nordrheinische Ärzteversorgung

Vorträge für Praxiseinsteiger | Raum H-EG-31

Moderation: Linda Pawelski | Niederlassungsberaterin | KV Nordrhein

- 13.00 – 13.30 Uhr **Existenzgründung: Der sichere Weg in die eigene Praxis – betriebswirtschaftlich und steuerlich**
Christoph Gasten | Laufenberg und Michels
- 13.30 – 14.00 Uhr **Grundlagen der Honorarsystematik für Ärzte und Psychotherapeuten**
Olga Lykova | Abrechnungsberatung | Bezirksstelle Düsseldorf | KV Nordrhein
- 14.00 – 14.30 Uhr **Erfahrungsbericht – Startphase der Niederlassung**
Dr. Carl Hubertus Schreder | Facharzt für Allgemeinmedizin | Düsseldorf
Sonia Mikula | Psychologische Psychotherapeutin | Krefeld
- 14.30 – 15.30 Uhr **Meet and Greet – Abgeber trifft Nachfolger**



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Fachausstellung | 9 bis 15.30 Uhr
Informationen und Beratung

Die Liste der Fachaussteller
finden sie unter www.kvno.de

16. Nordrheinischer Praxisbörsentag

Der nordrheinische Praxisbörsentag bietet Praxisabgebern und potenziellen Nachfolgern die Möglichkeit, persönlich in Kontakt zu treten. Besucher können sich zudem von Experten der KV Nordrhein in Niederlassungsfragen umfangreich beraten lassen.

Termin 4. Juni 2016
9 bis 14 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Kontakt KV Nordrhein
Bereich Kommunikation
Britta Schnur
Telefon 0211 5970 8305
E-Mail anmeldung@kvno.de

Fortbildung für MFA: Von Impfen bis Gewaltprävention

Rund um die Themen Impfen, Reisemedizin und Gewaltprävention geht es in der Fortbildungsveranstaltung „Neue Impulse für den Praxisalltag“. Diese Fortbildung richtet das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) mit dem Verband medizinischer Fachberufe zum dritten Mal aus.

Termin 15. Juni 2016
15 bis 18.30 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Kontakt Institut für Qualität
im Gesundheitswesen
Nordrhein
Telefon 0211 4302 2751
Schriftliche Anmeldung
E-Mail iqn@aekno.de
Telefax 0211 4302 5751

Bandscheibenschäden – gute Behandlung mit und ohne Skalpell!?

In der 2. IQN-Fortbildungsveranstaltung „Indikationsqualität im Fokus“ geht es um die Behandlung von Bandscheibenschäden. Ärzte stehen in der Kritik, es werde zu viel oder zum Teil auch unnötig operiert. Dazu werden meist Zahlen aus anderen Ländern als Beweis herangezogen. Das IQN sieht mit der Fortbildungsreihe „Indikationsqualität im Fokus“ genauer hin.

ZERTIFIZIERT | 4 Punkte

Termin 29. Juni 2016
16 bis 19.30 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Anmeldung + Kontakt Institut für Qualität
im Gesundheitswesen
Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Telefon 0211 4302 2750
Telefax 0211 4302 5751
E-Mail iqn@aekno.de

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

Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten

■	18.05.2016	IQN: Pharmakotherapie bei Multimorbidität – eine Herausforderung für die Patientensicherheit, Düsseldorf
■	25.05.2016	KV Nordrhein: Fachtagung „Zur Treue gehören immer zwei“, Gemeinschaftliche Therapieverantwortung in der Arzt-Patientenbeziehung, Düsseldorf
	28.05.2016	Nordrheinische Akademie: Gesundheitsförderung und Prävention, Düsseldorf
■	01.06.2016	KV Nordrhein: Rational und rationell verordnen für neu niedergelassene Ärzte, Köln
■	04.06.2016	KV Nordrhein: 16. Praxisbörsentag, Düsseldorf
	10.-11.06.2016	Nordrheinische Akademie: Moderatoren-Training (Grundkurs), Düsseldorf
	17.06.2016	Medizinisches Zentrum an der Inde: ZI-Seminar „Diabetes ohne Insulin“, Würselen
	25.06.2016	Nordrheinische Akademie: Gesundheitsförderung und Prävention, Düsseldorf
	29.06.2016	IQN: Indikationsqualität im Fokus. Bandscheibenschäden – gute Behandlung mit und ohne Skalpell?, Düsseldorf
■	29.06.2016	KV Nordrhein: Grundlagenseminar EBM, Düsseldorf
	01.07.2016	Medizinisches Zentrum an der Inde: ZI-Seminar „Diabetes ohne Insulin“, Würselen
■	06.07.2016	KV Nordrhein: Aus D2D wird KV-Connect: Sicher in die Zukunft – Messeveranstaltung, Düsseldorf

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

	01.06.2016	KV Nordrhein: Diagnosekodierung in der Praxis – Grundkurs, Düsseldorf
	03.-04.06.2016	Nordrheinische Akademie: Mit Wirkung kommunizieren, Düsseldorf
	15.06.2016	KV Nordrhein: Abrechnung Hausärzte, Düsseldorf
	15.06.2016	IQN: Neue Impulse für den Praxisalltag, Düsseldorf
	17.-18.06.2016	Medizinisches Zentrum an der Inde: ZI-Seminar „Diabetes ohne Insulin“, Würselen
	22.06.2016	KV Nordrhein: Führung I – Führungsqualitäten entwickeln, Düsseldorf
	29.06.2016	KV Nordrhein: Abrechnung Hausärzte, Köln
	01.-02.07.2016	Medizinisches Zentrum an der Inde: ZI-Seminar „Diabetes ohne Insulin“, Würselen

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: 24.400

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“ 6+7 | 2016

■ Honorar

Vorteile der Testabrechnung

■ Abrechnung

Ihre Fragen – unsere Antworten

■ Vertreterversammlung

Diskussion über Fraktionen

■ Telemedizin

Online-Sprechstunde in der Praxis

**Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell
erscheint am 23. Juni 2016.**

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