

■ Schwerpunkt

Nordrhein

Sorgt der Gesetzgeber für steigende Fallwerte?

■ Hintergrund

Multiresistenzen

Auf Handhygiene achten, weniger Antibiotika abgeben

■ Aktuell

Honorar

KV Nordrhein fängt extreme Verluste auf

■ Praxisinfo

Tonsillotomie

Verträge mit den BKKen und der Barmer GEK laufen



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

- 1 Editorial

Schwerpunkt

- 2 Vertreterversammlung der KV Nordrhein: Hebt der Gesetzgeber die Fallwerte an?

Aktuell

- 5 Honorarverteilung: KV Nordrhein fängt extreme Verluste ab
- 6 Bundessozialgericht: Zweigpraxis darf nicht zu weit vom Hauptsitz entfernt sein
- 8 Referentenentwurf im Herbst erwartet: Alle Patientenrechte in einem Gesetz
- 10 Praxisbörsentag in Düsseldorf: „Besser kann man es nicht antreffen“
- 11 Neues Mitgliederverzeichnis im KVNO-Portal
- 11 Techniker Krankenkasse bietet Hotline für Ärzte

Berichte

- 18 Multiresistente Erreger: Mit Handhygiene und kontrollierter Antibiotika-Abgabe
- 21 Sicherheitslücke bei neuen Kartenterminals
- 22 Ärztliche Versorgung in Heimen verbessern: Klare Absprachen und bessere Bezahlung
- 23 Weigeldt hält an Selektivverträgen fest – Köhler hält dagegen
- 24 Dr. Andreas Gassen: „Berlin muss die Basis hören“

Service

- 26 KV-Börse: Nachfolger schnell finden – und noch vieles mehr
- 27 Präventionskampagne: Mit Flyern und Plakaten gegen die Impfmüdigkeit
- 28 Wie verordne ich Katheter-Zubehör richtig?
- 30 Nordrheinische Akademie bietet Qualitätsmanagement-Seminare
- 30 Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Praxisinfo

- 12 Trotz Kassenpleite: Ärztliche Leistungen werden bezahlt
- 12 Tonsillotomie-Verträge mit BKKen und der Barmer GEK
- 12 BKKen kündigen Hausarztvertrag zum 30. Juni 2011
- 12 Neue Gebührensätze für Unfallmeldung und Reha-Management
- 13 Bundesausschuss beschließt mehr Beratung für Schwangere
- 13 Mammographie-Genehmigung: Teilnahme an Fallsammelprüfungen

Arzneimittelinfo

- 14 Blutzuckerteststreifen-Beschluss gilt ab 1. Oktober
- 14 Neue Packungsgrößen – Infos im Internet
- 14 Otologika-Kombipräparate wieder verordnungsfähig
- 14 Ginkgo standardisiert auf 240 mg
- 15 Neufassung der Heilmittel-Richtlinie tritt in Kraft
- 15 Genehmigungsvorbehalt bei Heilmittelverordnungen
- 15 Verordnung außerhalb des Regelfalls begründen
- 16 Marktübersicht zeigt Alternativen zu Me-too-Präparaten
- 17 Neuer Regress-Ratgeber für Nordrhein erschienen
- 17 AOK: Pauschal-Verordnung von Insulinpumpen und -zubehör



Liebe Frau Kollegin, lieber Herr Kollege, sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

an dieser Stelle haben wir Sie im Frühjahr über erste Papiere der Berliner Koalitionsfraktionen zum geplanten Versorgungsgesetz informiert. Mittlerweile liegt ein Referentenentwurf vor, der es in sich hat:

Der Entwurf sieht zum Beispiel eine Rückkehr zu regionalen Honorarverteilungsmaßstäben der KVen vor. Der Zug hin zum bundeseinheitlichen Vergütungssystem wird nicht nur gestoppt, sondern fährt künftig in die Gegenrichtung.

Unsere Forderung „gleiches Geld für gleiche Leistungen“ erhält damit zusätzliches Gewicht. Denn für diejenigen KVen, die bei der letzten Honorarreform benachteiligt wurden, darunter wir in Nordrhein, wäre es fatal, mit der Hypothek unterdurchschnittlicher Vergütungen in die neue Welt regionaler Honorarverhandlungen „entlassen“ zu werden.

Daher kämpfen wir jetzt für faire Ausgangsbedingungen. Wir wollen nicht mehr und nicht weniger als eine vergleichbare morbiditätsbedingte Vergütung je Patient, unabhängig von der Kassenzugehörigkeit und unabhängig von der Region.

Von unseren Forderungen haben auch die Krankenkassen und ihre Verbände Wind bekommen. Sie reagieren mit heftiger Gegenwehr – und zum Teil mit gezielter Desinformation der Öffentlichkeit. So hat der GKV-Spitzenverband den Entwurf des Versorgungsgesetzes zur Honorarangleichung unlängst als Gelddruckmaschine für die Ärzte bezeichnet: Doch die vom GKV-Spitzen-

verband geschürten Ängste sind schlichtweg falsch. Wir hoffen, dass sich die Politik davon nicht beirren lässt.

Uns geht es darum, dass für die Behandlung der Patienten in Nordrhein und Westfalen-Lippe genauso viel Geld zur Verfügung steht wie in anderen Regionen der Republik auch.

Davon sind wir noch immer weit entfernt. Die Vergütung je Versicherten in Nordrhein ist deutlich geringer als im Bundesdurchschnitt; uns fehlen rund 120 Millionen Euro pro Jahr, um den Schnitt zu erreichen. Dabei zahlen die Versicherten in unserer Region denselben Beitragssatz wie Versicherte in allen anderen Bundesländern. Im Interesse der Patienten und der Praxen bleibt unsere Forderung nach fairer Bezahlung der ambulant erbrachten medizinischen Leistungen deswegen unverändert bestehen.

Die Honorarpolitik ist längst nicht das einzige Kapitel des Versorgungsgesetzes, das uns unmittelbar betrifft. Die Regierung plant eine Neuordnung der Bedarfsplanung und die Einführung der „ambulanten spezialärztlichen Versorgung“ als neue Ebene zwischen Praxen und Krankenhäusern. Mehr dazu erfahren Sie in dieser Ausgabe von KVNO aktuell.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier
Vorstand

Hebt der Gesetzgeber die Fallwerte an?

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein am 8. Juni stand ganz im Zeichen des geplanten Versorgungsgesetzes. Welche Chancen und Risiken für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten das Gesetzeswerk bringen könnte, erläuterte Dr. Andreas Köhler. Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) betonte, dass erstmals seit über einem Jahrzehnt „keine reine Kostendämpfung“ betrieben werde.

Das derzeit als Referentenentwurf vorliegende Gesetz trage in einigen Punkten den Anliegen der Ärzteschaft Rechnung, würdigte Köhler. Das Gesundheitsministerium erkenne zum Beispiel erstmals an, dass ein Ärztemangel drohe.

Die Kritik der Ärzteschaft an den Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) habe die schwarz-gelbe Koalition aufgegriffen. Sie plant die Vorgabe zu streichen, bundesweit die Kodierrichtlinien einzuführen und zur Grundlage einer morbiditätsorientierten Vergütung zu machen.

AKR-Stopp, ein Pyrrhussieg?

Viele Delegierte freuten sich über den Wegfall der Kodierrichtlinien, schließlich hatte die Vertreterversammlung (VV) im Februar die Regierung, den GKV-Spitzenverband und die KBV aufgefordert, die Kodierrichtlinien zu stoppen.

„Dafür habe ich mich eingesetzt“, sagte Köhler, der diesen Auftrag auch von der VV der KBV erhalten hatte. Er warnte indes vor den Folgen des Verzichts auf die Kodierrichtlinien. „Für die Veränderung der Vergütung spielt die Kodierung weiterhin eine Rolle.“ Denn die Honorarveränderungen hängen zu einem kleineren Teil von der Entwicklung der Demografie, zum größeren Teil aber von der Entwicklung der Morbidität ab.

Gerade in einer Region wie Nordrhein, die unterdurchschnittliche Honorare aufweist und in der die Zahl der Versicherten schrumpft, bräuchten die KVen künftig gute Argumente, um bei den Kassen eine höhere Ver-

gütung durchzusetzen. „Da beneide ich Ihren Vorstand nicht.“ Denn ohne Kodierrichtlinien steigende Morbidität belastbar zu belegen, sei sehr schwierig. „In Nordrhein geht es um rund 40 Millionen Euro pro Jahr“, sagte Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein.

Konvergenz auf Umwegen

Mit dem Versorgungsgesetz verabschiedet sich der Gesetzgeber von der schrittweisen Angleichung der Honorare, betonte Köhler. „Es gibt derzeit keine gesetzliche Legitimation, eine Konvergenz durchzuführen.“ Dennoch gebe es Hoffnung für die KVen, die bei der Honorarreform schlecht abgeschnitten haben.

Das Bundesgesundheitsministerium plane, die Fallwerte in den benachteiligten Regionen auf den Bundesdurchschnitt anzuheben. Davon würden auch die Praxen in Nordrhein profitieren. Doch diese Anhebung wollen die Kassen im Vorfeld torpedieren, mutmaßt Köhler. Deswegen habe der GKV-Spitzenverband Anfang Juni ein Szenario in die Öffentlichkeit getragen, wonach die Arzthonorare um 2,7 Milliarden Euro steigen würden. „Die Zahlen sind schlicht und ergreifend gelogen“, stellte der KBV-Vorsitzende klar.

Es sei nicht abzusehen, ob die Politik durch den medialen Widerhall auf die Kassen-Äußerungen verschreckt werde. Köhler steht hinter der Konvergenz, daran ließ er keinen Zweifel. Und die vom Ministerium avisierte Anhebung hält er angesichts der Überschüsse der gesetzlichen Kassen für absolut legitim.

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein fasste am 8. Juni folgende Beschlüsse:

KVen sollen 116b-Leistungen abrechnen

Die VV der KV Nordrhein empfiehlt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dringend, dafür Sorge zu tragen, dass die zukünftig im Rahmen des neuen Versorgungsgesetzes des Paragrafen 116b Sozialgesetzbuch V (SGB V) erbrachten Leistungen über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung ohne Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung abgerechnet werden müssen.

Antrag: Dres. Harald Hofer, Manfred Weisweiler, Andreas Gassen und Rolf Ziskoven

Spezialärztliche Versorgung, so nicht!

Die Einführung der neuen Versorgungsebene für spezialärztliche Versorgung wie im Referentenentwurf für das GKV-Versorgungsgesetz vorgesehen, wird von der VV der KV Nordrhein in der Form der derzeit vorliegenden Gesetzesvorlage abgelehnt.

Antrag: Dres. Wieland Dietrich, Catherina Stauch, Peter Loula, Heidemarie Pankow-Culot, Hans Wilhelm, Gerd Ekkehard Höveler und Martin Grauduszus, Änderung: Prof. Bernd Bertram

Paragraf 95b SGB V streichen

Die VV der KV Nordrhein schließt sich mit Nachdruck der Auffassung des Deutschen Ärztetages 2011 an, dass die Regelung des Paragrafen 95b SGB V mit dem Grundgesetz unvereinbar ist. Sie setzt sich für dessen Streichung ein. Auch niedergelassenen Vertragsärzten darf das Recht, ihre Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen kollektiv wahrzunehmen, nicht verwehrt oder eingeschränkt werden. Gemeinsamer Zulassungsverzicht in Ausnahmefällen kann erforderlich sein, um das Verhandlungsgleichgewicht zwischen Ärzteschaft und Kostenträgern sicherzustellen. Die erheblichen wirtschaftlichen Risiken und Belastungen, die ein solcher Schritt für den einzelnen Vertragsarzt bedeutet, führen schon allein dazu, dass von einer solchen Möglichkeit nur in Ausnahmefällen Gebrauch gemacht wird. Der kollektive Zulassungsverzicht gefährdet die Patientenversorgung nicht, da alle Ärzte auch weiterhin der Patientenversorgung zur Verfügung stehen.

Der Vorstand der KV Nordrhein und die nordrheinischen Mitglieder der VV der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

(KBV) werden aufgefordert, diese Position gegenüber KBV und Gesetzgeber – insbesondere auch im Hinblick auf das Versorgungsstrukturgesetz – offensiv und nachhaltig zu vertreten und der nächsten VV der KV Nordrhein Mitteilung über den Fortgang der Sache zu machen.

Antragsteller: Martin Grauduszus, Wieland Dietrich, Dr. Catherina Stauch, Dr. Peter Loula, Dr. Heidemarie Pankow-Culot, Gerd Ekkehard Höveler und Dr. Hans Josef Wilhelm

Kein Gruppenwechsel für Delegierte

Paragraf 6 Abs. 7 b) der Satzung wird wie folgt (klarstellend) ergänzt: Ein Verlust der Mitgliedschaft ist auch gegeben, wenn nach der Wahl ein Wechsel in eine andere Gruppierung im Sinne des Paragrafen 2 Abs. 1 der Wahlordnung erfolgt.

Antrag: Hauptausschuss

Alle Delegierte wählen Vorstand

Zu Paragraf 79c GKV-Versorgungsgesetz: Die VV der KV Nordrhein fordert den Vorstand der KBV auf, beim Bundesgesundheitsministerium darauf hinzuwirken, dass die Vorstände der KBV und der regionalen KVen von allen Ärzten und Psychotherapeuten der jeweiligen VV sowohl vorgeschlagen als auch gewählt werden.

Antrag: Dres. Thomas Fischbach, Rolf Ziskoven, Frank Bergmann, Jörg Hornivius, Bernhard Moors, Heribert Joisten, Thomas Bärtling, Ludger Wollring, Gabriele Friedrich-Meyer, Barbara Lubisch, Holger van der Gaag, Angelika Haus, Manfred Weisweiler, Joachim Wichmann und Mike Dahm

Filmen nur mit Erlaubnis

Paragraf 3 Abs. 1 (der Geschäftsordnung, Anm. d. Red.) wird wie folgt ergänzt: „In geschlossenen Sitzungen sind Film- oder Videoaufnahmen sowie Tonaufnahmen – mit Ausnahme der Tonaufzeichnung zur Unterstützung des Protokollführers gemäß § 9 Abs. 1 Satz 1 – unzulässig. Bei einem Verstoß gegen die vorstehenden Verbote erfolgt ein Ausschluss von der weiteren Teilnahme an der Sitzung.“

In öffentlichen Sitzungen bedürfen Film-, Video und Tonaufnahmen der Zustimmung des Vorsitzenden der VV.

Antrag: Hauptausschuss, Änderung: Angelika Haus

Zurück in die Zukunft

Der Referentenentwurf sieht zudem vor, die Honorarverteilung zu regionalisieren; auch damit folgt er einem Beschluss der KBV-VV. Die KVen würden künftig wieder

voll in der Verantwortung für die Verteilung der Gelder stehen, zumal künftig nur noch das Benehmen mit den

weiter auf Seite 4



Ein konzentriertes Podium (v. l.): Bernhard Brautmeier, Dr. Peter Potthoff, Dr. Andreas Köhler und Dr. Frank Bergmann

Kassen herzustellen ist. Im Klartext: Diese erhalten die Honorarverteilung zur Kenntnis, die Verteilung muss aber nicht wie in den vergangenen Jahren mit ihnen vertraglich vereinbart werden. Bleibt es bei dieser Regelung, kommt viel Arbeit auf die KV Nordrhein zu: Denn dann muss sie bis Anfang 2012 eine tragfähige Verteilung entwickeln.

Das ist noch nicht alles: Auch der bundesweit verbindliche Trennungsfaktor für den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich fällt weg. Das könne den Frieden an dieser Stelle gefährden, fürchtete Köhler. Möglich ist, dass die KBV Vorgaben macht. „Wir werden nach der Sommerpause die KVen fragen, ob wir es machen sollen oder nicht.“

In einigen KVen wächst nach Köhlers Worten die Skepsis, ob die Regionalisierung wirklich der richtige Weg sei. Denn für alle mit der Verteilung verbundenen Probleme trage man dann selbst die Verantwortung – zuletzt seien diese oft ihm angelastet worden, so Köhler. Für die KV Nordrhein geht die derzeit geplante Regelung zu weit: „Wir haben uns in Berlin ganz offen gegen Teile der Regionalisierung gewandt“, berichtete Potthoff.

Das Versorgungsgesetz enthält aber auch kritische Punkte, betonte Köhler. Zum Beispiel im Kontext der geplanten spezialärztlichen Versorgung. Derzeit sehe der Gesetzentwurf hierzu vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Leistungen spezifiziere, die dort tätigen Ärzte direkt mit den Kassen abrechnen – und die Gesamtvergütung der KVen dafür bereinigt werde. Die KVen hätten für diesen Versorgungsbereich in den aktuellen Entwürfen kaum noch Bedeutung. „Das ist so nicht tragbar“, erklärte Köhler. Dieser Auffassung schloss sich die Vertreterversammlung an: Sie lehnte die spezialärztliche Versorgung in dieser Form ab.

Wenige Arzneimittel-Regresse

Die Zahl der Arzneimittel-Regresse sinkt. Rund 12.200 Ärzte in Nordrhein verordnen mehr als 50 Arzneimittel pro Quartal. Im Jahr 2008, für das die Richtgrößenprüfungen gerade abgeschlossenen sind, haben 16 einen Regressbescheid erhalten. „Die durchschnittliche Regresssumme ist aber mit knapp 24.000 Euro empfindlich hoch“, sagte Bernhard Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein. Für das Jahr 2008 erhielten 42 Ärzte einen Regressbescheid wegen Überschreitung der Heilmittel-Richtgrößen – im Schnitt über 22.787 Euro.

Weit häufiger als die Richtgrößen-Regresse sind Anträge der Kassen auf Einzelfallprüfungen. Im vergangenen Jahr gab es 936 im Arzneimittel-Bereich; sie führten zu 643 Regressbescheiden mit einer durchschnittlichen Höhe von 534 Euro. Im Bereich der Heilmittel waren es 126 Bescheide mit einer durchschnittlichen Summe von 849 Euro. Der Trend setzt sich fort: Im ersten Quartal 2011 betrug die Zahl der Anträge 341 bei den Arzneimitteln und 67 bei den Heilmitteln.

Achtung: Sonstiger Schaden

Probleme bereitet eine Kasse, die bei Heilmittel-Verordnungen jedes Mal einen „sonstigen Schaden“ anzeigt, nur weil etwa das Kreuz bei einer Verordnung außerhalb des Regelfalls nicht gesetzt ist. Die KV Nordrhein hat gehandelt: „Wir haben der betreffenden Kasse die Unsinnigkeit ihres Vorgehens vor Augen geführt“, sagte Brautmeier.

KV Nordrhein fängt extreme Verluste ab

Die Konvergenzregelung im seit 1. April 2011 geltenden Honorarverteilungsvertrag (HVV) fängt extreme Honorarverluste ab. Verluste sind auf zehn Prozent begrenzt, gemessen am jeweiligen Quartal des Jahres 2008.

Die KV Nordrhein stützt betroffene Praxen, wenn sowohl der Gesamtumsatz des zweiten Quartals 2011 als auch der Fallwert (Gesamtumsatz geteilt durch Fallzahl) um mehr zehn Prozent gesunken sind. Praxen brauchen keinen Antrag auf Stützung zu stellen.

Eine weitere Voraussetzung für die Stützung ist, dass der Umsatzverlust im Zusammenhang mit der Honorarreform Anfang 2009 entstanden ist. Wenn eine Praxis weniger Patienten behandelt, greift die Regelung nicht.

RLV-Zuweisung für neu Zugelassene

Ab dem dritten Quartal berechnet die KV Nordrhein das Regelleistungsvolumen (RLV) für Ärztinnen und Ärzte nachträglich, die im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen waren. Bei der Abrechnung werden die aktuellen Fallzahlen mit dem Fallwert der Arztgruppe multipliziert.

Für Ärzte, die weniger als 13 Quartale niedergelassen sind, gelten für die RLV-Zuweisung zunächst die Fallzahlen aus dem Vorjahresquartal. Ist die aktuelle Fallzahl höher, berechnet die KV Nordrhein das RLV auf Basis der aktuellen Fallzahlen nachträglich und legt es bei der Abrechnung zugrunde.

Folge für neu Niedergelassene: Das durchschnittliche Honorar der Fachgruppe kann nur noch mit der tatsächlich erbrachten Fallzahl erzielt werden. Bisher konnten sie das RLV und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) auch mit höheren Fallwerten ausschöpfen.

HVV-Änderungen

Fachärzte für Nuklearmedizin: Ab dem 1. Juli 2011 erfolgt eine leistungsabhängige Vergütung. Die neuen QZV werden leistungsfallbezogen ausgezahlt. Damit berücksichtigt

die KV Nordrhein das sehr heterogene Leistungsspektrum dieser Fachgruppe. Die Honorarverteilung ähnelt der bei den Radiologen, für die eine entsprechende Regelung bereits seit dem 2. Quartal 2011 gilt. Die Änderung entspricht den Anregungen und Vorstellungen des Berufsverbandes.

Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin:

Ab dem 3. Quartal 2011 gibt es für Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin QZV und RLV. So kann die KV Nordrhein eine individuelle Verlustbegrenzung wie bei den anderen RLV-Fachgruppen durchführen.

Humangenetische Leistungen:

Für die humangenetischen Beratungen bildet die KV Nordrhein ab dem 3. Quartal 2011 einen eigenen Topf. Alle übrigen humangenetischen Leistungen werden aus einem weiteren Topf vergütet.

Anpassung bei Praxisbesonderheiten:

Die KV Nordrhein prüft derzeit die bisher gewährten Fallwertzuschläge aufgrund der Anerkennung von Praxisbesonderheiten.

KV-Ticker mit Honorarinfos

Schnelle Infos bietet die KV Nordrhein via Newsletter. Der KVNO-Ticker erscheint monatlich; er enthält aktuelle Informationen zum Thema Honorar und Abrechnung, wichtige gesundheitspolitische Themen und Termine.

Die Anmeldung finden Sie unter www.kvno.de **KV110505**



Zweigpraxis darf nicht zu weit vom Hauptsitz entfernt sein

Das Bundessozialgericht hat am 9. Februar 2011 vier Urteile gefällt, die für viele Praxen wichtig sind.

Ärztinnen und Ärzte dürfen keine Zweigpraxis eröffnen, wenn diese zu weit vom Hauptsitz entfernt ist (Az. B 6 KA 3/10 R, B 6 KA 7/10 R)

Vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes sind zulässig, wenn dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten „verbessert“ und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht „beeinträchtigt“. Das regelt die Zulassungsverordnung für Ärzte.

Nach den Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) ist bei der Beurteilung einer „Versorgungsverbesserung“ unter anderem die Entfernung zum Stammsitz sowie die zeitliche Limitierung des erweiterten Leistungsangebotes zu beachten. Ist der Vertragsarzt in der Zweigpraxis in der überwiegenden Mehrzahl der Wochentage abwesend und wegen erheblicher Entfernungen auch nicht in der Lage, kurzfristig vor Ort zu sein, stehe er für eine kontinuierliche Behandlung seiner Zweigpraxispatienten nicht zur Verfügung. Dieses Defizit mit möglichen nachteiligen Folgen für die Behandlungsqualität kann laut BSG nur bei gravierenden Versorgungsdefiziten hingenommen werden.

Zudem kann nach Ansicht der Kasseler Richter die Tätigkeit in der Zweigpraxis bei großen Entfernungen die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes „beeinträchtigen“. Dies sei besonders dann der Fall, wenn die Abwesenheit vom Praxissitz Zeiten umfasst, in denen im Bereich des Stammsitzes üblicherweise praktiziert wird und kein organisierter Notfalldienst besteht.

Medizinische Versorgungszentren können mehr als drei Standorte haben (Az. B 6 KA 12/10 R)

Ärztinnen und Ärzte dürfen über den Praxissitz hinaus maximal an zwei weiteren Orten ärztlich tätig sein. Diese berufsrechtliche Vorgabe ist nicht auf Medizinische Versorgungszentren (MVZ) anzuwenden. Das BSG betont aber, dass es auch für das MVZ Begrenzungen gibt. So muss die Tätigkeit des MVZ am Sitz insgesamt überwiegen. Auch für den einzelnen Arzt des MVZ gilt das zeitliche Überwiegen. Er darf höchstens an drei Standorten ärztlich tätig sein.

Förmliche Qualifikationen sind als Maßstab zulässig (Az. B 6 KA 49/09)

Am Beispiel der Kinderzahnheilkunde stellt das BSG klar, dass eine besondere Ausrichtung der Praxis allein noch keine qualitative Versorgungsverbesserung belegt. Im Zweifel sei der Nachweis besonderer Fähigkeiten durch Vorlage formeller Qualifikationsnachweise zu führen. Im konkreten Fall hatte die beklagte Kassenzahnärztliche Vereinigung ein „Zertifikat des Schwerpunktes der Kinderzahnheilkunde“ verlangt, das der betroffene Zahnarzt nicht besaß. Er hatte vorgetragen, häufiger Kinder zu behandeln als seine Kollegen.

Kontakt

Wenn Sie Fragen zu rechtlichen Aspekten von Zweigpraxen haben, wenden Sie sich an:

Heike Hellenkamp

Telefon 0211 5970 8034

Telefax 0211 5970 8137

E-Mail heike.hellenkamp@kvno.de



www.kvno-portal.de

Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

- **Abrechnung online** Übermitteln Sie Ihre Daten online und profitieren Sie zum Beispiel von geringeren Verwaltungskosten. Für diesen Dienst benötigen Sie einen Anschluss an das KV-SafeNet.
 - **Abrechnungsunterlagen** Greifen Sie bereits vor dem Versand auf die Abrechnungsunterlagen Ihrer Praxis zu. Auch die Unterlagen der vergangenen Quartale stehen für Sie online bereit.
 - **Kennzahlen** Tabellarisch und grafisch aufbereitete Auswertungen aus der Honorarabrechnung; darunter Ihre Fallzahlen, Diagnosen und Ihr Leistungsspektrum – inklusive der Abweichungen vom Vergleichsgruppendurchschnitt.
 - **Honorarauswertung** Als Partner in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines Medizinischen Versorgungszentrums können Sie (gegen Gebühr) den Anteil am Honorar, Leistungsbedarf und an den Behandlungsfällen je Mitglied abrufen. Aber nur, wenn alle Partner dem zustimmen.
 - **eQualitätszirkel** Dieser Dienst unterstützt Moderatoren bei der Vor- und Nachbereitung von Qualitätszirkeln und bietet für alle Teilnehmer eine elektronische Informations- und Kommunikationsplattform.
 - **eDokumentationen** Geben Sie Ihre Dokumentation für das Hautkrebs-Screening oder zytologische Untersuchungen einfach online ein; das Senden auf Diskette oder CD entfällt.
 - **Vordrucke** Alle Vordrucke, die Sie für die Praxis benötigen, können Sie rund um die Uhr online über das Portal bestellen.
 - **Praxisdaten** Mit diesem Dienst können Sie Ihre Praxisdaten einsehen, prüfen und elektronisch ändern.
- Das KVNO-Portal steht allen Mitgliedern der KV Nordrhein kostenlos zur Verfügung. Ihre Zugangsdaten erhalten Sie unter www.kvno-portal.de

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

www.kvno-portal.de 

Online-Dienste für Ihre Praxis: Rund um die Uhr – 365 Tage im Jahr

Alle Patientenrechte in einem Gesetz

Mitte März hat der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöllner, ein mit dem Justiz- und Gesundheitsressort abgestimmtes Grundlagenpapier zum geplanten Patientenrechtegesetz vorgelegt. Damit trägt er einer Verabredung aus dem Koalitionsvertrag Rechnung.

Ziel des Vorhabens ist, die bislang in verschiedenen Gesetzen und Vorschriften verstreuten Patientenrechte in einem Gesetz zu bündeln. So soll eine größere Transparenz über die bereits bestehende Rechtslage erreicht und die Durchsetzung von Patientenrechten verbessert werden.

Gleichzeitig soll das Gesetz helfen, Behandlungsfehlern künftig noch wirksamer vorzubeugen und die Patienten im Schadensfall besser zu unterstützen. Darüber hinaus sollen die Rechte der Versicherten gegenüber den Kranken- und Pflegekassen gestärkt werden. Im Einzelnen sieht das Grundlagenpapier folgende Maßnahmen vor:

- **Behandlungsvertrag im Bürgerlichen Gesetzbuch:** Dieser Vertrag soll für alle Heilberufe gelten. In diesem Zusammenhang soll auch festgeschrieben werden, dass Patienten verständlich und umfassend über die Behandlung zu informieren sind und auf die Kosten für Heilbehandlungen hingewiesen werden müssen, die nicht von den Kostenträgern übernommen werden. Weiterhin ist die Konkretisierung und Festbeschreibung von Dokumentations- und Aufklärungspflichten vorgesehen.
- **Weiterentwicklung von Risiko- und Fehlermeldesystemen:** Ziel ist die effektive Vorbeugung von Behandlungsfehlern im ambulanten und stationären Sektor. So soll die systematische Dokumentation und Analyse von (Beinahe)fehlern vorangetrieben werden, unter anderem mittels finanzieller Anreize wie Qualitätszuschlägen. Der Gesetzgeber will zudem die Akzeptanz von Fehlermeldesystemen bei den Mitarbeitern

des Gesundheitswesens stärken. Geplant ist auch, die Krankenhäuser zur Einführung eines Beschwerdemanagements zu verpflichten.

- **Kodifizierung eines umfassenden Haftungssystems:** Für den rechtlichen Umgang mit Behandlungsfehlern avisiert der Patientenbeauftragte, die Haftungsregeln zu systematisieren. Dabei will er auf die von der Rechtsprechung entwickelten Instrumente zur Beweislastverteilung zurückgreifen. Eine generelle Beweislastumkehr zugunsten des Patienten wird es nicht geben.

Nur bei groben Behandlungsfehlern und im Falle der Weigerung des Arztes, Behandlungsdokumente zur Verfügung zu stellen, wird das Verschulden grundsätzlich vermutet. Nur in diesen Fällen also hat künftig der Arzt darzulegen, dass ihn kein Verschulden trifft. Um eine Durchsetzung der Schadensregulierungsansprüche zu gewährleisten, sollen die Ärztekammern künftig sicherstellen, dass alle Ärztinnen und Ärzte über eine Berufshaftpflicht verfügen.



Wolfgang Zöllner: „Wir wollen die vorhandenen Regelungen in einem Gesetz bündeln und transparent machen.“

- **Beschleunigung der Verfahren bei Behandlungsfehlern:** Geplant ist unter anderem, ein (bundes)einheitliches Verfahren zur außergerichtlichen Streitbeilegung einzuführen. Darüber hinaus sollen an allen Landgerichten spezialisierte Arzthaftungskammern entstehen. Ferner ist vorgesehen, die Kassen dazu zu verpflichten, ihre Mitglieder bei einem Verdacht auf Behandlungsfehler zu unterstützen, beispielsweise durch medizinische Gutachten.
- **Rechte der Versicherten gegenüber den Kostenträgern:** Sie sollen erheblich gestärkt werden. Entschieden eine Kasse nicht fristgerecht über den Antrag beispielsweise auf Heil- und Hilfsmittel oder RehaMaßnahmen, können sich die Patienten die Leistung künftig selbst beschaffen. Die Kasse ist dann zur Erstattung der erforderlichen Aufwendungen verpflichtet. Ferner sollen die Informations-

rechte der Patienten in Disease-Management-Programmen und Selektivverträgen ausgebaut werden.

- **Weitere Stärkung der Patientenbeteiligung:** Diese will der Gesetzgeber zum Beispiel im Rahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses ausbauen.

Fast zeitgleich mit der Veröffentlichung des Grundsatzpapiers hat der Bundestag einen Antrag der SPD für ein Patientenrechtegesetz diskutiert. Dabei zeigte sich im Laufe der Debatte, dass die Bündelung der Patientenrechte in einem Gesetz – trotz unterschiedlicher Auffassung im Detail – fraktionsübergreifender Konsens ist. Sicher ist: Die Debatte über die Patientenrechte in Deutschland hat wieder an Fahrt gewonnen. Ein erster Referentenentwurf ist für Herbst 2011 angekündigt.

Mehr Infos unter www.patientenbeauftragter.de [KV110509](#)

Kommentar

Achtung, Bürokratiegefahr!

Wir begrüßen die Absicht der Bundesregierung, die Patientenrechte zu stärken und in einem Gesetz zusammenzuführen. Dasselbe gilt für die Beteiligung der Patienten in der Selbstverwaltung, die sich in den vergangenen Jahren durchaus bewährt hat.

Bei der Ausgestaltung des Gesetzes sollte allerdings darauf geachtet werden, dass die Regelungen nicht zu

überbordender Bürokratie in den Praxen führt. Denn davon haben wir bereits mehr als genug. Soll der Arztberuf und besonders die Niederlassung attraktiv bleiben, muss darüber hinaus auch gewährleistet sein, dass die Haftpflichtprämien dauerhaft finanzierbar bleiben.

Bernhard Brautmeier

„Besser kann man es nicht antreffen“

Gut 200 Besucher kamen im Mai zum Praxisbörsentag ins Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf. Sie erwarteten zahlreiche Informationen und Vorträge rund um das Thema Praxisabgabe und -nachfolge. Im Mittelpunkt standen die Pinnwände mit den Anzeigen.



Stefan Zöller will in eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis in Neuss einsteigen.

Die Praxisbörsentage in Düsseldorf und Köln sind inzwischen eine etablierte Einrichtung geworden für alle, die einen Nachfolger oder Partner suchen; 270 Ärzte und Psychotherapeuten hängten ein Inserat auf. Wer es nicht schaffte, persönlich vorbeizuschauen, ließ eine Anzeige von der KV Nordrhein aushängen. Fast 100 suchten eine Anstellung in oder die Übernahme von einer Praxis. Sie fanden mit 174 Inseraten ein reichhaltiges Angebot an Einstiegsmöglichkeiten vor.

Vorträge und Infostände

Die Infostände der Niederlassungsberatung und externer Berater wurden rege für persönliche Gespräche genutzt. Einen vollen Saal hatten auch die Referenten bei ihren Vorträgen. Die thematische Spannweite reichte von den Perspektiven der Niederlassung, ihrer Finanzierung, Strategien für Praxisabgeber bis hin zur Altersrente. Die meisten Teilnehmer blieben bis zum Ende um 14 Uhr – trotz sonniger 30 Grad am Veranstaltungstag.

„Bequemer geht es nicht“, meint Dr. Thomas Kemper, Hausarzt im rechtsrheinischen Köln, Stadtteil Humboldt/Gremberg. Er ist mit drei Optionen hergekommen:

Einen neuen Partner finden oder selber in eine Berufsausübungsgemeinschaft einsteigen. Der Verkauf der Praxis wäre die letzte Option für ihn.

Stefan Zöller sucht im Großraum Neuss den Einstieg in eine Hausarztpraxis und würde sich freuen, wenn der Praxisinhaber einen weichen Übergang bei Beendigung seiner Tätigkeit bevorzugen würde. Er findet den Praxisbörsentag mit seinen zahlreichen Info-Angeboten sehr gut. „Besser kann man es nicht antreffen.“

Die Vorträge des Praxisbörsentags finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KV110510](#)

Richtigstellung

In KVNO aktuell 04/11 hatten wir berichtet, dass es nach Auffassung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) nicht möglich ist, die derzeitige ICD-10-Kodierung so weiterzuentwickeln, dass damit die Morbidität adäquat abzubilden sei. Das ist nicht richtig. Das DIMDI hat diese Auffassung nicht vertreten. Es gibt auch kein Gutachten des Instituts, wonach das Kodieren allein nach ICD-10 ohne die geplanten Kodierrichtlinien ungeeignet sei, um die Morbidität zu erfassen.

Neues Mitgliederverzeichnis im KVNO-Portal

Im KVNO-Portal steht eine neue Version des Mitgliederverzeichnisses als Programm zum Herunterladen bereit. Damit können Portal-Nutzer auch auf Rechnern ohne Internetverbindung nach Ärzten und Psychotherapeuten suchen. Der Funktions- und Datenumfang entspricht dem der Suche im Internet-Angebot der KV Nordrhein.

In regelmäßigen Abständen wird ein Daten-Update im Portal angeboten, so dass Sie immer auf dem aktuellsten Stand bleiben können. Eine Installationsbeschreibung und ein Formular zur Meldung von Datenfehlern stehen ebenfalls zur Verfügung.

Wir würden Sie gerne effektiver informieren. Denn zum Beispiel im Falle einer Pandemie geht es um Schnelligkeit. Am schnellsten sind die Praxen per E-Mail zu erreichen. Deswegen bitten wir Sie, Ihre E-Mail-Adresse,

die im Mitgliederverzeichnis erscheint, zu kontrollieren. Ist diese falsch, teilen Sie bitte den Arztregistern telefonisch, per Fax oder E-Mail die richtige Adresse mit.

Das KVNO-Portal finden Sie im Internet unter www.kvno-portal.de
KV110511

Kontakt

Wenn Sie Fragen zum KVNO-Portal haben wenden Sie sich an:

KV Nordrhein

Communication Center

Telefon 0211 5970 8500

Telefax 0211 5970 9500

E-Mail portal@kvno.de

Techniker Krankenkasse bietet Hotline für Ärzte

Alle Anliegen – alle Ärzte – eine Nummer! Unter diesem Motto möchte die Techniker Krankenkasse (TK) Ärzte und ihr Praxispersonal im Arbeitsalltag unterstützen. Ab sofort gibt es in Nordrhein die TK-Arztberatung, in der sich besonders ausgebildete Mitarbeiter aller allgemeinen Anliegen aus den Praxen annehmen, die bei der TK versicherte Patienten betreffen.

Zum Beispiel: „Welches spezielle Versorgungsangebot haben Sie für meinen Patienten mit der Diagnose xy?“ Oder: „Meiner TK-Patientin ist eine beantragte Leistung abgelehnt worden, wie kann ich weiterhelfen?“

Auf diese und andere Fragen erhalten Praxen bei der TK-Arztberatung eine Antwort – „schnell und kompetent“, verspricht die Kasse. Für medizinische Fragen stehen zusätzlich Fachärzte des TK-Ärztezentrums zur Verfügung. Die dort besprochen Themen werden (auch gegenüber der TK) streng vertraulich und nach dem Grundsatz der ärztlichen Schweigepflicht behandelt.



„Mit unserer Arztberatung wollen wir Ärzte und Praxispersonal im Arbeitsalltag unbürokratisch unterstützen“, erläutert Günter van Aalst, Leiter der TK-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen, das Ziel des Angebots. „Die fachliche Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung etwa bei Fragen zur Honorarabrechnung, können und wollen wir nicht ersetzen, sondern sinnvoll ergänzen“.

TK-Arztberatung

montags bis freitags 8-22 Uhr

Telefon 0800 285 85 87 22

Trotz Kassenpleite: Ärztliche Leistungen werden bezahlt

Es gibt für Ärztinnen und Ärzte keinen Grund, die Behandlung von Versicherten zu verweigern, weil deren Krankenkasse von einer Schließung oder Insolvenz bedroht oder betroffen ist. Sie sollten in diesen Fällen die Behandlungskontinuität auf jeden Fall wahren. Ihre Honoraransprüche sind gesichert.

Für Verunsicherung hatte jüngst die Insolvenz der City-BKK gesorgt, die auch rund 8.000 Versicherte mit Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen hat. Die Kasse wird zum 1. Juli geschlossen. Die Praxissoftware akzeptiert die Chipkarte dann nicht mehr. Die Patienten mussten die Kasse wechseln. Wenn sie noch keine neue Chipkarte vorlegen, muss die Praxis ein Ersatzverfahren durchführen.

Nach dem fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) haften in solchen Fällen vorrangig die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart und nachrangig alle Krankenkassen für die Verpflichtungen einer geschlossenen Kasse. Darunter fallen auch die Ansprüche der Leistungserbringer. Auch im Falle der Insolvenz einer Kasse sieht das SGB V ausdrücklich eine Haftung innerhalb der anderen Kassen für die Ansprüche der Leistungserbringer vor.

Durch die seit April 2007 geltende Versicherungspflicht ist außerdem sichergestellt, dass auch nach der Schließung oder Insolvenz einer Kasse für die bis dahin dort versicherten Patientinnen und Patienten eine Krankenversicherung besteht und die Honoraransprüche aller Leistungserbringer gesichert sind.

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

Tonsillotomie-Verträge mit BKKen und der Barmer GEK

In Abstimmung mit dem nordrheinischen Berufsverband der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte hat die KV Nordrhein mit den Betriebskrankenkassen und der Barmer GEK Verträge zur Durchführung der Tonsillotomie für Kinder geschlossen, die mindestens das zweite, aber noch nicht das siebte Lebensjahr vollendet haben. Die Verträge gelten rückwirkend seit 1. April 2011.

Die Vergütung bei Durchführung ausschließlich der Tonsillotomie beträgt für den Operateur 440 Euro, in Kombination mit einer Adenotomie 600 Euro; für die zweite bzw. dritte Nachbehandlung erhalten Sie zehn Euro. Die Vergütung wird außerhalb des Regelleistungsvolumens gezahlt.

Die Operation kann mit Laser, Radiofrequenzgeräten oder Coblationsgerät durchgeführt werden. Der bürokratische Aufwand für die Praxis ist im Vergleich zu früheren Vereinbarungen deutlich verringert worden, so dass die Verträge einfacher umzusetzen sind.

Informationen zu den Verträgen, zum Beispiel die Teilnahmevoraussetzungen, finden Sie unter www.kvno.de [KV110512](#)

BKKen kündigen Hausarztvertrag zum 30. Juni 2011

Die Vertragsarbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen hat den im Jahre 2007 geschlossenen Hausarztvertrag zum Ablauf des zweiten Quartals 2011 gekündigt. Ab 1. Juli 2011 sind damit keine Leistungen für BKK-Versicherte aus diesem Vertrag mehr abrechnungsfähig. Die Befreiung von der Praxisgebühr für eingeschriebene Versicherte der BKKen entfällt zum 1. Juli. Ab dem 3. Quartal müssen diese Versicherten die Praxisgebühr wieder zahlen. Zurzeit laufen zwischen den Vertragsparteien Gespräche zum Abschluss eines neuen Hausarztvertrages für die Versicherten der BKKen.

Neue Gebührensätze für Unfallmeldung und Reha-Management

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Unfallversicherungsträger haben rückwirkend zum 1. April das

Honorar für die ärztliche Unfallmeldung (Formtext 1050) von 6,15 Euro auf 7,50 Euro angehoben. Hierbei handelt es sich um den Vergütungsanspruch im Rahmen der allgemeinen Heilbehandlung, der jedem Vertragsarzt zusteht, der eine Unfallmeldung an einen Unfallversicherungsträger weiterleitet.

Für die Mitwirkung am Rehabilitations-Management wurde zum 1. April 2011 eine Gebühr in Höhe von 100,70 Euro eingeführt. Mit dieser Gebühr soll die Tätigkeit des Arztes bei der Erstellung eines Rehabilitations-Planes im Sinne des Handlungsleitfadens „Das Rehabilitations-Management der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung“ vergütet werden. Für die Mitwirkung am Rehabilitations-Management benötigen Sie einen Auftrag des zuständigen Unfallversicherungsträgers. Diese Leistung kann nur im Rahmen der besonderen Heilbehandlung abgerechnet werden.

Bundesausschuss beschließt mehr Beratung für Schwangere

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, dass im Rahmen der Beratung der Schwangeren durch den betreuenden Gynäkologen speziell darauf hingewiesen wird, dass Genussmittel wie Tabak, Alkohol und andere Drogen die häufigste Ursache für Mangelentwicklungen des Kindes sind. Die Schwangere soll darüber informiert werden, dass der Konsum dieser Drogen zu äußerst ernsthaften Folgen wie Fehlbildungen, Fehlgeburten und Entwicklungsstörungen führen kann. Die Mutterschafts-Richtlinien wurden entsprechend angepasst, der Mutterpass wird in den Feldern Beratung der Schwangeren überarbeitet.

Ergänzt wurden auch die Richtlinien um eine Aufklärung und Beratung nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz: Sprechen nach den Ergebnissen von pränataldiagnostischen Maßnahmen dringende Gründe für die Annahme, dass die körperliche oder geistige Gesundheit des Kindes geschädigt ist, so hat der die Diagnose mitteilende Arzt über die medizinischen und psychosozialen Aspekte, die sich aus dem Befund ergeben, unter Hinzuziehung von Ärzten, die mit dieser Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung haben, verständlich und ergebnisoffen zu beraten.

Die Beratung umfasst die eingehende Erörterung der möglichen medizinischen, psychischen und sozialen Fragen sowie die Möglichkeiten zur Unterstützung bei physischen und psychischen Belastungen. Im Rahmen dieser Beratung muss das Informationsmaterial des Schwangerschaftskonfliktgesetzes ausgehändigt werden.

Darüber hinaus müssen Sie über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz informieren und im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen, zu Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden vermitteln.

Für genetische vorgeburtliche Untersuchungen gelten die Vorschriften des Gendiagnostikgesetzes. Danach sind zum Beispiel die Inhalte der Beratung zu dokumentieren.

Mammographie-Genehmigung: Teilnahme an Fallsammelprüfungen

Ärzte, die eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung mammographischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung beantragen, müssen erfolgreich an der Beurteilung einer Fallsammlung teilgenommen haben. Darüber hinaus besteht die Verpflichtung, sich an einem Verfahren zur Selbstüberprüfung zu beteiligen. Die Selbstüberprüfung erfolgt im Abstand von 24 Monaten.

Seit 1. April 2011 können mammographierende Ärzte in Brustzentren ihre fachliche Qualifikation durch die Teilnahme an Fallsammlungsprüfungen der KV Nordrhein nachweisen. Die Beurteilung richtet sich nach Abschnitt D der Mammographievereinbarung.

Aktuelle 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 **W110513**

Blutzuckerteststreifen-Beschluss gilt ab 1. Oktober

Nicht insulinpflichtige Diabetiker erhalten Harn- und Blutzuckerteststreifen nur noch in Ausnahmefällen. Das hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen (wir berichteten). Der Beschluss tritt am 1. Oktober 2011 in Kraft.

Demnach können Ärzte ihren gesetzlich versicherten Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht mit Insulin behandelt werden, Harn- und Blutzuckerteststreifen nur bei instabiler Stoffwechsellage verordnen. Diese instabile Stoffwechsellage kann gegeben sein bei interkurrenten Erkrankungen oder bei Ein- oder Umstellung auf orale Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko. Je Behandlungssituation können Ärzte nur noch bis zu 50 Teststreifen verordnen.

Der Beschluss gilt auch für Patientinnen und Patienten, die an einem Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmen. Ausgenommen sind jedoch Frauen mit Gestationsdiabetes.

Bei Berufskraftfahrern sieht das Fahrerlaubnisrecht eine Verpflichtung zur regelmäßigen Blutzuckerselbsttestung vor, wenn die medikamentöse Behandlung mit einem hohen Hypoglykämierisiko behaftet ist. Nach der Rechtsauffassung des G-BA kommen in diesen Fällen nicht die gesetzlichen Krankenkassen für die Kosten der Teststreifen auf. Hier seien andere Leistungserbringer oder der Arbeitgeber in Betracht zu ziehen.

Mehr Informationen im Internet unter www.kvno.de [KV110514](#)

Neue Packungsgrößen – Infos im Internet

Zum Jahreswechsel sorgte eine Änderung der Packungsgrößenverordnung für viel Unsicherheit bei der Abgabe von Arzneimitteln in Apotheken (wir berichteten). Mit einer erneuten Änderung der Verordnung zum 1. Mai wurden die Messzahlen für N1, N2 und N3 der meisten Wirkstoffe den gängigen Packungsgrößen angepasst. So

sollte die Abgabe der „richtigen“ Packungsgröße in der Apotheke nur noch in Einzelfällen Probleme bereiten. Die KV Nordrhein empfiehlt weiterhin, mit N1, N2 oder N3 als Mengenangabe zu verordnen.

Ausführliche Infos zur Packungsgrößenverordnung, zu identischen Indikationsgebieten und zur Mehrkostenregelung finden Sie unter www.kvno.de [KV110514](#)

Otologika-Kombipräparate wieder verordnungsfähig

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Mai die Verordnungseinschränkung für Otologika überarbeitet. Danach können Ärzte zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnen:

- Antibiotika und Corticosteroide auch in fixer Kombination untereinander zur lokalen Anwendung bei Entzündungen des äußeren Gehörganges
- Ciprofloxacin zur lokalen Anwendung als alleinige Therapie bei chronisch eitriger Entzündung des Mittelohrs mit Trommelfelldefekt (mit Trommelfellperforation)

Der Bundesausschuss hat die Kombipräparate und die lokale Gabe von Ciprofloxacin aufgrund aktueller Cochrane Reviews und Leitlinien als verordnungsfähig eingestuft.

Der Beschluss des G-BA tritt erst nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Das Bundesgesundheitsministerium hat zwei Monate Zeit, um ihn zu prüfen.

Ginkgo standardisiert auf 240 mg

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Verordnungsfähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Ginkgo-Präparate zur Behandlung der Demenz präzisiert. Die Präparate müssen aus einem Extrakt hergestellt sein, der auf eine Tagesdosis von 240 mg standardisiert ist.

Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses finden Sie unter www.g-ba.de/richtlinien [KV110514](#)

Neufassung der Heilmittel-Richtlinie tritt in Kraft

Die neue Heilmittel-Richtlinie tritt am 1. Juli 2011 in Kraft. Wesentliche Änderungen für die verordnenden Ärzte und Ärztinnen ergeben sich nicht. Eine Neuerung ist rein formal: Die neue Heilmittel-Richtlinie ist nicht mehr nach Punkten sondern nach Paragraphen gegliedert.

Menschen mit dauerhaften schweren Behinderungen können künftig ohne erneute Überprüfung des Behandlungsbedarfs eine langfristige Genehmigung von Heilmittelbehandlungen von ihrer gesetzlichen Krankenkasse bekommen. Auf Antrag des Versicherten kann die Kasse die verordnungsfähigen Leistungen langfristig genehmigen, wenn die ärztliche Begründung der Langfristverordnung zum Beispiel eine besondere Schwere der funktionellen Schädigungen erkennen lässt. Die Genehmigung kann zeitlich befristet werden, soll aber mindestens ein Jahr umfassen.

Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles muss der Arzt eine medizinische Begründung auf dem Vordruck abgeben. Auf Antrag des Versicherten kann die Kasse entscheiden, ob die Genehmigung für einen längerfristigen Zeitraum (mindestens ein Jahr) gelten soll. Diese Änderung hat im Bereich der KV Nordrhein keine große Wirkung, da die meisten Kassen auf die Genehmigung der Verordnung außerhalb des Regelfalles verzichten.

Darüber hinaus ist für bestimmte Kinder und Jugendliche künftig ohne Verordnung eines Hausbesuchs eine Heilmittelbehandlung in bestimmten Einrichtungen außerhalb der Praxis möglich. In Paragraph 11 der Heilmittel-Richtlinie heißt es: „Ohne Verordnung eines Hausbesuchs ist die Behandlung außerhalb der Praxis des Therapeuten oder der Therapeutin ausnahmsweise für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, (...) möglich, die ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung untergebracht sind. Voraussetzung ist, dass sich aus der ärztlichen Begründung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der funk-

tionellen/strukturellen Schädigungen sowie der Beeinträchtigungen der Aktivitäten ergibt und die Tageseinrichtung auf die Förderung dieses Personenkreises ausgerichtet ist und die Behandlung in diesen Einrichtungen durchgeführt wird.“

Zudem ist nun der Beginn der Heilmittelbehandlung einheitlicher festgelegt. Wenn auf dem Verordnungsvordruck keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht wurde, beginnt eine physikalische Therapie, eine Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie oder eine Ergotherapie innerhalb von 14 Kalendertagen; bei Podologen innerhalb von 28 Tagen.

Die neue Heilmittel-Richtlinie finden Sie in Kürze im Internet unter www.kvno.de [KV110515](#)

Genehmigungsvorbehalt bei Heilmittelverordnungen

Die Novitas BKK will ab 1. Juli 2011 bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles die Verordnungen wieder genehmigen. Das bedeutet, dass Patienten die Verordnungen außerhalb des Regelfalles der Krankenkasse zur Genehmigung vorlegen müssen.

Die Liste der Kassen, die auf einen Genehmigungsvorbehalt bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles verzichtet haben, finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KV110515](#)

Verordnung außerhalb des Regelfalles begründen

Die Deutsche BKK macht darauf aufmerksam, dass bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles häufig keine medizinische Begründung auf dem Verordnungsvordruck angegeben ist. Gemäß Heilmittel-Richtlinie ist diese Angabe aber zwingend erforderlich.

Bisher hat die Deutsche BKK diese Verordnungen ohne Beanstandung akzeptiert, wird dies aber künftig nicht mehr tun. Sie sollten bei allen Krankenkassen eine medizinische Begründung für die Verordnung außerhalb des Regelfalles angeben, auch denen, die den Genehmigungsvorbehalt aufgegeben haben.

Marktübersicht zeigt Alternativen zu Me-too-Präparaten

In Ergänzung der Me-too-Liste liegt dieser Ausgabe der KVNO aktuell die Marktübersicht 2011 bei. Sie zeigt zu den jeweiligen Me-too-Präparaten Alternativen, die gegebenenfalls anstelle der jeweiligen Me-too-Präparate eingesetzt werden können.

Die Alternativen müssen im selben Indikationsbereich wie das Me-too-Präparat zugelassen sein. Für den Preisvergleich wird jeweils die verordnungshäufigste Packung des Me-too-Präparates herangezogen und als Alternative ein Wirkstoff mit gleicher Zulassung in identischer Packungsgröße und in vergleichbarer Dosierung gewählt. Für die Dosierung wird die amtliche Liste der Definierten Tagesdosen (DDD) zugrunde gelegt.

Die wirtschaftlichsten Ersatz-Wirkstoffe

Die Marktübersicht führt jeweils nur ein bis zwei Wirkstoffe als Alternative an. Hier wurden neben den genannten Kriterien die wirtschaftlichsten Präparate gewählt, so dass beispielsweise bei den atypischen Neuroleptika Abilify, Seroquel und Zyprexa jeweils Risperidon als eine preiswerte Alternative gelistet ist. Bei unterschiedlichem

Zulassungsstatus der einzelnen Substanzen und teilweise erheblich voneinander abweichenden Rezeptorprofilen sollten Sie diese Kriterien ebenfalls in die individuelle Therapieentscheidung einbeziehen.

Bei einem neuen Me-too-Präparat werden zu den Alternativen kurze Erläuterungen in der Marktübersicht gegeben: Dronedaron (Multaq) zeigte sich in direkten Vergleichsstudien gegenüber Amiodaron unterlegen, wird jedoch als besser verträglich eingeschätzt. Nach der aktuellen Leitlinie Vorhofflimmern der europäischen kardiologischen Gesellschaft werden daher Dronedaron, Flecainid, Propafenon und Sotalol als gleichwertige Antiarrhythmika bei Patienten mit keiner oder geringer Herzerkrankung empfohlen. Die letztgenannten Wirkstoffe haben auch proarrhythmogene Wirkungen. Bei bestehender Herzerkrankung sind Sotalol und Dronedaron Mittel der Wahl. Bei Herzinsuffizienz NYHA III und IV ist Dronedaron kontraindiziert, hier kann nur Amiodaron eingesetzt werden.

Die aufgeführten Antiarrhythmika basieren auf grundsätzlich anderen Wirkungsmechanismen und Angriffspunkten an den Zellen des Reizleitungssystems des Herzens und des Myokards. Am ehesten sind noch Amiodaron und Dronedaron miteinander vergleichbar. Ein Austausch der Substanzen sollte daher nur nach Einschätzung des individuellen elektrophysiologischen Risikoprofils des einzelnen Patienten und unter exakter Berücksichtigung der zugrunde liegenden Herzerkrankung erfolgen.



Pharmakotherapie- und Heilmittelberatung

Pharmakotherapieberatung

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

Hilfsmittelberatung

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

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396
Telefax 0211 5970 9396
E-Mail margit.karls@kvno.de

Neuer Regress-Ratgeber für Nordrhein erschienen

Tipps zur Verordnung von Arzneien, Physiotherapie und anderen Heilmitteln finden Ärzte in einem Ratgeber, den die KV Nordrhein im Internet zum Herunterladen anbietet. Die Broschüre stellt die Arznei- und Heilmittelvereinbarungen vor und informiert über die Prüfverfahren (inklusive Sprechstundenbedarf). „Die Informationen helfen Praxen, sich vor Prüfungen zu schützen“, sagt Dr. Peter Potthoff, Vorsitzender des Vorstands der KV Nordrhein. Damit setzt die KV Nordrhein ihren Grundsatz „Beratung vor Regress“ weiter um.

In der aktuellen Arzneimittelvereinbarung sind die Richtgrößen noch vorhanden, da sie vom Gesetzgeber vorgeschrieben werden. „Wir haben aber bei der Zielvereinbarung die Zahl der einzuhaltenden Quoten insgesamt reduziert und je Fachgruppe begrenzt“, betont Potthoff.

Die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln unterliegt zahlreichen Regularien. Die KV Nordrhein informiert seit

2007 regelmäßig auch mittels eines „Regressheftes“ über das Thema. Die Broschüre umfasst knapp einhundert Seiten und besteht aus drei Teilen: Arznei- und Heilmittelvereinbarung, allgemeine Verordnungshinweise und Tipps bei Prüfverfahren.



KVNO extra „Arznei- und Heilmittelregresse 2011“ finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KW110517](#)

AOK: Pauschal-Verordnung von Insulinpumpen und -zubehör

Die AOK Rheinland/Hamburg hat zum 1. April 2011 mit den Herstellern von Insulinpumpen einen Vertrag geschlossen. Das hat Einfluss auf die Verordnung von Insulinpumpen und den dazu nötigen Zubehörartikeln.

Statt der üblichen Verordnung, die zum Beispiel quartalsweise erfolgte und alle Einzelprodukte auflistete, stellt die Versorgung mit der Insulinpumpe nunmehr eine Jahrespauschale und die vereinbarten Zubehör- und Verbandstoffe eine Monatspauschale dar.

Neben diesen Pauschalen können Sie hinsichtlich der Insulinpumpenversorgung keine weiteren Hilfsmittel verordnen, die im direkten Zusammenhang mit der Insulinpumpenversorgung stehen. Bitte verwenden Sie getrennte Verordnungen für die Insulinpumpenpauschale und die Zubehör- und Verbandstoffpauschale. (Die Pauschale umfasst Verbandstoffe, die zum Beispiel zur Fixierung der Nadeln

dienen. Eine darüber hinausgehende Versorgung mit Verbandstoffen liegt im Ermessen des verordnenden Arztes und wird nicht von den Pauschalen berücksichtigt.) Die Verordnungen gelten bis auf Widerruf durch den Versicherten.

Die AOK Rheinland/Hamburg will mit dieser Vereinbarung den Verwaltungsaufwand für die Praxen reduzieren. Zum 1. April 2011 ist dies für die Versorgung von Patienten mit Insulinpumpen und die zugehörigen Zubehörartikel erfolgt.

Inhalte der Pauschalen

Insulinpumpe	Zubehör- und Verbandstoffpauschale
Insulinpumpe, Software und Updates	Batterien/Akkus/Servicepacks, Infusionssets mit Kunststoffkanülen (Teflon), Infusionssets mit Stahlkanüle, Tragegurte für Arm/Bauch/Oberschenkel, Adaptersets/Einführhilfe, ClipCase/Schutzhüllen, Taschen/Schutzhüllen/Duschbeutel, Verschlüsse, Adapter für Batteriefachdeckel, Adapter/Füllsets/Insulin-Reservoirs und Kappen, Überleitsysteme, Stahl- und Teflonnadeln

Mit Handhygiene und kontrollierter Antibiotika-Abgabe

Wenn es um den Kampf gegen multiresistente Erreger geht, müssen die verschiedenen Bereiche der Gesundheitsversorgung Hand in Hand arbeiten. Ärzte in der Praxis können mit einfachen Hygienemaßnahmen schon viel bewirken – und bald erhalten sie auch eine Vergütung für die Therapie von MRSA-Patienten.

Der Umgang mit Keimen wie dem Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) ist längst nicht mehr nur ein Thema für die Krankenhäuser. „Ohne Einbindung der ambulanten Medizin ist eine sichere Bekämpfung multiresistenter Erreger mittel- und langfristig nicht erreichbar“, sagte der Mönchengladbacher Gefäßmediziner Dr. Ulrich Kamphausen auf der Fortbildung „Hygiene und Infektionen“, zu der die KV Nordrhein geladen hatte.

Vernetzt gegen die Erreger

Die Lösung des Problems erfordert seiner Einschätzung nach die Mitwirkung aller niedergelassenen Ärzte. Kamphausen selbst engagiert sich im „EurSafety Health-net“, einem grenzüberschreitenden Netz für Patientensicherheit und Infektionsschutz. „Jeder von uns sollte sich an vorhandenen Netzstrukturen beteiligen“, empfahl er.

Kamphausen plädierte für die Einrichtung von runden Tischen mit Gesundheitsämtern, Krankenhäusern, Vertragsärzten und Gemeindediensten. „Damit könnte man rasch zu guten Ergebnissen kommen.“ Der Gefäßmediziner screen in seiner Praxis alle Patienten, die ins Krankenhaus müssen, und alle Wundpatienten. Im Jahr 2010 hat er 1254 Abstriche gemacht und dabei bei 67 MRSA nachgewiesen.

Er hält die Entwicklung einer Systematik für den Umgang mit solchen Patienten für sinnvoll, die für alle Praxen Gültigkeit hat. Dazu zählt er die Implementierung von Hygieneplänen und die Schulung des Praxispersonals. Für verdächtige Patienten sollten Sondertermine

am Ende der Sprechstunde reserviert sein. „Das hat sich bei uns bewährt.“

Die niedergelassenen Ärzte müssten ihre Antibiotikatherapie auf den Prüfstand stellen und den Verbrauch reduzieren, sagte er. Wichtig sei auch die Aufklärung der Angehörigen. „Man muss sie darüber informieren, dass MRSA-Patienten nicht die Pest haben und kein steriles Zimmer brauchen.“

Antibiotika: Soll ich oder soll ich nicht...

Das Robert Koch-Institut hat Ärzte zum Umgang mit Antibiotika befragt. An der Erhebung nahmen 3.465 Ärzte teil. Von ihnen stehen 66 Prozent täglich vor der Entscheidung, eine Antibiotika-Therapie zu beginnen. Bei Niedergelassenen ist der Anteil mit 63 Prozent etwas geringer. Einmal pro Woche stellt sich die Frage 91 Prozent aller Ärzte (90 Prozent der Niedergelassenen).

Der Aussage „Ja, mein Ordnungsverhalten hat Einfluss auf die Antibiotika-Resistenz-Situation in meiner Region“ stimmen 60 Prozent der Mediziner zu. Bei den ambulant tätigen Ärzten liegt die Zustimmung bei 51 Prozent. 83 Prozent halten eine Verbesserung der Qualität der Antibiotika-Therapie durch industrieunabhängige Experten für wichtig oder sehr wichtig. 82 Prozent sehen eine Verbesserung der Ausbildung zum Thema Antibiotika-Therapie und Infektiologie positiv.

Im Rhein-Kreis Neuss ist die Zahl der meldepflichtigen Infektionskrankheiten seit 1990 kontinuierlich angestiegen. „Wir registrierten in den vergangenen Jahren deutlich mehr Problemkeime“, berichtete der Leiter des dortigen Gesundheitsamtes, Dr. Michael Dörr. Im Jahr 2010 betrug die Zahl der meldepflichtigen Infektionskrankheiten im Kreis 3698, davon allein 2810 Noroviren. MRSA-Infektionen tauchten in der Statistik nicht auf, sagte Dörr. „Die reine Kolonisierung ist nicht meldepflichtig.“

Resistenzen im Internet abrufen

Niedergelassene Ärzte, die sich über die Resistenz eines Erregers gegen Antibiotika informieren wollen, können dies auf den Internetseiten des Robert Koch-Instituts (RKI) tun.

Das RKI versuche, in ganz Deutschland Resistenzdaten zu erfassen und den Ärzten widerzuspiegeln, berichtete Dr. Tim Eckmanns von der Abteilung für Infektions-

epidemiologie des RKI. In der Datenbank können Ärzte sich einen Überblick über die Resistenzlage verschiedener Erregergruppen in der ambulanten und stationären Versorgung und die Resistenzlage eines Erregers gegenüber den relevanten Antibiotika verschaffen oder sehen, wie sich die Resistenz eines Erregers gegenüber einem Antibiotikum im Zeitverlauf entwickelt hat.

Hohe Rate in NRW

In Nordrhein-Westfalen gebe es mehr Antibiotika-Resistenzen gegen MRSA als in anderen Regionen, sagte Eckmanns. Die Gründe dafür seien noch nicht ganz klar. „Vielleicht liegt es an der hohen Bevölkerungsdichte und den vielen Krankenhäusern.“ In NRW sei die Zahl der Verordnungen von Antibiotika im ambulanten Sektor sehr hoch. Ärzte in anderen Bundesländern, etwa im Osten, verschrieben deutlich weniger. „Das zeigt, dass es noch Verbesserungsmöglichkeiten gibt.“

AR
Antibiotika Resistenz Surveillance

Deutschland Surveillance

Startseite Inhalt Kontakt Impressum Login

Sie sind hier: Startseite > Datenbank > Resistenzübersicht

ROBERT KOCH INSTITUT

Resistenzübersicht

Erreger: Acinetobacter baumannii Materialgruppe: Alle
 Versorgungsbereich: stationäre Versorgung Fachrichtung: Alle
 ambulantäre Versorgung Stationstyp: Alle
 Zeitraum: Jahr 2010 Versorgungsstufe: Alle
 Norm: CLSI

Report generieren

of 1

AR ROBERT KOCH INSTITUT

Parameter:

Erreger: Acinetobacter baumannii Materialgruppe: Alle
 Versorgungsbereich: stationäre Versorgung Fachrichtung: Alle
 Zeitraum: Jahr 2010 Stationstyp: Alle
 Norm: CLSI Versorgungsstufe: Alle

Datenstand: 31.05.2011

	R		I		S		Total
	n	%	n	%	n	%	
Ampicillin/Sulbactam	351	42.3	8	1.0	471	56.7	830
Piperacillin	265	35.6	302	29.5	397	34.9	1024
Piperacillin/Tazobactam	161	14.2	411	36.1	565	49.7	1137
Cefepim	44	75.9	3	5.2	11	19.0	58
Ceftazidim	324	31.9	367	36.2	324	31.9	1015
Imipenem	80	7.0	51	0.5	1047	09.0	1178

Das Robert Koch-Institut bietet eine Datenbank zu Antibiotika-Resistenzen unter <https://ars.rki.de> an. Sogar die Differenzierung nach Fachgruppen ist möglich.

Es sei bekannt, dass ein adäquates Hygienemanagement und der sachgemäße Umgang mit Antibiotika wesentliche Schritte zur Bekämpfung multiresistenter Erreger sind, sagte der Vorstandsvorsitzende der KV Nordrhein, Dr. Peter Potthoff. „Die KV Nordrhein möchte die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in ihrem Bemühen unterstützen und setzt das Thema Hygiene daher in diesem Jahr weit oben auf die Agenda.“

Potthoff beklagte, dass es im ambulanten Bereich bislang nur eingeschränkt Maßnahmen gibt, um die Infektionskette bei multiresistenten Erregern zu durchbrechen. „Ein generelles Screening für Risikopatienten vor der Krankenhausaufnahme ist nicht abrechnungsfähig“, sagte er.

Vergütung für MRSA-Therapie

Sanierungsmaßnahmen, die in der Klinik begonnen würden, könnten von den niedergelassenen Ärzten nur weitergeführt werden, solange Symptome bestehen. „Die Folge ist, dass die notwendigen Kontrollen von Infizier-

ten immer noch viel zu oft unterbleiben“, so Potthoff. Er begrüßte, dass der Entwurf für das Hygienegesetz eine Vergütung für die ambulante Therapie von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patienten und für die diagnostische Untersuchung von Risikopatienten vorsieht.

Die im Gesetzentwurf geplante Verbesserung

der Hygienestandards kann nach Potthoffs Einschätzung entscheidend zur Verringerung von Infektionsraten beitragen, wenn sie einheitlich und flächendeckend umgesetzt wird. „Allerdings befürchte ich, dass einige der geplanten Maßnahmen im ambulanten Bereich, zum Beispiel die Vorhaltung von Hygienefachkräften, die Arztpraxen schlichtweg überfordern.“ Die Akzeptanz der Regelungen werde entscheidend davon abhängen, ob sie mit vertretbarem Aufwand umgesetzt werden können, betonte er.

Handhygiene ist das A und O

Mit der Einhaltung von Standard-Hygienemaßnahmen lasse sich im Kampf gegen multiresistente Keime schon viel erreichen, sagte Dr. Roland Schulze-Röbbecke, Krankenhaushygieniker der Universitätsklinik Düsseldorf. „An allererster Stelle steht die Handhygiene, und dann kommt erst mal lange nichts.“ Neun von zehn nosokomialen Infektionen würden über die Hände übertragen, sagte er.

Er nannte fünf Indikationen für die Händedesinfektion: vor Patientenkontakt, vor aseptischen Tätigkeiten, nach Kontakt mit potenziell infektiösen Materialien, nach Patientenkontakt und nach Kontakt mit der unmittelbaren Patientenumgebung. Das sollte immer beachtet werden und nicht nur, wenn es um Träger multiresistenter Keime geht, betonte der Mediziner. „Das gilt nicht nur beim MRSA-Patienten, das gilt auch bei einem Patienten mit Kopfschmerzen oder mit einer Verletzung.“

Der nächste wichtige Faktor sei das Tragen von persönlicher Schutzkleidung. Der Arzt müsse bei jedem Patienten abwägen, ob er Handschuhe oder einen Kittel benötigt. „Ich schütze nicht nur mich selbst, sondern auch die Patienten, wenn ich eine Schutzausrüstung trage.“ Entscheidend sei aber, dass die Kleidung richtig angewandt werde. „Der häufigste Fehler ist, dass die Handschuhe nicht sofort nach Gebrauch ausgezogen werden und dass nicht sofort nach dem Ausziehen eine Händedesinfektion durchgeführt wird“, sagte Schulze-Röbbecke.

– Ilse Schlingensiepen

www.kvno.de [W110520](https://www.kvno.de/110520)



Foto: contrastwerkstatt – Fotolia.com

Handhygiene ist die wichtigste Maßnahme gegen Infektionen.

Sicherheitslücke bei neuen Kartenterminals

Bei Routineuntersuchungen ist festgestellt worden, dass es über eHealth-BCS-Terminals für Hacker theoretisch möglich ist, an die PIN des Arztes zu gelangen. Betroffene Systeme brauchen ein Update – dann sind sie sicher.



Foto: Carsten Steps – Fotolia.com

Die Gefahr des Datenklaus ist für nordrheinische Praxen sehr gering.

Kartenterminals, diese Schwachstelle umgehend zu beheben.

Den Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten dürften dadurch keine Zusatzkosten entstehen. Sollte sich abzeichnen, dass eine der beiden Bedingungen nicht erfüllt werden kann, müsse man einen Stopp des Basis-Rollouts der Terminals prüfen, betonen die Vertretungen der Ärzte und Zahnärzte. Der Basis-Rollout geht der Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) voraus.

Risiken nur bei HBA-Einsatz

Die Schwachstelle ist laut KBV bislang folgenlos geblieben. Unter bestimmten Voraussetzungen ist es möglich, dass ein Angreifer an die PIN über den Praxis-PC gelangen kann. Ausschließlich dann, wenn er zusätzlich in den Besitz des Heilberufsausweises des Arztes gelangt, können theoretisch Geschäfte in dessen Namen getätigt werden. Patientendaten sind überhaupt nicht betroffen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), die Bundesärztekammer (BÄK) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) fordern von den Herstellern der

Um auch Risiken für die Ärzte auszuschließen, sind Korrekturen an den e-Health-BCS-Terminals nötig. Das sind die sogenannten onlinefähigen, stationären eGK-Lesegeräte, die im Zuge des eGK-Basis-Rollouts durch die Krankenkassen finanziert werden. Dies gilt besonders für Nordrhein, weil hier der Basis-Rollout bereits seit 2009 abgeschlossen ist. Mehr als zwei Drittel der Praxen im Rheinland verfügen über diese Terminals.

Kassen sollen Updates zahlen

Jetzt ist ein Sicherheits-Update bei diesen onlinefähigen Lesegeräten nötig. „Die Kosten für diese Anpassung können keinesfalls die Praxen tragen“, sagt Dr. Peter Potthoff. Der Vorsitzende des Vorstands der KV Nordrhein will darüber in Kürze mit den Krankenkassen verhandeln. Das Problem kann allerdings nur auftreten, wenn der elektronische Heilberufsausweis (HBA) im e-Health-BCS-Terminal genutzt wird.

Gefahr in Nordrhein sehr gering

In Nordrhein wird der HBA von rund 2.000 KV-Mitgliedern bei der Online-Abrechnung zur Signatur der elektronischen Gesamtaufstellung tatsächlich schon eingesetzt. Die überwiegende Mehrzahl (mehr als 95 Prozent) der HBA-nutzenden Praxen verwendet dazu jedoch ein spezielles, sicheres HBA-Lesegerät, nicht das gefährdete e-Health-BCS-Terminal. Hier ist das Sicherheitsproblem nicht relevant.

Bis zu einer technischen Lösung des Problems empfiehlt die KV Nordrhein den übrigen HBA-Praxen, die bisher ein stationäres e-Health-BCS-Terminal für den elektronischen Heilberufsausweis mitnutzen, auf die HBA-signierte eGesamtaufstellung zu verzichten und die Online-Abrechnung mit papierner Gesamtaufstellung einzureichen.

Klare Absprachen und bessere Bezahlung

130.000 Menschen in Nordrhein-Westfalen werden derzeit in Pflegeheimen versorgt. Die Zahl steigt, getrieben durch den soziodemographischen Wandel und den medizinischen Fortschritt. Wie können wir eine bedarfsgerechte, wohnortnahe und zugleich flächendeckende ärztliche Versorgung dieser Menschen sicherstellen?



Die Bewohnerinnen des Sophienhofs in Düren können sich freuen: Dank guter Kooperation sank die Zahl der Krankenhauseinweisungen um 70 Prozent.

derzeit aussieht und wo die speziellen Herausforderungen der fach- und hausärztlichen Versorgung der Heimbewohner liegen, erläuterten der Mülheimer Hausarzt Dr. Uwe Brock und sein augenärztlicher Kollege Dr. Ludger Wollring. Während die fachärztliche Versorgung in den Heimen besonders mit logistischen Herausforderungen kämpft, sieht sich die hausärztliche Versorgung mit mannigfaltigen Schnittstellen konfrontiert.

Neben den Ärzten spielen die Angehörigen und das Pflegepersonal eine zentrale Rolle bei der Versorgung der betagten Patienten. Gerade in der Abstimmung mit den Pflegerinnen und Pflegern sieht Brock Verbesserungsbedarf.

AOK will Add-on-Vertrag

André Müller von der AOK Hamburg/Rheinland geht davon aus, dass eine optimale Ausschöpfung der ambulanten Versorgungsstruktur dazu beitragen kann, vermeidbare Krankenhausaufenthalte zu umgehen – zumal diese

So umriss Dr. Frank Bergmann, Moderator des KV-NO-Forums „Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen“ am 18. Mai die zentrale Frage. Wie die Praxis

für die alten Patienten meist mit einer erheblichen Belastung verbunden sind.

Müller ließ keinen Zweifel daran, dass ihm an einer Weiterentwicklung der ärztlichen Pflegeheimversorgung in Nordrhein gelegen ist: Die Regelversorgung, so Müller, sollte hierzu innovativ mit einem „Add-on-Vertrag“ verbunden werden.

70 Prozent weniger Einweisungen

Ein Beispiel dafür, wie eine gute haus- und fachärztliche Versorgung im Pflegeheim gelingen kann, stellten die Dürener Neurologin Dr. Hildegard Scheich und die Geschäftsführerin der Wohnanlage Sophienhof, Gerda Graf, vor: Im Rahmen des Konzepts „HoLDe“ finden dort regelmäßige Fach- und Hausarztvisiten statt.

Die niedergelassenen Haus- und Fachärzte treffen sich zum gemeinsamen Konsil am Bett des Patienten und stehen den examinierten Pflegefachkräften auch außerhalb der Sprechzeiten für akute Fragen und/oder einen Besuch zur Verfügung. Gleichzeitig werden bei entsprechenden Wünschen der Mitarbeiter von den Ärzten Fortbildungen im Heim durchgeführt. Der Erfolg spricht für sich: Nach der Einführungsphase sind die Krankenhauseinweisungen in der Wohnanlage um 70 Prozent zurückgegangen.

Das Beispiel zeigt: Eine qualitativ hochwertige ärztliche Versorgung von Heimbewohnern ist möglich, wenn der Rahmen für eine gute Zusammenarbeit von Heimen und Niedergelassenen stimmt. Dazu gehören eine angemessene Entlohnung – beispielsweise von Hausbesuchen – ebenso wie klare Absprachen zwischen Pflege und Medizin.

Weigeldt hält an Selektivverträgen fest – Köhler hält dagegen

Trotz des Desasters bei den selektiven Hausarztverträgen, will der Hausärzteverband mit Mut in die Zukunft blicken. So lautete zumindest das Motto des zehnten nordrheinischen Hausärztetages.

Im Vordergrund der Diskussionen standen die flächendeckende Hausarztversorgung, das geplante Versorgungsgesetz, die Regionalisierung in der Honorardebate und natürlich die Selektivverträge. Für die Staatssekretärin im NRW-Gesundheitsministerium, Marlis Bredehorst, ist die flächendeckende Hausarztversorgung eines der größten Probleme der Zukunft.

Aktionsprogramm reicht nicht

Das Hausarzt-Aktionsprogramm der Vorgängerregierung, in dessen Rahmen 45 Hausärzte eine finanzielle Unterstützung für die Übernahme einer Praxis erhielten, sei nur „ein Tropfen auf den heißen Stein“. Der Ansatz, eine Niederlassung im ländlichen Bereich attraktiver zu machen, müsse bereits beim Studium beginnen, so Bredehorst. Die Regionalisierung bei der Bedarfsplanung im geplanten Versorgungsgesetz sei ein weiterer Schritt für eine bessere Versorgung in der Zukunft.

Die Regionalisierung im Honorarbereich „bis zur allerletzten Konsequenz“ will Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), „vorbehaltlos unterstützen“. Für Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender des Hausärzteverbandes, ist dagegen „die Planwirtschaft an ihre Grenzen“ gestoßen. Er plädierte für Selektivverträge als freiwilliges Angebot an die Patienten. Das Nebeneinander sei wichtig, hielt Köhler dagegen, es werde nicht alles über den Paragraphen 73b laufen.

Preis für Geiß

Detlev Geiß, Kinderarzt in Köln-Chorweiler, erhielt den 7. Innovationspreis des Hausärzteverbandes Nordrhein für den Verein „Kindernöte“. Die Spende in Höhe von 1.000 Euro nahm der Initiator und Mitbegründer des Vereins sichtlich gerührt entgegen. In seiner Dankesrede betonte Geiß den Grundgedanken des Vereins: „Wir wollen, dass auch die Kinder im Kölner Nordrhein zu zukunftsfrohen, sozialen und hilfsbereit-freundlichen Stützen unserer Gesellschaft heranwachsen.“



Wie sichern wir die Hausarztversorgung? Darüber diskutierten Marlis Bredehorst, Staatssekretärin im Landesgesundheitsministerium, Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender des Hausärzteverbandes, Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender der KBV (v. l.)

„Berlin muss die Basis hören“

Zurzeit joggt Dr. Andreas Gassen eher im Berliner Tiergarten als an den Düsseldorfer Rheinwiesen. Denn als zweiter Vorsitzender der Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) häufen sich die Termine in der Hauptstadt. Was er da bewegen will und mit welchen Problemen die Orthopäden vor Ort zu kämpfen haben, verriet er KVNO aktuell.

Im Juni soll ein Modellvorhaben der BIG-Krankenkasse mit 40 Physiotherapie-Praxen in Westfalen und Berlin starten. Worum geht es dabei?

Gassen: Ich halte wenig von der Option, Behandlung von Erkrankungen des muskuloskeletalen Systems ohne den Spezialisten dafür durchzuführen, den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Hier sehe ich keine Steigerung der Qualität. Ich kann mir aber durchaus sinnvolle Kooperationen zwischen Orthopäden und Unfallchirurgen und Physiotherapeuten vorstellen.

Wie beurteilen Sie das Projekt?

Gassen: Qualitativ kann das Projekt sicher keine Akzente setzen. Langfristig geht es meines Erachtens den Kostenträgern lediglich darum, Kosten zu sparen.

Ist mehr Delegation angesichts des demografischen Wandels und des drohenden Ärztemangels nicht sinnvoll?

Gassen: Natürlich ist Delegation sinnvoll. Wir arbeiten deswegen ja auch eng mit anderen Disziplinen zusammen, natürlich mit den Physiotherapeuten. Aber die Überwachung des gesamten Behandlungsprozesses von Patienten mit orthopädischen Krankheitsbildern kann letztlich nur bei uns liegen.

Lohnt sich das denn überhaupt noch für die Orthopäden? Sie sind doch von der Honorarreform hart getroffen worden.

In der Tat. Wie viele andere fachärztliche Versorgerpraxen auch haben viele von uns mit herben Umsatzeinbußen zu kämpfen. Das bedroht manche Existenz.

Was können Sie in Ihrer neuen Rolle als zweiter Vorsitzender der KBV-Vertreterversammlung dagegen tun?

Gassen: Zunächst einmal kann ich den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung direkt für unsere Probleme sensibilisieren. Der Vorsitzende der Vertreterversammlung und seine

Stellvertreter sind zurzeit sehr häufig in Berlin; wir treffen uns regelmäßig mit Herrn Köhler und Herrn Müller – und da weise ich vor allem auf die Sorgen der fachärztlichen Praxen hin.

Sind die Sorgen der Ärzte denn überall die gleichen?

Gassen: Im Grunde ja. Aber wir in Nordrhein sind bei der Honorarreform 2009 besonders schlecht weggekommen. Durch die asymmetrische Verteilung der Honorarsteigerungen Anfang dieses Jahres haben wir zwar etwas aufgeholt, liegen aber immer noch zurück. Deswegen ist es für uns wichtig, dass die Konvergenz weitergeht. Wir brauchen weiter höhere Honorarzuwächse, damit wir für gleiche gute Arbeit auch das gleiche Geld bekommen. Dafür mache ich mich gerne stark. Ich begrüße deshalb den im Mai gefassten Beschluss der Vertreterversammlung der KBV, der eine Konvergenzregelung für weitere drei Jahre vorsieht. Auch wenn dies bei weitem nicht reicht, um eine Honorargerechtigkeit zu erreichen

**„Für uns ist wichtig,
dass die Konvergenz weitergeht.“**

Auch für die Kostenerstattung haben Sie unlängst gemeinsam mit dem FDP-Gesundheitspolitiker Lars Lindemann geworben. Warum?

Gassen: Ich sehe dazu langfristig keine Alternative. Sonst endet das All-inclusive-Gerede im Systemversagen. Ohne die Kostenerstattung als Säule neben der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung ist das Gesundheitssystem auf Dauer nicht finanzierbar.

Meinen Sie, die Politik macht eine solche Systemerweiterung mit?

Gassen: Selbst in der FDP standen die meisten bislang nur halbherzig dahinter. Ich hoffe aber, dass in den Parteien die Zahl der Befürworter wächst und die gesetzlichen Kassen endlich ihre Blockadehaltung zum Beispiel bei entsprechenden Wahlтарifen aufgeben.

„Wir brauchen die Kostenerstattung als dritte Säule“

Wie sehen Sie die Chancen, das Modell zu realisieren?

Gassen: Die Chancen steigen. Zumal auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Kostenerstattung etablieren möchte. Da bewegt sich was. Ich sehe zumindest keinen Anlass, sich diesem transparenten System grundsätzlich zu verweigern.

Kritiker der Kostenerstattung sagen, die Patienten müssten in „Vorkasse“ treten. Was halten Sie denen entgegen?

Gassen: Die Patienten müssen doch gar nicht in Vorleistung gehen. Herr Lindemann und ich plädieren dafür, dass der Gesetzgeber sicherstellt, die Kasse überweist, bevor die Zahlung fällig ist – entweder an die Praxis direkt oder an den Patienten. Wir stellen uns die Kostenerstattung als zusätzliches Element vor, das sicher nicht für alle Patienten geeignet ist. Sie wäre aber ein gutes Mittel zu zeigen, was wir für unsere Leistungen wirklich erhalten. Die Versicherten können sich dann überlegen, wo der Rest ihrer Beiträge versickert.

Wofür treten Sie in den KBV-Gremien denn noch ein?

Gassen: Für mich ist das Element der Ehrenamtlichkeit wichtig. Das haben die Delegierten offenbar genauso gesehen und sich für Niedergelassene als Vorsitzende der VV entschieden – gegen hauptamtliche Kandidaten. Damit sind wir aufgerufen, der Stimme der Basis in den Gremien mehr Gehör zu verschaffen.

Dr. Andreas Gassen, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in Düsseldorf, drei Kinder von 13, 16 und 20 Jahren. Gassen ist Mitglied der Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Vizepräsident des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und Vorstandsmitglied des Deutschen Facharztverbandes. Als zweiter Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist er derzeit intensiv in die Arbeit auf Bundesebene eingebunden.

Der 48-Jährige ist leidenschaftlicher Sportler. Er hat den schwarzen Gürtel in Karate und läuft lange Strecken. Zurzeit bereitet er sich auf den Marathon in New York vor.



Neue Sparten, neues Design und Rabatt für KV-Mitglieder

Nachfolger schnell finden – und noch vieles mehr

Einfach, übersichtlich und effektiv: Der Online-Auftritt der KV-Börse präsentiert sich ab sofort unter www.kvboerse.de in einem frischen Design.

Die Online-Börse – ein Kooperationsprojekt von KVWL Consult GmbH und KV Nordrhein Consult – besticht durch ihre komfortable und leicht verständliche Bedienung. Seit sechs Jahren ist sie erfolgreich am Markt und hat sich als Instrument bei der Praxisuche und -abgabe bewährt.

Jetzt auch für Personal und Geräte

Jetzt sind weitere neue Sparten hinzugekommen. Das heißt, die Börse bietet wie bisher die Möglichkeit der Praxisabgabe und Kooperationsuche. Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können ab sofort aber auch nach Personal-Inseraten und medizinischen Geräten suchen oder eine entsprechende Anzeige aufgeben.

Die KV-Börse erreicht eine größere Zielgruppe als die klassischen Printmedien. Ihre Anzeige wird in der KV-Börse nicht nur leichter gefunden, sie ist auch günstiger als in den meisten Fachzeitschriften.

Die Handhabung ist so einfach, dass sie auch ungeübten Internet-Nutzern die Aufgabe einer Anzeige und die Suche nach einem Inserat ermöglicht. Schnell und diskret finden Sie in der KV-Börse die gewünschten Informationen. Die Suche können Sie nach Ihren Kriterien gestalten und die Ergebnisse filtern. So erhalten Sie nur jene Inserate, die für Sie interessant sind – und werden selbst auch leichter gefunden.

Dass Sie Partner und Nachfolger dort auch finden, belegt eine Befragung unter den Nutzern der „alten“ Börse. Jede fünfte Anzeige führte zum Erfolg. Über zwei Drittel der Befragten wären bei Bedarf bereit, erneut eine Anzeige zu schalten.

Das Inserat hat eine Laufzeit von drei Monaten und lässt sich jederzeit problemlos verlängern. Mitglieder der KV Nordrhein erhalten 50 Prozent Rabatt bei Einstellung eines Inserates in den verschiedenen Börsensparten. In der Personalbörse sind zudem bestimmte Inserate kostenfrei, zum Beispiel das Anbieten eines Praktikums oder einer Weiterbildungsstelle.

Die Börse finden Sie im Internet unter www.kvboerse.de **KV110526**



Die KV-Börse wendet sich in den Rubriken Praxis, Geräte und Personal an Anbieter und Suchende.

Kontakt

KV Nordrhein Consult
Oliver Pellarin
Telefon 0211 5970 8127
Telefax 0211 52800 8639
E-Mail oliver.pellarin@kvno.de

Mit Flyern und Plakaten gegen die Impfmüdigkeit

Ende Juli stellt die KV Nordrhein den Praxen verschiedene Materialien zur Verfügung, um die Patientinnen und Patienten zum Impfen zu motivieren.

Impfen gehört zu den einfachsten und wirkungsvollsten Maßnahmen zum Schutz vor Infektionskrankheiten. Die Durchimpfungsraten in Deutschland sind aber oft zu niedrig: So bestehen bei Kindern Lücken insbesondere bei Masern, Mumps, Röteln, Keuchhusten und Hepatitis B. Erwachsene weisen vor allem bei den Auffrischimpfungen für Tetanus, Diphtherie und Keuchhusten Impflücken auf. Auch gegen Masern sind viele junge Erwachsene nicht ausreichend geschützt.

Um auf die Bedeutung des Impfens aufmerksam zu machen, steht das Thema im Fokus der Präventionsinitiative von KVen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV). Ziel ist, die Akzeptanz von Schutzimpfungen in der Bevölkerung zu steigern und somit auch die Durchimpfungsraten zu erhöhen.

Folgende Materialien stehen zur Verfügung:

Flyer: „Gib Viren und Bakterien keine Chance!“ Darin werden alle Krankheiten, die durch eine Impfung verhindert

werden können, kurz vorgestellt. Er enthält außerdem einen Impfkalender. Patienten können auf einen Blick erkennen, für welche Altersgruppe und in welchen Abständen die Impfungen empfohlen werden.



Gib Viren und Bakterien keine Chance!

Impfen schützt vor gefährlichen Krankheiten.

Fremdsprachen: Der Flyer kann als Kopiervorlage auch in den Sprachen Deutsch, Englisch, Französisch, Russisch, Spanisch und Türkisch von der Homepage der KV Nordrhein ausgedruckt werden.

Plakat: Das Plakat zum Aufhängen in der Praxis ist analog zum Flyer gestaltet und soll Patienten auf diesen aufmerksam machen.

Masern: In Deutschland kommt es immer wieder zu Masernausbrüchen, da die für eine Ausrottung des Virus erforderliche Durchimpfungsrate von 95 Prozent nicht erreicht wird. Eine Kopiervorlage zur Masern-Schutzimpfung ist zum Auslegen im Wartezimmer konzipiert und über die Homepage der KV Nordrhein abrufbar. Dort finden Sie auch ein Video zum Thema: www.kvno.de [KV110527](#)

Flyer und Plakate

Alle Allgemeinmediziner/Praktischen Ärzte, hausärztlich tätige Internisten, Kinderärzte und Gynäkologen in Nordrhein erhalten von der KV Nordrhein Ende Juli 50 Flyer „Gib Viren und Bakterien keine Chance!“ und ein Plakat. Ärzte anderer Fachgruppen können Flyer und Plakat kostenlos anfordern:

KV Nordrhein
Gernot Grothe
Telefon 0221 7763 6267
Telefax 0221 7763 6266
E-Mail gernot.grothe@kvno.de

Wie verordne ich Katheter-Zubehör richtig?

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im Mai fragten viele Praxen nach der Verordnung von Katheter-Zubehör und dem Unterschied von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln.

Wann muss ich Hilfsmittel zu Lasten der Krankenversicherung oder der Pflegeversicherung verordnen?

Das hängt vom Einzelfall ab. Die gesetzliche Krankenversicherung wird immer dann leistungspflichtig, wenn medizinische Ziele im Rahmen einer ambulanten Krankenbehandlung erreicht werden sollen. Also um:

- einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen
- eine Behinderung zu beseitigen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen
- den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern
- oder allgemeine Grundbedürfnisse im Alltag eines Menschen zu befriedigen.

Wenn Sie bei der Verordnung eines Hilfsmittels eines dieser Ziele verfolgen, verordnen Sie die Hilfsmittel bitte zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen über das Muster 16.

Eine formlose Bescheinigung (zum Beispiel Privatrezept) können Sie zur Vorlage bei der Pflegekasse ausstellen, wenn der Nutzen der Versorgung eindeutig im pflegeri-

schen Bereich liegt. Ein pflegerischer Aspekt oder Nutzen für die Versorgungssituation liegt vor, wenn:

- das Produkt zur Erleichterung hygienischer und pflegerischer Maßnahmen dient
- das Produkt hilft, eine Überforderung der Leistungskraft des Pflegebedürftigen oder des Pflegenden zu verhindern
- durch das Produkt eine Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen, die allein durch Pflegebedürftigkeit hervorgerufen werden, erreicht werden kann
- oder durch das Produkt dem Pflegebedürftigen eine selbstständige Lebensführung ermöglicht wird, die einer vom Pflegenden nicht selbstständig überwachten Alltagsgestaltung dient.

In diesen Fällen reicht es, eine formlose Bescheinigung (zum Beispiel ein Privatrezept) zur Vorlage bei der Pflegekasse auszustellen. Dann kommt eine Leistungsübernahme durch die Pflegeversicherung in Frage.

Kann ich ein Katheterset verordnen?

Nein; Kathetersets als Hilfsmittel können Sie nicht als Set verordnen. Lediglich die im Einzelfall erforderlichen Bestandteile zum Wechsel eines transurethralen Katheters können Sie bei medizinischer Notwendigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Wie, das zeigt die folgende Übersicht.

Transurethrale Katheter in der Akuttherapie	
Tupfer, Mullkompressen	aus dem Sprechstundenbedarf entnehmen
Katheter	aus dem Sprechstundenbedarf entnehmen
Pinzetten	in den Praxiskosten enthalten
Einmalhandschuhe	in den Praxiskosten enthalten
Gleitmittel	aus dem Sprechstundenbedarf entnehmen
Desinfektionsmittel	aus dem Sprechstundenbedarf entnehmen

Geplanter Katheterwechsel in der Praxis oder beim Hausbesuch

Tupfer, Mullkompressen	auf den Namen des Patienten als Arznei-/Verbandmittel
Katheter	auf den Namen des Patienten als Hilfsmittel
Pinzetten	in den Praxiskosten enthalten
Einmalhandschuhe	in den Praxiskosten enthalten
Gleitmittel	auf den Namen des Patienten als Arznei-/Verbandmittel
Desinfektionsmittel	auf den Namen des Patienten als Arznei-/Verbandmittel
Beutel, Klemmen	auf den Namen des Patienten als Hilfsmittel

Im Rahmen der Selbstkatheterisierung

Tupfer, Mullkompressen	auf den Namen des Patienten als Arznei-/Verbandmittel
Katheter	auf den Namen des Patienten als Hilfsmittel
Pinzetten	auf grünem Rezept
Einmalhandschuhe	auf den Namen des Patienten als Hilfsmittel
Gleitmittel	auf den Namen des Patienten als Arznei-/Verbandmittel
Desinfektionsmittel	auf den Namen des Patienten als Arznei-/Verbandmittel
Beutel, Klemmen	auf den Namen des Patienten als Hilfsmittel

Katheterwechsel durch den Pflegedienst

Tupfer, Mullkompressen	auf den Namen des Patienten als Arznei-/Verbandmittel
Katheter	auf den Namen des Patienten als Hilfsmittel
Pinzetten	sind von Pflegeeinrichtung/Pflegedienst vorzuhalten
Einmalhandschuhe	sind von Pflegeeinrichtung/Pflegedienst vorzuhalten
Gleitmittel	auf den Namen des Patienten als Arznei-/Verbandmittel
Desinfektionsmittel	sind von Pflegeeinrichtung/Pflegedienst vorzuhalten

Bitte beachten Sie: Wenn ein transurethraler Katheter nicht medizinisch indiziert ist, aber aus anderen Gründen (zum Beispiel von den Angehörigen oder dem Pflegepersonal) gewünscht wird, dürfen Sie den Katheter nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung rezeptieren. In diesen Fällen kommt unter Umständen eine Leistungsübernahme durch die Pflegeversicherung in Betracht (Grundlage: Paragraph 40 des Sozialgesetzbuchs XI). In diesem Fall können Sie den Katheter nicht verordnen.

Suprapubische Katheter dürfen im Gegensatz zu den transurethralen Kathetern nur durch einen Arzt eingesetzt oder gewechselt werden. Bitte bestellen Sie suprapubische Katheter selbst und rechnen die Kosten über die Sachkostenpauschale (Symbolnummer 90979) auf dem Behandlungsausweis ab. Tupfer/Mullkompressen verordnen Sie in diesem Fall auf den Namen des Patienten als Arznei-/Verbandmittel. Die Einmalhandschuhe sind in den Praxiskosten enthalten.

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



Nordrheinische Akademie bietet Qualitätsmanagement-Seminare

Die Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung bietet unter anderem Seminare zum Thema Qualitätsmanagement (QM). So gibt es die Möglichkeit, ein 200-Stunden-Curriculum der Bundesärztekammer zu diesem Thema zu besuchen oder verschiedene Einsteigerseminare.

Ein solches System ist qu.no. Die KV Nordrhein hat dieses System mit entwickelt. Es ermöglicht die Erfüllung der Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses und hat den Vorteil, Qualitätsmanagement einfach praxisindividuell gestalten zu können. Tutorentams (bestehend aus Arzt und Medizinischer Fachangestellter) vermitteln in den Seminaren die QM-Grundlagen und die Methodik zur Umsetzung in der eigenen Praxis. Seminarkosten: 495 Euro pro Team (Arzt / Helferin); 130 Euro für jeden weiteren Mitarbeiter aus derselben Praxis.

Einen Einstieg bietet auch QEP (die Abkürzung steht für „Qualität und Entwicklung in Praxen“), das von der Kas-

senärztlichen Bundesvereinigung entwickelte QM-System. Neu erschienen im Deutschen Ärzteverlag ist der QEP-Qualitätszielkatalog 2010. Darin enthalten sind sämtliche Qualitätsziele, die für eine Arztpraxis relevant sein können. Das QEP-Seminar richtet sich sowohl an Ärzte, als auch an Medizinische Fachangestellte und vermittelt einen Einstieg in das Qualitätsmanagement.

Sowohl qu.no also auch QEP sind zertifizierungsfähig. Bisher ist die Praxiszertifizierung jedoch immer noch keine Pflicht.

Eine Übersicht über die QM-Seminare finden Sie im Internet unter www.apobank.de [KV110530](#)

Info und Anmeldung

Nordrheinische Akademie
Tanja Kohnen
Telefon 0211 4302-2834
E-Mail tanja.kohnen@ackno.de

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema EMDR und Richtlinienpsychotherapie
Kontakt Dipl.-Psych. Siegfried Hamm
Rather Mauspfad 63
51107 Köln
Telefon 0221 7190 1362
Telefax 0221 7190 1363
Termin 5-6 mal im Jahr;
20.00-22.15 Uhr
Ort nach Vereinbarung

Thema Psychotherapeutischer QZ
Langenfeld
Kontakt Dipl.-Psych. Angèle Horsch
Solinger Strasse 22
40764 Langenfeld
Telefon 02173 988 557
Telefax 02173 977 686
Termin 1-2 mal im Quartal
Ort Praxis Horsch

Thema Psychotherapie/Fallkonferenz
Kontakt Dipl.-Psych. Tamara Hilger
Alter Schulweg 21
51429 Bergisch Gladbach
Telefon 02204 837 05
E-Mail tamara.hilger@gmx.de
Termin 3. Mittwoch im Monat,
19.30 Uhr
Ort wechselnd in Praxen

Thema Psychodynamische Arbeit mit Träumen
Kontakt Dr. phil. Frank van Well
Nassestraße 32
50939 Köln
Telefon 0221 800 1796
Telefax 0221 9983 513
E-Mail frankv@nwell.de
Termin alle 4-6 Wochen
Ort nach Vereinbarung

Thema Richtig Essen Bonn
Kontakt Dr. med. Sigrid Tapken
Trierer Straße 70-72
53115 Bonn
Telefon 0228 2072 604
Telefax 0228 2072 690
E-Mail kontakt@urologin-tapken.de
Termin 1 mal im Quartal ab 18.00
Uhr
Ort Bonn

Kontakt

Geschäftsstelle Qualitätszirkel
Ilma Reißner-Gislason
Telefon 0211 5970 8110
Katharina Ernst
Telefon 0211 5970 8361
Telefax 0211 5970 8160
E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de

Infomarkt der KV Nordrhein in Köln

Vorträge

- Den elektronischen Heilberufsausweis (HBA) beantragen / Victor Krön, Ärztekammer Nordrhein
- Online abrechnen mit dem HBA / Franz-Josef Eschweiler, KV Nordrhein

Hilfe beim Anmelden und Registrieren des HBA

Ioannis Christopoulos

Telefon 0211 4302 2211

E-Mail Ioannis.Christopoulos@aekno.de

Bitte bringen Sie zur Registrierung des HBA Ihre Zugangsdaten für das Portal der Ärztekammer Nordrhein www.meineaekno.de und einen gültigen Personalausweis oder Reisepass und ein Passfoto mit.

Infostände

Experten der KV Nordrhein beantworten ihre Fragen rund um den Praxisalltag:

- Niederlassungsberatung
- KV-Börse – Kooperationspartner und Praxisnachfolger online finden
- Betriebswirtschaftliche Orientierung mit dem KV-Praxis-Check
- Tipps zum Verordnen von Hilfsmitteln und von Arznei- und Heilmitteln
- Honorar
- IT in der Praxis
- KOSA Kooperationen mit Selbsthilfegruppen
- Serviceteams – Ansprechpartner bei allen Fragen aus dem Praxisalltag
- KVNO-Portal: Online-Dienste für Praxen in Nordrhein
- Internetangebot der KV Nordrhein

Termin Mittwoch, 6. Juli 2011, 14 bis 17 Uhr
Ort Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein,
Sedanstraße 10-16, 50668 Köln

Eine Anmeldung ist nicht nötig.

Infomarkt für Medizinische Fachangestellte

Infomärkte für Ärzte und Psychotherapeuten bietet die KV Nordrhein schon seit Jahren an. Jetzt findet in Düsseldorf der zweite Infomarkt für Medizinische Fachangestellte statt. Experten der KV Nordrhein stehen für Fragen unter anderem zu folgenden Themen bereit:

- Struktur und Aufgaben der KVNO als Vortrag
- IGe-Leistungen als Vortrag
- Abrechnungsverlauf als Vortrag
- Vorstellung Internetauftritt der KVNO

Termin 14. September 2011, 13 bis 17 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft,
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Eine Anmeldung ist nicht nötig.

Termine

6.7.2011	Infomarkt der KV Nordrhein, Köln
6.7.2011	KV Nordrhein: „MFA-Fortbildung – Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“, Eschweiler
13.7.2011	Mitgliederversammlung der Kreisstelle Oberbergischer Kreis der KV Nordrhein, Wiehl
20.7.2011	KV Nordrhein: „MFA-Fortbildung – Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“, Aachen
20.7.2011	Mitgliederversammlung der Kreisstelle Aachen der KV Nordrhein, Aachen
20.7.2011	Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN): „Qualität und Sicherheit in der Diagnostik und Therapie des Prostata-Karzinoms“, Düsseldorf
14.9.2011	Infomarkt der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte, Düsseldorf
16.9.2011	KVNO-Forum: „Infektionen und ihre Rolle bei der Entstehung von Krebserkrankungen“, Düsseldorf
16. – 17.9.2011	Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN): „Sicher handeln und kommunizieren in schwierigen Situationen in der Praxis“, Düsseldorf
23.9.2011	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
28.9.2011	KV Nordrhein: „MFA-Fortbildung – Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“, Moers
30.9.2011	KVNO focus-Veranstaltung: „Zukunftsperspektive im Gesundheitswesen – Versorgungsstrukturgesetz“, Düsseldorf
5.10.2011	Infomarkt der KV Nordrhein, Düsseldorf
12.10.2011	Gemeinsame Kreisstellenversammlung der KV Nordrhein und Ärztekammer Duisburg mit dem Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, Duisburg
14.10.2011	KVNO-Forum: „Vaskuläre und degenerative ZNS-Erkrankungen“, Düsseldorf
9.11.2011	KVNO-Forum: „Behandlungsstandards und -konzepte in der Onkologie“, Düsseldorf
9.11.2011	Mitgliederversammlung der Kreisstelle Essen der KV Nordrhein, Essen
16.11.2011	Mitgliederversammlung der Kreisstelle Remscheid der KV Nordrhein, Remscheid
3.12.2011	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
	Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.kvno.de

Impressum

KVNO aktuell

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Redaktion:

Ruth Bahners (verantwortlich)
Frank Naundorf, Karin Hamacher

Redaktionsbeirat:

Dr. Peter Potthoff, Bernd Brautmeier, Ruth Bahners

Druck:

Echo Verlag, Köln

Satz:

Merzhäuser | grafik+design, Bonn

Anschrift der Redaktion:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Telefon 0211 5970 8077
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

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

KVNO aktuell erscheint in zehn Ausgaben pro Jahr
als Mitteilungsorgan für die Mitglieder der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 22.200

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.

- **Abrechnung:
Möglichkeiten
zur Übertragung**

- **Daten:
Sicherung
in der Praxis**

- **Überblick:
Krankenfahrten
richtig verordnen**

- **Kodieren:
Die Morbidität
darlegen ist wichtig**

- **Nordrhein:
Die neuen Räte
der Bezirksstellen**

**Die nächste Ausgabe von
KVNO aktuell erscheint
am 20. Juli 2011**

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Tersteegenstraße 9 · 40474 Düsseldorf
E-Mail redaktion@kvno.de
Telefon 0211 5970 0 · Telefax 0211 5970 8100

www.kvno.de



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.