

5 | 2014

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

## Hintergrund

ASV | Start mit der  
Indikation Tuberkulose

## Schwerpunkt

VV der KVNO | Ärzte  
pochen auf Terminhoheit

## Aktuelles

Interview | Minister Gröhe  
will Allgemeinmedizin stärken

## Praxisinfo

Einleger | Verordnen von  
Häuslicher Krankenpflege



**Engagiert für Gesundheit.**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

# Inhalt

## Schwerpunkt

---

- 2 VV der KVNO:  
Ärzte pochen auf  
Terminhoheit
- 4 Beschlüsse

## Aktuell

---

- 7 Das leise Ende der  
Kopfpauschale
- 8 Standpunkt:  
Ambulante Weiterbildung
- 10 Hermann Gröhe  
im Interview
- 12 Position der KBV:  
Konsens auf Abruf
- 14 Fortbildungspunkte:  
Nachweisfrist endet

## ■ Praxisinfo

---

- 16 Impfpässe beim  
DGK bestellen
- 16 Beileger zu häuslicher  
Krankenpflege
- 16 Unterstützung für  
Windows XP endet
- 16 eGK und KVK einlesbar
- 16 Nur DXA-Verfahren als  
GKV-Leistung zulässig

- 18 Vergütung für Rotaviren-  
Impfung ungeregt
- 18 Bezug von Impfstoffen  
für Sozialhilfeempfänger
- 18 Qualitätssicherung  
Hörgeräteversorgung
- 18 Sicherheitshinweis bei  
Einsatz von Praxis-WLAN
- 18 Neue Schlüssel für  
mehr Datenschutz
- 18 Künstliche Befruchtung:  
Regelung mit Knappschaft
- 19 Bundeswehr zahlt  
künstliche Befruchtung
- 20 EBM-Nr. 19320: Antigene  
Zielstruktur angeben
- 20 MRSA-Leistungen  
weiter extrabudgetär

## ■ Verordnungsinfo

---

- 22 Austausch ausschließen –  
auch bei Reimporten
- 23 Patienteninfo: Allergien  
und Reisemedikation
- 23 Inkontinenzhilfen  
verordnen

## Hintergrund

---

- 24 ASV: Tuberkulose als  
Prototyp-Indikation

## Berichte

---

- 27 „Auch guten Ärzten  
passieren Fehler“
- 31 Imagekampagne:  
Qualität als Werbemittel
- 32 Wege aus der  
Demografie-Falle
- 34 Rheinische Praxen  
berichten über Gewalt
- 38 Dem Diabetes  
davonlaufen
- 42 Adipositas-OP:  
Die letzte Option

## Service

---

- 44 Laborleistungen  
abrechnen
- 46 Praxismüll richtig  
entsorgen

## In Kürze

---

- 48 CIRS-NRW  
ausgezeichnet
- 48 Land weitet Hausarzt-  
Aktionsprogramm aus
- 49 Neuer Facharztverband  
in Nordrhein
- 49 DMP-Unterlagen  
im KVNO-Portal
- 49 Mehr Geld  
für MFA



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

die aktuelle Ärztestatistik belegt, was wir seit längerem wissen, analysieren und unter anderem in unserem Versorgungsreport im vergangenen Jahr dargestellt haben: „Der Ärztemangel und der Mangel an Arztstunden sind keine Prognose mehr, sondern in vielen Regionen in Deutschland längst Realität“, heißt es in der Mitteilung der Bundesärztekammer. In Nordrhein sind wir nach wie vor flächendeckend gut aufgestellt. Perspektivisch aber stehen auch wir vor dem wachsenden Problem, Ärzte, vor allem Hausärzte, für die Niederlassung insbesondere in ländlichen Regionen zu gewinnen.

Auch in Nordrhein verzeichnen wir eine Zunahme der Behandlungsintensität in einer alternden Gesellschaft. Auch in Nordrhein begegnen wir einer neuen Ärztegeneration, die weit mehr als bisher von Ärztinnen geprägt sein wird und sich häufiger für Teilzeitarbeit und eine Anstellung entscheidet. Wie wir darauf reagieren und welche Aufgaben sich daraus für uns, aber auch für die Politik und die Kommunen ergeben, haben wir im April auf dem Gesundheitskongress des Westens einmal mehr deutlich gemacht.

Inzwischen findet sich fast niemand mehr, der sich der Problematik verschließt. Von den Krankenkassen mal abgesehen – die Kostenträger interessiert bei der Statistik lediglich die absolute Zahl der vorhandenen Mediziner.

Beharrlich ignorieren die Kassen, dass sich sowohl der Behandlungsbedarf als auch die Struktur der Ärzteschaft massiv verändern.

Eine bundesweite Aktion zur Werbung für die Niederlassung ist die Imagekampagne, die seit April 2013 läuft. In diesem Jahr steht das Thema Qualität im Vordergrund – und der Nachwuchs. Ab Mitte Mai wird eine weitere Kampagne unter dem Motto „Lass Dich nieder!“ Studierende und junge Ärzte ansprechen und mit Informationen versorgen. Die Werbung kann natürlich nur Impulse setzen. Aber die öffentliche Aufmerksamkeit ist wichtig, um im Wettbewerb um kluge Köpfe und die Meinungshoheit zu bestehen.

Noch ein Wort zur vorherigen und zur aktuellen Ausgabe: Bewegt und beeindruckt haben uns die vielen Reaktionen auf den Beitrag zu Gewalterfahrungen in der Praxis. Was zunächst als bedauerlicher Einzelfall erschien, entpuppte sich als drängendes Problem vieler Ärztinnen, Ärzte und Therapeuten – nicht nur in so genannten „Problembezirken“.

Herzliche Grüße

Dr. Peter Potthoff  
Vorsitzender

Bernhard Brautmeier  
Stellvertretender Vorsitzender

## Ärzte pochen auf Terminhoheit

Eine intensive Debatte um Umfang und Ausgestaltung der Förderung zur Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und das Ringen um eine Reform des Notdienstes in Nordrhein waren die Aufreger auf der Vertreterversammlung der KV Nordrhein am 28. März. Eine Servicestelle zur Terminvergabe beim Facharzt lehnten die Delegierten ab.



Frank Bergmann, Vorsitzender der Vertreterversammlung, in der Eröffnungsrede.

Auch KV-Vorsitzender Dr. med. Peter Potthoff fand in seinem Bericht zur Lage klare Worte für das in seinen Augen unsinnige Vorhaben. „Ich glaube nicht, dass eine Terminproblematik so existiert, wie sie derzeit diskutiert wird.“ Potthoff verwies auf Erkenntnisse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), nach der zwei Drittel der Versicherten sofort oder innerhalb von drei Tagen einen Termin beim Facharzt erhielten. Potthoff nahm auch Bezug auf das Positionspapier der KBV (siehe Bericht auf Seite 10), in dem darauf verwiesen wird, dass die in der Öffentlichkeit dargestellten Terminprobleme nicht zuletzt eine Folge begrenzter Leistungsmengen und budgetierter Honorare seien – an denen die KVen nichts ändern könnten.

Die vom Gesetzgeber geplante Vier-Wochen-Garantie für Facharzttermine ist in den Augen von Dr. Peter Potthoff (l.) und Dr. Frank Bergmann ein denkbar schlechter Lösungsansatz. Die VV lehnte das Vorhaben strikt ab.

Zu Beginn der Versammlung bestimmte die Bundespolitik die Agenda, insbesondere die Debatte um Wartezeiten auf Facharzttermine. Die nordrheinischen Delegierten waren sich bis auf wenige Ausnahmen einig: Das Problem wird aufgebauscht. Die Pläne der Bundesregierung, eine Terminservicestelle einzurichten und damit eine Termingarantie innerhalb von vier Wochen zu verbinden, werteten die Mitglieder der Vertreterversammlung daher als inakzeptablen Eingriff in die ärztliche und therapeutische Autonomie der Praxisorganisation.

Einstimmig sprach sich die Vertreterversammlung gegen eine Zwangsregelung aus, die mit einem nicht absehbaren bürokratischen Aufwand und entsprechenden Kosten verbunden wäre. „Eine starre und vom Gesetzgeber vorgegebene Fristenlösung ist der denkbar schlechteste Lösungsansatz“, sagte Dr. med.

### Gröhe erwartet Lösung von KVen

Potthoff wies allerdings darauf hin, dass die Diskussion von der Politik sehr heftig geführt werde und nicht zuletzt Gesundheitsminister Hermann Gröhe von den KVen erwarte, das Problem zu lösen. Der neue KBV-Chef Dr. med. Andreas Gassen, dem die nordrheinischen Delegierten in Abwesenheit zu seinem neuen Amt gratulierten, hatte sich auf der jüngsten Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ähnlich geäußert. Auch die KBV-Delegierten hatten sich eine Einmischung der Politik in die Terminhoheit der Ärzte verboten – von dem populären Thema lassen wird die Politik aber sicher nicht.

Stellung nahm Potthoff auch zu den aktuellen Plänen des Gesetzgebers, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu reformieren. Der KVNO-Chef kritisierte, dass die Politik erneut auf Mittel der GKV zur Sanierung des Bundeshaushalts zurückgreife. „Die Reserven und Rücklagen der GKV sind Versicherungsgelder, die allein zu Investitionen in die Versorgung oder zur Beitragssenkung verwendet werden dürfen.“ Einstimmig sprach sich auch die Vertreterversammlung für einen Antrag aus, der gegen die Kürzung des Bundeszuschusses zur gesetzlichen Krankenversicherung protestiert.

### **EBM: Weniger Punkte in Nordrhein**

Bernhard Brautmeier, der stellvertretende KVNO-Vorsitzende, präsentierte erste Zahlen zum neuen Hausarzt-EBM, dessen erneute Weiterentwicklung eine deutliche Mehrheit der Vertreterversammlung in Nordrhein ablehnt. Der Leistungsbedarf in Nordrhein sei ohne die neu hinzugekommenen Leistungen im Hausarzt-EBM leicht rückläufig – um zwei Prozent bei den Haus- und um drei Prozent bei den Kinderärzten. „Damit ist das Ziel der Punktschritte-Neutralität bisher nicht erreicht worden“, stellte Brautmeier fest. Ein Grund: Die neu geregelte Gesprächsleistung werde von zu wenigen Ärzten abgerechnet. Die neu hinzugekommenen Leistungen im EBM wie die Geriatrie- und Palliativleistungen hingegen wurden mehr in Anspruch genommen als prognostiziert. Brautmeier betonte allerdings, dass es für eine Bewertung

der Reform zu früh sei – dazu müsse man erst weitere Quartale analysieren.

Diskutiert wurden von den Vertretern einmal mehr die Ausgestaltung und das Volumen der Förderung von Weiterbildungsassistenten in der Allgemeinmedizin. Dr. med. Frank Bergmann, der Vorsitzende der Vertreterversammlung, berichtete von der Diskussion im Hauptausschuss der KV Nordrhein, wo die Effizienz der Förderung diskutiert und in Frage gestellt worden war. Beschlossen wurde ein Antrag zur Erhöhung der geförderten Weiterbildungsstellen auf 250 in diesem Jahr; ein Antrag auf Förderung von 300 Weiterbildungsassistenten fand keine Mehrheit. Die bisher für das laufende Jahr genehmigten 210 Stellen waren bereits vergeben.

### **Klare Kriterien für Notdienstpraxen**

Zum Thema Notdienst berichtete Dr. med. Heidemarie Pankow-Culot, die Vorsitzende des Notdienstausschusses der Vertreterversammlung, der inzwischen mehrfach getagt hat. Einstimmig beschlossen wurde ein im Ausschuss vorbereiteter Antrag, der weiterhin ermöglicht, dass Notdienstpraxen vor Ort beispielsweise von Notdienstvereinen betrieben werden können – unter der Bedingung, dass der Verein einen Kooperationsvertrag mit der KV Nordrhein schließt, der klare Kriterien für den Betrieb formuliert. Dazu gehören unter anderem eine lückenlose Dokumentation aller Aufwendungen und Erträge und ihre vollständige Offenlegung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. ■ DR. HEIKO SCHMITZ

### **Dr. Ludger Wollring: Neu in der KBV-VV**

Da Andreas Gassen nun zum Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gehört und sein Platz als drittes Mitglied der KBV-VV aus Nordrhein Dr. med. Gabriele Friedrich-Meyer einnimmt, musste für die Psychotherapeutin ein neues stellvertretendes drittes Mitglied der KBV-VV gewählt werden. Die Delegierten entschieden sich mehrheitlich für den Augenarzt Dr. med. Ludger Wollring aus Essen.



# Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein fasste am 28. März 2014 folgende Beschlüsse:

## Kriterien für den Betrieb einer Notdienstpraxis

Es wird festgestellt, dass neben der Regelung des § 6 des Heilberufegesetzes die primäre Verantwortung für den organisierten ärztlichen Notdienst der GKV-Versicherten (das heißt die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten) bei der KV Nordrhein liegt. In organisatorischer Hinsicht können Notdienstpraxen sowohl als Eigenbetrieb der KV Nordrhein (gegebenenfalls auch durch Einschaltung einer Tochtergesellschaft) als auch von Vereinigungen von Ärzten (zum Beispiel Notdienstvereinen) betrieben werden.

Voraussetzung für den Betrieb einer Notdienstpraxis ist der Abschluss eines Kooperationsvertrages mit der KV Nordrhein, der folgende Kriterien erfüllen muss:

1. Der Betreiber hat alle gesetzlichen und untergesetzlichen Auflagen zu erfüllen, die für medizinische ambulante Einrichtungen gelten. Entsprechende Dokumentationen sind fortlaufend zu führen und auf Wunsch der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nachzuweisen.
2. Der Betreiber verpflichtet sich zur ordnungsgemäßen Buchführung. Alle Aufwendungen und Erträge werden belegt und für die Vertragspartner transparent gehalten.
3. Verpflichtung zu Offenlegung gegenüber der KV Nordrhein. Hierzu gehört unter anderem:

- Jährlicher Finanzbericht und Vorabschau für das Folgejahr
- Offenlegung aller vertraglichen Vereinbarungen des Betreibers bis zur Belegebene
- Beachtung eines Compliance-Kodex.

4. Im Rahmen ihrer Tätigkeit beachten die Betreiber die Vorgaben des Berufsrechts und des Vertragsarztrechtes für die in der Notdienstpraxis im Rahmen des Notdienstes tätigen Ärztinnen und Ärzte.
5. Der Betreiber hat dafür Sorge zu tragen, dass in der Notdienstpraxis der ärztliche Bereitschaftsdienst uneingeschränkt von den im jeweiligen Bezirk zum Notdienst eingeteilten Ärztinnen und Ärzten in dem zeitlichen und fachlichen Umfang abgeleistet werden kann, der in der gemeinsamen Notdienstordnung festgelegt ist.
6. Die Kosten für die Mitglieder sind so zu gestalten, dass die Kostenbelastung unter Einhaltung der vorgenannten Bedingungen möglichst gering ist, auch unter steuerlichen Gesichtspunkten.
7. Eine außerordentliche Kündigung kann von der KV Nordrhein ausgesprochen werden, wenn die vertraglichen Bedingungen trotz Aufforderung unter Fristsetzung nicht erfüllt werden.

Antrag: Dres. Heidemarie Pankow-Culot und Ludger Wollring

## 40 zusätzliche Weiterbildungsstellen Allgemeinmedizin

Für 2014 wird die Zahl der geförderten Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin von 210 auf 250 erhöht.

Unabhängig davon ist eine grundlegend neue Organisation der Weiterbildungsfinanzierung erforderlich. In vielen Fachgebieten erscheint eine Verlagerung von Weiterbildungsabschnitten in den ambulanten Bereich sinnvoll, entsprechende Vorstöße, dies in der Weiterbildungsordnung zu verankern, sind bislang an der unge-

klärten Finanzierung gescheitert. Es bedarf dringend geeigneter Finanzierungskonzepte für alle Fächer der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung über alle Versorgungsbereiche und Sektoren hinweg.

Antrag: Barbara Lubisch, Dr. Paul Dohmen, Bernhard Moors, Dr. Heribert Joisten, Dr. Hans-Reinhard Pies, Dr. Thomas Fischbach und Dr. Rolf Ziskoven

## Gegen Weiterentwicklung des Hausarzt-EBM

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein lehnt die aktuell geplante Weiterentwicklung des Hausarzt-EBM ab. Die erheblichen handwerklichen Mängel des aktuell gültigen Hausarzt-EBMs würden bei der für 2014 geplanten Weiterentwicklung fortgeschrieben und zusätzlich durch neuerliche Unwägbarkeiten ergänzt. Die KBV wird stattdessen aufgefordert, schnellstmöglich die Problematiken der Gesprächsziffer, deren Budgetierung, Ausgestaltung und Bewertung, die praxisferne Systematik der Chronikerziffern, die alltagsuntauglichen multiplen Aus-

schlüsse und die Unterbewertung der Leistungen insgesamt zu lösen.

Eine neuerliche honorarneutrale Umverteilung wird abgelehnt, weil sie nicht die Probleme löst, sondern lediglich zusätzliche Arbeit für die Kollegenschaft bedeutet und unkalkulierbare Verwerfungen schafft.

Antrag: Prof. Bernd Bertram



## Keine Termingarantien für Patienten

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein lehnt zeitliche Termingarantien für Patienten ohne die vorherige ärztliche Feststellung einer medizinischen Notwendigkeit ab. Eine medizinisch unkoordinierte Inanspruchnahme (fach-)ärztlicher Leistungen wird zwangsweise dazu führen, dass die Behandlungsoptionen für ernsthaft erkrankte Patienten weiter eingeschränkt werden.

Eine Finanzierung dieser politischen Termingarantie aus Versorgungsmitteln wird abgelehnt, weil die bürokratische Ausgestaltung dieser Maßnahme zwangsläufig zu Mittelabflüssen aus der Versorgung führen und somit das Terminangebot und die Behandlungsoptionen zusätzlich verringern wird. Es erscheint

gänzlich unsinnig, das begrenzte Honorar zunehmend für Bürokratie zu verwenden und es so der Versorgung zu entziehen.

Der Vorstand wird außerdem beauftragt, die Rechtmäßigkeit der intendierten fachärztlichen Termingarantie innerhalb von vier Wochen hinsichtlich der Fragestellung kritisch zu prüfen, ob angesichts der eindeutigen Ausweitungsverbote von Behandlungsleistungen im Sozialgesetzbuch V (WANZ und Regelleistungsvolumen) eine kurzfristige Termingarantie ohne eine vorangegangene medizinische Triage nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuchs verstößt.

Antrag: Dr. Jens Uwe Wasserberg

## HVM-Änderungen ab 1. Juli 2014

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein hat am 28. März auf Antrag des HVM-Ausschusses zwei Änderungen am Honorarverteilungs-Maßstab (HVM) beschlossen:

**QZV der Radiologen:** Das qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) der Radiologen für die EBM-Nummer 34502 (CT-gesteuerte Intervention) wird gestrichen, da die Nummer nicht mehr berechnungsfähig ist. Dafür kommen zwei QZV dazu, und zwar für die 34504 (CT-gesteuerte-schmerztherapeutische Intervention) und die 34505 (CT-gesteuerte Intervention). Die Radiologen erhalten zudem zwei weitere QZV, und zwar für die EBM-

Nummern 34350 (CT-Untersuchung der Extremitäten außer der Hand, des Fußes) und die 34351 (CT-Untersuchung der Hand, des Fußes).

**Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie:** Bei der Berechnung der Regelleistungsvolumen (RLV) betrachtet die KV Nordrhein die Gruppe differenziert. Für alle Psychiater, die über 50 Prozent Richtlinienpsychotherapie und weniger als 200 RLV-Fälle im Quartal erbringen, setzt die Kassenärztliche Vereinigung eine geringere Abstaffelungsgrenze an.

Die Änderungen werden in der Mai-Ausgabe des Rheinischen Ärzteblattes amtlich veröffentlicht und sind abrufbar unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)

## Gegen Kürzung der GKV-Zuweisungen des Bundes

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein protestiert gegen die Minderung der Zuweisungen durch den Bund zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) um 3,5 Milliarden Euro (2014) bzw. 2,5 Milliarden Euro (2015).

Antrag: Dr. Gabriele Friedrich-Meyer, Dr. Paul Dohmen, Barbara Lubisch, Dr. Heribert Joisten, Bernhard Moors, Dr. Hans-Reinhard Pies, Dr. Ludger Wollring, Prof. Bernd Bertram, Angelika Haus

## Fairer Wettbewerb zwischen Vertragsärzten Klinik-MVZ

Auf der 11. Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein am 8. März 2014 wurde folgender Beschluss verabschiedet: „Der Gesetzgeber wird aufgefordert, für gleiche und faire Wettbewerbsbedingungen zwischen selbstständigen Vertragsärzten und von Kliniken geführten Medizinische Versorgungszentren (MVZ) Sorge zu tragen.

Es muss sichergestellt sein, dass von Kliniken betriebene MVZ sich allein auf Grundlage dort durchgeführter ambulanter Behandlungen wirtschaftlich tragen. Eine Subventionierung von MVZs durch Gewinne aus stationärer Behandlung ist abzulehnen.

Die Notwendigkeit dieser Forderung ergibt sich aus Gründen fairer Chancengleichheit verschiedener Versorgungsstrukturen und -anbieter untereinander aufgrund eines ordnungspolitischen allgemeinen Interesses an einer wirtschaftlich sinnvollen und effizienten Versorgung daraus, dass MVZ nicht primär als Ein- oder Zuweiserportale für Kliniken besonders von Gesundheitskonzernen fungieren, sondern tatsächlich einer Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung dienen sollen.“ Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein begrüßt und unterstützt nachdrücklich diesen Beschluss der Ärztekammer

Antrag: Wolfgang Bartels und Dr. Manfred Weisweiler

## Personale Identität müssen Praxen nicht prüfen

Nach dem Urteil des Bundesgerichtshofes von 2013 zur ärztlichen Freiberuflichkeit sind Ärzte keine Beauftragten der Krankenkassen, sondern grundsätzlich den Patienten verpflichtet. Bereits demnach ist es keine ärztliche Aufgabe zu überprüfen, ob die personale Identität eines Patienten mit den Daten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) übereinstimmt. Dies ist im Gegenteil originäre Verwaltungsaufgabe der Kassen.

Darüber hinaus würde die Verlagerung der Verwaltungsaufgaben auf die Ärzte einen weiteren Bürokratieschub für Arzt- und Not-

dienstpraxen, Medizinische Versorgungszentren, Klinikambulanzen und Krankenhäuser bedeuten.

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein lehnt die Übertragung dieser Verwaltungsaufgabe auf die Ärzteschaft ab. Eine dementsprechende Position ist durch die Repräsentanten der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in den ärztlichen Gremien sowie gegenüber politischen Entscheider und Krankenkassen zu vertreten.

Antrag: Wolfgang Bartels und Dr. Manfred Weisweiler

## Neue Vergütungsübersicht

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein stellt auf ihrer Homepage eine Übersicht zur Verfügung, die zeigt, welche Leistungen welcher Mengenbegrenzung unterliegen. Die Darstellung hat die Vertreterversammlung der KV Nordrhein gewünscht; sie gibt es erstmals für das 4. Quartal 2013. Die Übersicht zeigt die Leistungen der Arztgruppe aufgeschlüsselt nach folgenden Bereichen:

- RLV- und QZV-Leistungen
- freie Leistungen mit Kontingentierung
- freie Leistungen ohne Kontingentierung (in Punkten und in Euro)

- Einzelleistungen (in Punkten und in Euro)
- Förderungswürdige Leistungen

Die Übersicht erstellt die KV Nordrhein für jede Arztgruppe. Sie enthält die von Ärzten der Gruppe erbrachten EBM-Leistungen des jeweiligen Abrechnungsquartals. In der Übersicht wird zur Vereinfachung auf die Buchstabenkennung an der jeweiligen GOP verzichtet. So fehlt der Buchstabe A bei den EBM-Nummern 30300A und 30301A aus dem QZV Neurophysiologische Übungsbehandlung. Auch die Symbolnummern wie Vertragsziffern der Integrierten Versorgung und technische Positionen sind auf die Ziffern reduziert.

## Das leise Ende der Kopfpauschale

Genau 100 Tage nach dem Start der Großen Koalition war der erste Teil der Gesundheitsreform im Kabinett: ein Gesetzesentwurf mit dem sperrigen Titel „GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz“ (GKV-FQWG).

Im Zentrum der Vorlage aus dem Hause von Minister Hermann Gröhe (CDU) steht die Errichtung eines neuen Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Es soll die ambulante und stationäre Qualitätssicherung bündeln und weiterentwickeln – neben dem bestehenden Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).

Hauptaufgabe der neuen Einrichtung: die Behandlungsqualität im Gesundheitswesen für die Versicherten in verständlicher Form sichtbar machen. Beispielsweise durch die Veröffentlichung von vergleichenden Übersichten zur Krankenhausqualität oder durch eine laienverständliche Bewertung der verschiedenen Qualitätssiegel und Zertifikate.

Die Einrichtung wird, wie das IQWiG, durch Zuschläge zu ambulanten und stationären Behandlungen finanziert, also aus Beitragsmitteln. Das Qualitätsinstitut kann auf Anforderung des Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. des Gesundheitsministeriums tätig werden, soll aber auch selbständig Untersuchungen zur Qualitätssicherung und Versorgungsqualität initiieren.

### Schwerpunkt: Finanzreform

Zweiter Schwerpunkt des GKV-FQWG ist die Umsetzung der im Koalitionsvertrag vereinbarten Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Diese bedeutet nicht nur eine Absage an die von Rot-Grün favorisierte „Bürgerversicherung“, sondern auch das Ende der

pauschalen Zusatzbeiträge. Der Gesetzesentwurf bedeutet also das stille Aus einer vieldiskutierten Idee: der „Kopfpauschale“.

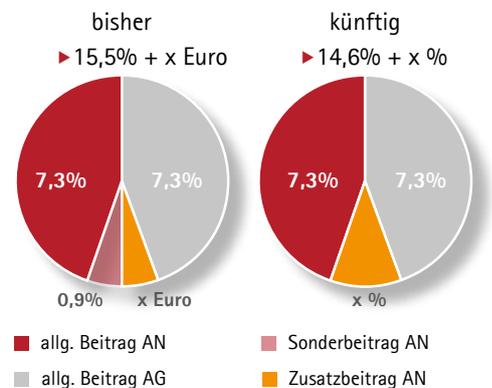
Der allgemeine Beitragssatz zur GKV soll am 1. Januar 2015 von 15,5 auf 14,6 Prozent sinken. Die Gesundheitsexperten der Koalition gehen davon aus,

dass das Gros der Kassen die daraus folgenden Mindereinnahmen – die Rede ist von rund elf Milliarden Euro jährlich – durch Zusatzbeiträge kompensieren wird. Im Gegensatz zur bisherigen Pauschale wird der künftige Zusatzbeitrag einkommensabhängig erhoben. Und er soll an der „Quelle“ einbehalten werden, also direkt mit der Gehalts- oder Rentenzahlung.

In den Augen der GesundheitsökonomInnen sendet der Zusatzbeitrag ein schwächeres „Preissignal“ aus, da er den Versicherten nicht mehr direkt in Rechnung gestellt wird. Die große Koalition hofft, dass sich die Kassen so aus dem „Wettbewerb“ lösen, Zusatzbeiträge zu zahlenden Zusatzbeitrags Mitglieder zu verlieren, waren die Kassen in den vergangenen Jahren kaum bereit, in Versorgungsinnovationen zu investieren.

### Neue Beitragsstruktur

Der GKV-Beitragssatz soll ab Anfang 2015 auf 14,6 Prozent sinken. Dazu kommt ein prozentualer Zusatzbeitrag, der vom Einkommen einbehalten wird.



■ SIMONE GRIMMEISEN

# Ambulante Weiterbildung nutzt allen

Dr. Thomas Fischbach

Die Förderung von Weiterbildungsassistenten in der Allgemeinmedizin war eines der Themen auf der jüngsten Vertreterversammlung der KV Nordrhein (siehe Seiten 2 und 3). Diskutiert wurde über die Zahl der zu fördernden Assistenten und die Effizienz dieser Förderung. Der Solinger Pädiater Dr. Thomas Fischbach, Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte in Nordrhein, fordert, regional zu prüfen, wo sich die Geförderten letztlich niederlassen – und die ambulante Weiterbildung auf alle patientennahen Fächer zu erweitern.

Gerne verweisen Politik und gesetzliche Krankenkassen auf bereits bestehende oder drohende medizinische Unterversorgung insbesondere in ländlichen Regionen und sozial benachteiligten Stadtteilen. Gleichzeitig prangern sie geradezu ritualisiert die vermeintliche Überversorgung vor allem in Städten und an wirtschaftlich attraktiven Praxisstandorten an. Einig sind sich Politik und Kassen auch in einem weiteren Punkt: Abhilfe soll die ärztliche Selbstverwaltung leisten.

Wenn Politiker oder Kassenvertreter von Überversorgung sprechen, meinen sie die ambulante fachärztliche Versorgung. Wenn sie die Unterversorgung thematisieren, beziehen sie sich auf den hausärztlichen Bereich. Unter Hausärzten verstehen beide ausschließlich Allgemeinärzte. Dabei wird deren ambulante Weiterbildung ja bereits seit Jahren finanziell von Kassenärztlichen Vereinigungen (und damit allen Niedergelassenen) und Krankenkassen paritätisch gefördert.

Diese Förderung der Allgemeinmedizin ist erforderlich – auch wenn der Nachweis der Effektivität nach wie vor aussteht. Es

geht aber auch nicht nur ums Geld. Wir benötigen mehr als eine finanzielle Supportierung der Allgemeinmedizin, wir benötigen eine finanzielle Förderung der ambulanten Weiterbildung in allen patientennahen Fächern, zum Beispiel im Bereich der Pädiatrie, der hausärztlichen Inneren Medizin und verschiedenen fachärztlichen Gruppen.

Doch es ist nicht die finanzielle Seite allein, die zu überdenken wäre. In vielen Fachgebieten wie der Kinder- und Jugendmedizin, der konservativen Orthopädie oder Augenheilkunde sind entscheidende Weiterbildungsinhalte im Rahmen der klinischen Ausbildung schlicht nicht mehr erlernbar. Wie soll ein Kinder- und Jugendarzt die praktische Durchführung von Kinderfrüherkennungsuntersuchungen und Impfungen im Krankenhaus erlernen, wo diese Tätigkeiten praktisch nicht mehr vorkommen? Diese präventiven Tätigkeiten machen aber

etwa ein Drittel der täglichen Arbeit in der Kinder- und Jugendarztpraxis aus! Ähnliches gilt für einen Großteil der sozialpädiatrischen

Aufgaben, deren Umfang im Lichte der gesellschaftlichen Entwicklung stetig zunimmt.

**» In vielen Fachgebieten sind entscheidende Weiterbildungsinhalte im Rahmen der klinischen Ausbildung nicht mehr erlernbar.«**

In den Fächern Augenheilkunde und Orthopädie/Unfallchirurgie liegt der Weiterbildungsschwerpunkt im operativen Bereich. Konservative Inhalte bleiben weitgehend auf der Strecke. Kolleginnen und Kollegen dieser Fachgebiete beklagen diese Defizite seit längerem. Trotz der Entschließung, die auf dem Ärztetag im vergangenen Jahr nicht zuletzt auf Initiative des damaligen Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, nach erbitterten und kontroversen Diskussionen zustande kam, hat sich bis heute praktisch nichts getan.

Das liegt an den Partikularinteressen von Klinikvertretern und leider auch von einigen Verbänden der Niedergelassenen. Das Totschlagargument gegen die Einführung eines ambulanten Weiterbildungsabschnitts in die Musterweiterbildungsordnung ist die bisher nicht geregelte Finanzierung. Ohne Finanzierung keine Zustimmung – das war und ist das Credo des Marburger Bundes.

Einen obligatorischen ambulanten Weiterbildungsabschnitt lehnt der Marburger Bund ab, da nicht alle Weiterzubildenden in der ambulanten Patientenversorgung tätig würden. Das ist richtig, doch würde es einem klinisch tätigen Facharzt sicher nicht schaden, wenn er die praktische Arbeit der Niedergelassenen zumindest in groben Zügen kennen würde. Viele spätere Missverständnisse und Är-

gernisse im Umgang miteinander ließen sich auf diese Weise vermeiden.

Natürlich muss die Finanzierung einer solchen ambulanten Weiterbildung analog zur klinischen Weiterbildung beziehungsweise analog zur heutigen Förderung in der Allgemeinmedi-

zin gesichert sein. Hier hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Finanzierung über den Gesundheitsfonds gefordert.

Zu recht! Ebenso

muss verbindlich geregelt sein, dass der ambulante Weiterbildungsassistent analog zum Krankenhaustarif vergütet wird. Ich bin mir sicher, dass bei gutem Willen eine vernünftige Regelung gemeinsam mit der Politik möglich wäre. Dazu müssen jedoch alle von ihrem hohen Ross herabsteigen. Weiterbildungsbefugte haben wir genug.

■ DR. THOMAS FISCHBACH



Der Pädiater Dr. med. Thomas Fischbach ist Delegierter in der Vertreterversammlung der KV Nordrhein. Er fordert, die ambulante Weiterbildung in allen „patientennahen Fächern“ zu fördern.

## „Allgemeinmedizin stärker gewichten“

Hermann Gröhe, der neue Bundesgesundheitsminister, ist in direkter Nachbarschaft zur Hauptstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zuhause. Der Neusser hat im Rhein-Kreis seinen Wahlkreis als Bundestagsabgeordneter und ist vor Ort sehr präsent. KVNO aktuell wollte vom Minister wissen, wie er die drängendsten Fragen aus nordrheinischer Sicht angeht – und warum er unbedingt eine Terminservicestelle schaffen will.

*Herr Minister, im Koalitionsvertrag wird angekündigt, dass geprüft werden soll, ob sich die beträchtlichen Unterschiede in der ärztlichen Vergütung innerhalb der Bundesrepublik begründen lassen – und wie unbegrün-*

*prüfen, ob sich Unterschiede in der ärztlichen Vergütung durch Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur begründen lassen und wie unbegründete Unterschiede aufgehoben werden können. Ich freue mich, dass die KV Nordrhein bereits eigene Lösungsvorschläge gemacht hat. Ihre Ideen werden wir mit weiteren Aspekten und dem dazu ergangenen Urteil des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt diskutieren müssen. Zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung wollen wir noch in diesem Jahr gesetzliche Regelungen auf den Weg bringen.*



Hermann Gröhe (CDU) ist seit Dezember 2013 Bundesgesundheitsminister. Zuvor war der 53-Jährige mehr als vier Jahre lang Generalsekretär der CDU. Gröhe ist seit 1994 Mitglied des Deutschen Bundestages. Der gebürtige Uedemer (Niederrhein) ist verheiratet und hat vier Kinder.

*dete Unterschiede aufgehoben werden können. Sie haben uns bereits mitgeteilt, dass Sie dieses Thema im Auge behalten wollen, zumal Ihnen als Nordrhein-Westfale kaum gefallen wird, dass ein Neusser Arzt für die gleiche Leistung schlechter bezahlt wird als sein Kollege in Norderstedt. Wie wollen Sie die Schieflage beenden?*

Wir wollen eine flächendeckende, bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung auch in Zukunft sicherstellen. Dazu gehört natürlich auch eine angemessene Vergütung der Ärztinnen und Ärzte. Deshalb ist es richtig, dass wir

*Die Koalition plant, das Thema Wartezeiten beim Facharzt anzugehen und denkt dabei an eine neue Servicestelle für Patienten. Woher nehmen Sie die Erkenntnis, dass die Wartezeiten ein so gravierendes Problem darstellen – und warum wollen Sie das Problem mit einem Instrument angehen, das voraussichtlich bürokratisch und teuer für die Ärzte wird?*

Überlange Wartezeiten sind nicht die Regel, aber leider auch kein Einzelfall. Das zeigen uns sowohl Studien als auch Versichertenbefragungen. Wir müssen die Sorgen der Menschen vor einer unterschiedlichen Qualität privater und gesetzlicher Versicherungsleistungen überzeugend entkräften. Schließlich gehört es zum Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, dass auch gesetzlich Versicherte schnell einen Termin bekommen. Ich freue mich, wenn die Ärzteschaft jetzt durch eigene Vorschläge zur Verbesserung beiträgt. Dann werden die Servicestellen ja wenig zu tun haben. Gibt es

dennoch Probleme, sollen künftig die Termin-Servicestellen helfen. Mir ist wichtig, dass jeder Versicherte weiß: Es gibt eine Telefonnummer, die ich anrufen kann, wenn es gar nicht klappt mit dem Termin beim Facharzt.

*Der sich abzeichnende Ärztemangel ist besonders in ländlichen Regionen ein Thema, das uns in einigen Jahren Probleme bereiten wird, wenn sich nicht mehr Absolventen in der Medizin für den Beruf des Hausarztes und die Niederlassung entscheiden. Wie planen Sie der drohenden Unterversorgung entgegenzuwirken – und wie wollen Sie die Universitäten dazu bewegen, mehr Ärzte für die Niederlassung auszubilden?*

Wir haben schon in der letzten Wahlperiode die Möglichkeit geschaffen, durch finanzielle Anreize eine bessere Versorgung in strukturschwachen Gebieten zu schaffen. Zum 1. April ist ein weiteres Gesetz in Kraft getreten, mit dem wir die Hausarztverträge auch mit Blick auf die Vergütung dauerhaft attraktiv gestalten. Außerdem wurden mit der neuen Bedarfsplanung neue Hausarztsitze ausge-

wiesen. Die Stellen müssen aber auch besetzt werden. Deshalb ist es so wichtig, dass die Länder ausreichend Studienplätze für Medizin zur Verfügung stellen und die Allgemeinmedizin im Studium stärker gewichten. Gemeinsam mit den Ländern wollen wir einen Masterplan Medizinstudium 2020 entwickeln.

*Haben Sie noch weitere Maßnahmen auf der Agenda, um dem drohenden Ärztemangel zu begegnen?*

Ja. Die Förderung im Bereich der Weiterbildung für angehende Allgemeinmediziner soll erhöht werden. Darüber hinaus sollen künftig arztgruppengleiche Medizinische Versorgungszentren – beispielsweise ein „Hausarzt-MVZ“ – helfen können, die Versorgung gerade auf dem Land zu verbessern. Das kommt auch den Erwartungen junger Ärztinnen und Ärzte in Sachen Arbeitszeit und Vereinbarkeit von Familie und Beruf entgegen. Und wir müssen die jungen Frauen und Männer davon überzeugen, dass der ländliche Raum – abgesehen von verbesserten Vergütungsanreizen – ein toller Arbeitsort ist. ■ DIE FRAGEN STELLTE DR. HEIKO SCHMITZ

## Die Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit

An der Spitze des Hauses steht Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU). Die parlamentarischen Staatssekretärinnen Ingrid Fischbach und Annette Widmann-Mauz vertreten den Minister im politischen Bereich und in bestimmten Fachbereichen. Ingrid Fischbach war von 2009 bis 2013 stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und unter anderem für die Themenbereiche Familie, Senioren und Arbeit und Soziales zuständig. Annette Widmann-Mauz gehört seit Dezember 2012 dem Bundesvorstand der CDU an. Sie war bereits seit 2009 – unter Philipp



Annette Widmann-Mauz



Lutz Stroppe



Ingrid Fischbach

Rösler und Daniel Bahr – Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, 2013 wurde sie erneut ernannt. Beamteter Staatssekretär ist Lutz Stroppe, der frühere Büroleiter von Helmut Kohl. Er war von 2012 bis 2014 Staatssekretär im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Neue Drogenbeauftragte ist die Bundestagsabgeordnete Marlene Mortler. Staatssekretär Karl-Josef Laumann, der frühere NRW-Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales, hat das Amt des Patientenbeauftragten und Pflegebevollmächtigten übernommen.

© Bundesregierung/Steffen Kugler (links und Mitte), Laurence Chaperon (rechts)

## Konsens auf Abruf

Vier Monate nach Unterzeichnung des Koalitionsvertrags der Bundesregierung hat sich die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf ein gemeinsames Positionspapier verständigt. Der Katalog fasst die zentralen Forderungen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten an die Politik zusammen.

Es war die erste Bewährungsprobe nach seiner Wahl zum KBV-Chef. Dr. med. Andreas Gassen hat sie genutzt. „Wir müssen als KV-System sprach- und handlungsfähig werden“, sagte Gassen nach einer Marathonsitzung der KBV-Vertreterversammlung am 21. März in Berlin. Hier hatten sich die Delegierten auf ein Positionspapier verständigt.

### Politik hat Fakten geschaffen

Das Papier wurde mit klarer Mehrheit beschlossen. So bekam der neue KBV-Vorsitzende eine Basis für seine Gespräche mit der Bundespolitik. Gassen nannte sechs Punkte aus dem Koalitionsvertrag, die es zu verhindern oder wenigstens zu modifizieren gelte. Dazu gehören eine pauschale Öffnung

der Krankenhäuser in unterversorgten Regionen, bei der es mindestens eine Mengenbegrenzung geben müsse, die Soll-Bestimmung beim Aufkauf von Arztpraxen bei Überversorgung und die Errichtung von Medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen.

Man darf Gassen zutrauen, dass er den Spagat zwischen In-

teressensvertretung und Kompromissbereitschaft hinbekommt. Das zeigte sich bei der Diskussion um die Wartezeitendebatte. Einerseits stellte er fest, dass darin die Existenz einer Zwei-Klassen-Medizin behauptet werde, „die es de facto nicht gibt“. Andererseits kritisierte der KBV-Chef die Vertreterversammlung, nachdem diese beschlossen hatte, dass sich die Politik gar nicht einzumischen habe. „Mit einer solchen Absage an jeden Kompromiss sind mir die Hände gebunden.“

### Begrenztes Geld, begrenzte Leistung

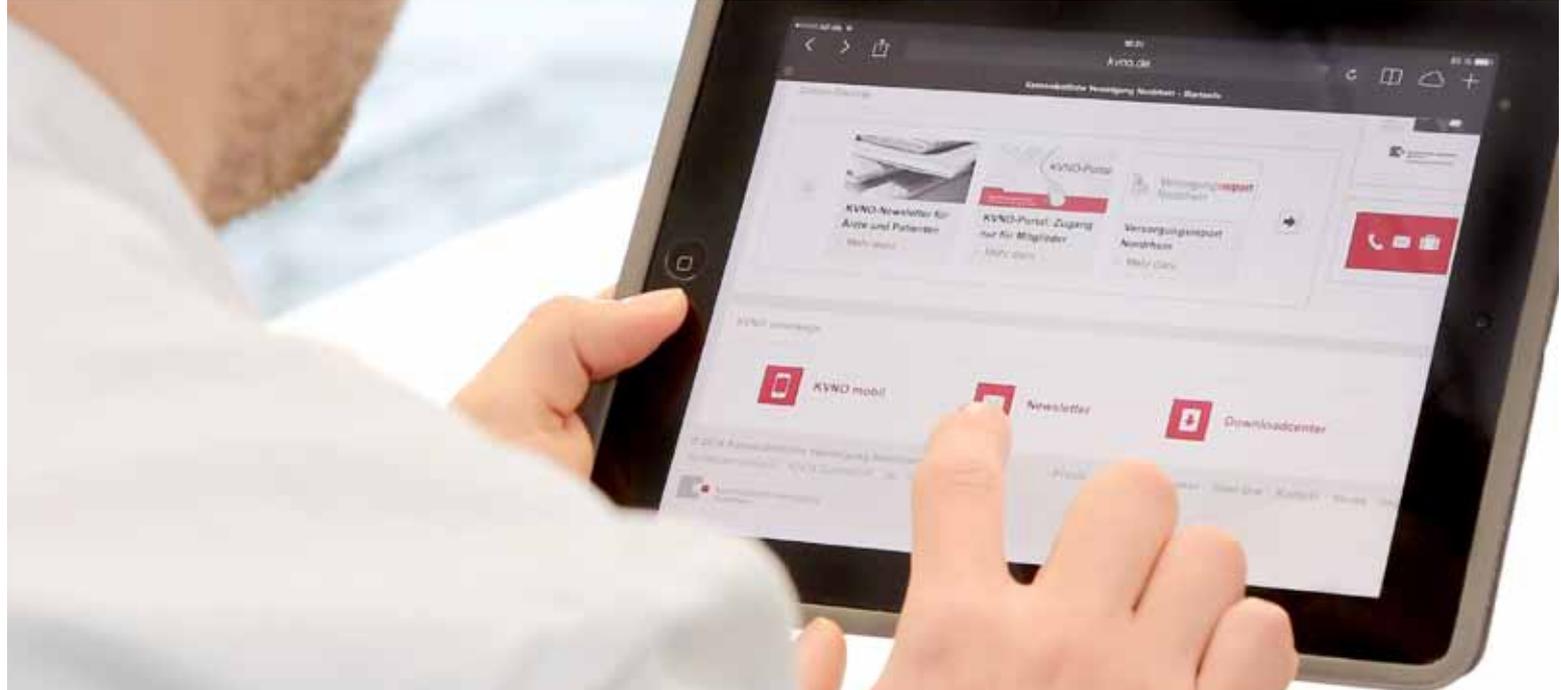
Die Richtschnur für die grundsätzliche Positionierung der Vertragsärzte bleibt das Acht-Punkte-Programm aus dem Jahr 2012. Zu den Bedingungen für die weitere Übernahme des Sicherstellungsauftrags durch die KVen gehören unter anderem die Wiederherstellung der diagnostischen und therapeutischen Freiheit und die Abschaffung versorgungsfremder Mengensteuerungen und das Aus für Regresse bei veranlassten Leistungen.

Auch die Honorierung bleibt auf der Agenda: „Wir werden unsere Strategie bei den Honorarverhandlungen ändern müssen, so lange die Krankenkassen auf die Selbstausschöpfung der Ärzteschaft setzen“, sagte Gassen. „Begrenztes Geld muss künftig auch begrenzte Leistung heißen.“ Die jüngsten EBM-Reformen seien eine reine Umverteilung gewesen. „Ein zu kleines Haus bleibt ein zu kleines Haus. Egal, wie oft man es umbaut.“

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Zeigt sich als neuer KBV-Chef angriffslustig: Dr. Andreas Gassen





## Neues auf den Punkt gebracht

Besser informiert mit den Newslettern der KV Nordrhein

### ■ KVNO-Ticker

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

---

### ■ Praxis & Patient

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

---

### ■ VIN – Verordnungsinfo Nordrhein

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

---

### ■ IT in der Praxis

Für Mitglieder der KV Nordrhein und Softwarehäuser, die Informationen über den Praxiscomputereinsatz wünschen.

---

### ■ Internet

Der Newsletter zeigt, welche Dokumente und Rubriken aktuell das Internet-Angebot der KV Nordrhein ergänzen.

---

### ■ D2D

Infos für Nutzer der Telematik-Plattform D2D und Interessierte. D2D ermöglicht viele Kommunikations-Anwendungen.

---



Engagiert für Gesundheit.

Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein



[www.kvno.de](http://www.kvno.de)

## Nachweisfrist endet am 30. Juni 2014

Der Countdown läuft. Bis zum 30. Juni 2014 sind mehr als 10.000 Vertragsärzte und ca. 1.500 Psychotherapeuten zum zweiten Mal aufgefordert, gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein den Nachweis über die Fortbildung zu erbringen. Hintergrund ist die seit 2004 im Sozialgesetzbuch V in Paragraph 95d verankerte Pflicht für Ärzte und Psychotherapeuten, ihre Fortbildung nachzuweisen.



Nur noch bis Ende Juni hat die Mehrzahl der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten Zeit nachzuweisen, dass sie in den vergangenen fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte gesammelt haben.

In der zum 1. Juli 2004 eingeführten Fortbildungsverpflichtung sind alle zugelassenen, angestellten und ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten dazu verpflichtet, an regelmäßigen Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen und dies gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen. Für diejenigen, die vor dem 30. Juni 2004 bereits zugelassen waren, begann der erste Nachweiszeitraum am 1. Juli 2004 und endete am 30. Juni 2009. Der zweite Fünfjahreszeitraum begann am 1. Juli 2009 – und endet nun am 30. Juni 2014.

**Bei 250 Punkten Zertifikat beantragen**  
Die Fortbildungspflicht ist erst dann erfüllt, wenn die betreffenden Ärzte und Psychotherapeuten innerhalb des jeweiligen Fünfjahreszeitraums nachweisen, dass sie 250 Fortbil-

dungspunkte erworben haben. Entscheidend ist der Nachweis dieser Punkte – nicht der bloße Erwerb.

Sind die 250 Punkte erreicht, können die Vertragsärzte und -psychotherapeuten bei der Ärztekammer beziehungsweise der Psychotherapeutenkammer ein Zertifikat beantragen. Der Antrag steht beispielsweise auf der Internetseite der Ärztekammer Nordrhein zum Herunterladen bereit. Ob genügend Punkte gesammelt wurden, kann bei der zuständigen Kammer abgefragt werden.

Die Kammern übermitteln die Fortbildungszertifikate elektronisch direkt an die KV Nordrhein, sofern die Ärzte und Psychotherapeuten dieser Übermittlung zustimmen. Fehlt dieses Einverständnis, dürfen die Kammern aus Gründen des Datenschutzes keine Mitteilung machen. In diesem Fall müssen die Ärzte und Psychotherapeuten das Fortbildungszertifikat selbst an die KV Nordrhein weiterleiten. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, der KV Nordrhein Einsicht in das Punktekonto der Ärztekammer zu gewähren.

**Nachweis auch vor Fristende möglich**  
Der Nachweis kann innerhalb der Fünfjahresfrist zu jedem Zeitpunkt eingereicht werden. Also auch vor Ablauf der Frist. Häufig wird angenommen, dass damit ein neuer Fünfjahreszeitraum in Gang gesetzt wird. Dies stimmt jedoch nicht, da Beginn und Ende des Nach-



weiszeitraumes gesetzlich festgelegt sind. Auch können Fortbildungspunkte, die zwischen dem vorzeitigen Nachweis und dem offiziellen Ende des Nachweiszeitraumes erworben wurden, weder nachträglich berücksichtigt noch auf den nachfolgenden Zeitraum angerechnet werden.

Die 250 notwendigen Punkte sollten innerhalb der Fünfjahresfrist kontinuierlich erworben werden. So will der Gesetzgeber sicherstellen, dass Ärzte und Psychotherapeuten sich regelmäßig fortbilden – und ihre Patienten nach dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse behandeln können.

### **Ausnahmeregelung**

Ein Ruhen der Zulassung oder ein zeitweiliger Verzicht auf die Zulassung unterbricht den Fünfjahreszeitraum. In diesem Falle verlängert sich der Zeitraum um die Anzahl der Fehltage.

Bei Krankheit, Schwangerschaft oder Elternzeit genügt ein formloser Antrag auf Verlängerung des Nachweiszeitraums. Dabei können nur die Zeiträume berücksichtigt werden, in denen die vertragsärztliche beziehungsweise vertragspsychotherapeutische Tätigkeit länger als drei Monate am Stück nicht ausgeübt werden konnte. Zusammen mit dem Antrag muss ein Nachweis über den Fehlgrund beigelegt werden. Im Falle von Krankheit ist das eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, bei einer Geburt die Geburtsurkunde des Kindes.

### **Honorarkürzung bei Fristversäumnis**

Wird der Fortbildungsnachweis gegenüber der KV Nordrhein nicht oder nicht rechtzeitig erbracht, ist diese verpflichtet, Honorarkürzungen vorzunehmen. Diese Kürzung beträgt in den ersten vier Quartalen nach Ende des Fünfjahreszeitraums zehn Prozent, ab dem fünften Quartal 25 Prozent.

Die Kürzungen enden nach Ablauf des Quartals, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis erbracht wird. Das bereits gekürzte Honorar kann jedoch nicht zurückgefordert werden. Zudem kann das nachgereichte Zertifikat nicht auf den folgenden Fünfjahreszeitraum angerechnet werden, obwohl es in dieser Frist erst ausgestellt wird. Es ist nur möglich, die Fortbildung binnen zwei Jahren – oder acht Quartalen – nach Ende des versäumten Fünfjahreszeitraums nachzuholen. Liegt der notwendige Nachweis dann immer noch nicht vor, muss die KV Nordrhein einen Antrag auf Entziehung der Zulassung beziehungsweise auf Widerruf der Ermächtigung oder der Anstellungsgenehmigung stellen.

■ JENNIFER MATTEI

Der Besuch von zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen ist eine Möglichkeit, Fortbildungspunkte zu erwerben. Aber auch für die Lektüre wissenschaftlicher Arbeiten oder die Teilnahme an Qualitätszirkeln gibt es Punkte.

### **Kontakt**

Wenn Sie Fragen zum Fortbildungsnachweis haben, wenden Sie sich bitte an:

**Jennifer Mattei**  
Telefon 0211 5970 8388

**Ilma Reißner-Gislason**  
Telefon 0211 5970 8110

**Eva-Lotte Stens**  
Telefon 0211 5970 8775

Telefax 0211 5970 9989  
E-Mail [fortbildung95d@kvno.de](mailto:fortbildung95d@kvno.de)

## Impfpässe beim DGK bestellen

Internationale Impfausweise können Sie über das Deutsche Grüne Kreuz bestellen. 50 Stück kosten 28,56 Euro (inklusive MwSt.), 100 Stück 49,98 Euro. Dazu kommen Versandkosten von 4,50 Euro. Ab 100 Euro Bestellwert ist die Bestellung innerhalb Deutschlands versandkostenfrei.

Bestellservice

Telefon 06421 2930

Telefax 06421 293 170 oder 187

E-Mail [kundenservice@dgk.de](mailto:kundenservice@dgk.de)

Internet [www.shop.dgk.de](http://www.shop.dgk.de)

## Beileger zu häuslicher Krankenpflege

Da uns immer wieder Nachfragen zur Verordnung häuslicher Krankenpflege erreichen, finden Sie in dieser Ausgabe von KVNO aktuell einen Beileger mit wichtigen Informationen. Der Beileger enthält grundsätzliche Hinweise zur Verordnung und zum Ausfüllen sowie das Verordnungsformular häusliche Krankenpflege mit Tipps, an welchen Stellen Sie Eintragungen vornehmen müssen.

## Unterstützung für Windows XP und Office 2003 endet

Microsoft hat den Support für das Betriebssystem Windows XP und für die Anwendungssoftware Office 2003 zum 8. April beendet. Praxen, die diese Software verwenden, sollten ihre Daten möglichst auf ein modernes Betriebssystem übertragen. Dazu rät das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik. Bitte wenden Sie sich zunächst an Ihren Praxisverwaltungssystem-Hersteller oder EDV-Betreuer, um Kompatibilitätsschwierigkeiten auszuschließen.

*Die Informationen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik finden Sie unter [www.bsi-fuer-buerger.de](http://www.bsi-fuer-buerger.de) | **KVJ 140516***

## eGK und KVK einlesbar

Nach wie vor kommt es durch Medienveröffentlichungen bei Fragen zur Gültigkeit der Versichertenkarten zu Unsicherheiten. Deshalb hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung den Herstellern von Praxisverwaltungs-Software mitgeteilt, dass das Einlesen und Verarbeiten von Daten auf der Krankenversichertenkarte (KVK) und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) bei bestehendem Versicherungsschutz uneingeschränkt möglich sein muss.

## Nur DXA-Verfahren als GKV-Leistung zulässig

Vertragsärzte, die über eine Genehmigung zur Osteodensitometrie verfügen, dürfen diese als GKV-Leistung nur mittels DXA-Verfahren durchführen. Verfahren, wie die Computertomographie (CT) bei der Diagnostik, sind ausgeschlossen. Eine Überweisung zur Knochendichtemessung mittels CT ist als GKV-Leistung ebenfalls nicht möglich.

Ärzte mit Genehmigung zur Osteodensitometrie, die über ein zugelassenes DXA-Gerät verfügen, müssen den GKV-Versicherten diese Leistung anbieten. Abrechnen können Sie diese Leistung nach den EBM-Nummern 34600 und 34601. Ein Verzicht auf die Genehmigung mit dem Ziel der Privatliquidation ist nicht möglich.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte im Februar 2013 die Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden um die Osteodensitometrie mittels zentraler DXA zur Optimierung der Therapie-Entscheidung für eine spezifische medikamentöse Therapie der Osteoporose erweitert. Damit wurde einerseits eine Ausweitung der Indikation zur Osteodensitometrie beschlossen, andererseits wurde das Verfahren zur Durchführung der Osteodensitometrie auf die zentrale Dual-Energy-X-ray-Absorptiometrie (DXA) eingeschränkt.

# Sachkosten bei ambulanten Operationen

Ärzte, die ambulante Operationen und stationersetzende Eingriffe (nach Paragraph 115 b Absatz 1 des fünften Sozialgesetzbuchs) durchführen, können Sachkosten separat abrechnen. Das betrifft all die Materialien, die weder in den berechnungsfähigen Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (Kapitel 7.3 Allgemeine Bestimmungen) gelistet sind noch über den Sprechstundebedarf bezogen werden können.

Die operativen Prozeduren (OPS) sind bis zur jeweils letzten Stelle zu verschlüsseln. Die OPS-Schlüssel müssen im Anhang 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) aufgeführt sein, nur sie gehören zur vertragsärztlichen Versorgung. Kollagenmeniskus-Implantate zum Beispiel sind dort nicht aufgeführt – den Eingriff und die Sachkosten zahlen die gesetzlichen Kassen somit nicht.

## Allgemeine Regelungen

Kosten, die in EBM-Leistungen bereits enthalten sind	Artikel, die in den ärztlichen Leistungen (Abschnitt 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs, kurz: EBM) enthalten sind, sind nicht zusätzlich zur ärztlichen Leistung berechnungsfähig. Hierzu zählen vor allem: Allgemeine Praxiskosten, Kosten für Einmalartikel, Kosten für Filmmaterial, Reagenzien, Substanzen und Materialien für Laboruntersuchungen, Versand- und Transportkosten sowie Kosten, die durch die Anwendung ärztlicher Instrumente und Apparaturen entstehen.
Kosten, die nicht berechnungsfähig sind	Kosten für das Versenden oder den Transport von Untersuchungsmaterial dürfen Ärzte nicht berechnen (Abschnitt 7.2 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM). Das gilt auch für das Übermitteln von Untersuchungsergebnissen innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums, einer (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaft, Betriebsstätten derselben Praxis, einer Apparate- bzw. Laborgemeinschaft oder eines Krankenhausgeländes.
Berechnungsfähige Kosten	Die berechnungsfähigen Sachkosten sind nicht in den EBM-Gebührenordnungspositionen enthalten; es handelt sich um all die Kosten, die nicht von den Abschnitten 7.1 und 7.2 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM umfasst sind. Diese Sachkosten können Ärzte zusätzlich zur ihrer Leistung berechnen, indem sie die Kosten auf dem Abrechnungsschein angeben. Die einzureichenden Unterlagen oder Originalrechnungen müssen mindestens folgende Angaben beinhalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Name des Herstellers bzw. Lieferanten</li> <li>▪ Produkt-/ Artikelbezeichnung (inklusive Artikel- und Modellnummer)</li> <li>▪ Versichertennummer des Patienten</li> </ul> Ob weitere Angaben erforderlich sind (z. B. GOP, ICD-10-Codes), entscheidet die KV Nordrhein als rechnungsbegleichende Stelle. Die Praxen stellen die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung. Gewährte Rückvergütungen wie Preisnachlässe sind also weiterzugeben.

## Spezielle Regelungen

Kosten für Implantate	Implantate verbleiben im Körper des Patienten und sind zusätzlich zur ärztlichen Leistung berechnungsfähig (Abschnitt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM). Auch Einmalinstrumente sind berechnungsfähig, wenn ein Implantat nur mit diesen Instrumenten eingebracht werden kann und diese nicht in wiederverwendbarer Form zur Verfügung stehen.
Implantate bei rekonstruktiven Bandersatzoperationen	Bei rekonstruktiven Bandersatzoperationen sind die Kosten für Implantate bis zu einer Höhe von 25,56 Euro in den EBM-Nummern 31141 bis 31147 enthalten. Lediglich darüber hinausgehende Implantatkosten sind berechnungsfähig. Dies betrifft die OPS-Schlüssel für arthroskopische Eingriffe.
Kosten für Sets	Kosten für Sets sind nur dann zusätzlich zur ärztlichen Leistung berechnungsfähig, wenn alle in dem Set enthaltenen Produkte zusätzlich berechnungsfähig sind. Praxen sollten die im Set enthaltenen Produkte mit Namen und Preis listen, damit zusätzlich berechnungsfähige Kosten erstattet werden können.
Kostenpauschalen bei endoskopischen Gelenkeingriffen	Die für endoskopische Gelenkeingriffe (EBM-Nummern 31141 bis 31147) erforderlichen Materialien sind bei Abrechnung der EBM-Nummern 40750 bis 40754 erstattungsfähig. Folgende Materialien sind unter anderem in den Kostenpauschalen enthalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Shaver Blades (zum Beispiel Full-Radius Resector, Knorpeltrimmer und Lateral Cutter)</li> <li>▪ Spick-/Passierdraht mit Bohrer (bei Kreuzbandoperationen)</li> <li>▪ Arthroskopielösungen</li> </ul>
Rotatorenmanschettennaht	Die Kosten für Schulteranker sind zusätzlich zum Implantat berechnungsfähig. Das gilt auch für nötige Spezialinstrumente zum Einbringen der Anker, wenn diese nicht in wiederverwendbarer Form verfügbar sind.
Einmalrektalkatheter	Kosten von Einmalrektalkathetern bei der Urodynamik sind zusätzlich zur ärztlichen Leistung berechnungsfähig.

**Fragen Sie uns** – Wenn Sie Fragen zur Abrechnung von Sachkosten bei ambulanten Operationen haben, sprechen Sie uns an:

**Bezirksstelle Düsseldorf**  
Iris Heid  
Telefon 0211 5970 8787  
Ingrid Schäfer  
Telefon 0211 5970 8859

**Serviceteam Düsseldorf**  
Telefon 0211 5970 8888  
Telefax 0211 5970 8889  
E-Mail [service.duesseldorf@kvno.de](mailto:service.duesseldorf@kvno.de)

**Bezirksstelle Köln**  
Ursula Ferdinand  
Telefon 0221 7763 6333  
Doris Hardes  
Telefon 0221 7763 6331  
Silvia Koninx  
Telefon 0221 7763 6332

**Serviceteam Köln**  
Telefon 0221 7763 6666  
Telefax 0221 7763 6450  
E-Mail [service.koeln@kvno.de](mailto:service.koeln@kvno.de)

## Vergütung für Rotaviren- Impfung ungeregt

Für die neu in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommene Impfung gegen Rotaviren muss die KV Nordrhein mit den nordrheinischen Krankenkassen noch eine Vergütungsregelung finden. Bislang konnten sich die Vertragspartner nicht auf eine Vergütung verständigen. Die KV Nordrhein empfiehlt, die Impfleistung und den Impfstoff den gesetzlich krankenversicherten Patienten privat in Rechnung zu stellen, bis die Vergütung vertraglich vereinbart ist.

## Bezug von Impfstoffen für Sozialhilfeempfänger

In KVNO aktuell 1+2 | 2014 haben wir über den Leistungsanspruch für Empfänger von Sozialhilfeleistungen informiert, unter anderem auch über den Bezug von Impfstoffen und den Regelungen hierzu. Die Liste mit den Kreisen und Städten, in denen Praxen die Impfstoffe für Sozialhilfeempfänger mit Berechtigungsschein über den Sprechstundenbedarf beziehen können, wurde inzwischen aktualisiert und ist abrufbar unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV | 140518**

## Qualitätssicherung Hörgeräteversorgung

Im Rahmen der Qualitätssicherung Hörgeräteversorgung werden ein Selbst- oder Literaturstudium sowie erworbene Fortbildungspunkte in anerkannten Qualitätszirkeln als Aufrechterhaltungskriterium anerkannt. Eine Selbstauskunft reicht als Nachweis aus.

## Sicherheitshinweis bei Einsatz von Praxis-WLAN

Praxen sollten kabellose, lokale Netzwerke (WLAN) möglichst vermeiden, da nicht die

gleiche Betriebssicherheit und -zuverlässigkeit garantiert werden kann wie mit einer festen Verkabelung. Sollten Praxen ein WLAN einsetzen, darf es nur mit einer Verschlüsselung betrieben werden, die dem Stand der Technik entspricht. Aktuell ist dies eine Absicherung über WPA2. Mehr zum Thema erfahren Sie im Leitfaden der KBV für Anforderungen an Hard- und Software in der Praxis.

Den Leitfaden finden Sie zum Herunterladen unter [www.kbv.de/praxis-it](http://www.kbv.de/praxis-it) | **KV | 140518**

## Neue Schlüssel für mehr Datenschutz

Zum Schutz sensibler Patientendaten werden sowohl Abrechnungsdaten als auch medizinische Dokumentationsdaten für die elektronische Übermittlung verschlüsselt. Damit die neuesten technischen Sicherheitsbedingungen eingehalten werden können, müssen die hierfür notwendigen Schlüssel alle zwei Jahre ausgetauscht werden. Dies steht zum zweiten Quartal wieder an. Innerhalb der Praxisverwaltungs-Software (PVS) läuft der Austausch in der Regel vollautomatisch durch den Softwarehersteller. Bei Problemen wenden Sie sich bitte an Ihren PVS-Anbieter.

## Regelung mit Knappschaft zur künstlichen Befruchtung

Mit der Knappschaft-Bahn-See wurde vereinbart, dass Eheleuten, die beide knappschaftlich versichert sind, ab dem 2. Quartal 2014 der Eigenanteil bei der künstlichen Befruchtung in Rechnung gestellt werden kann – wie bei anderen Kassen auch. Dies bedeutet für die abrechnenden Ärzte in diesem Fall, dass bei der Quartalsabrechnung über die KV Nordrhein nur eine Hälfte des Honorars ausbezahlt wird. In den Fällen, in denen Sie sich für diese Option entscheiden, ist die bisherige Symbolnummer 99666 nicht mehr abzurechnen.

Die Symbolnummer 99666 kann nur abgerechnet werden, wenn die Abrechnung der Leistungen der künstlichen Befruchtung komplett über die KV Nordrhein abgewickelt werden soll, sodass eine Rechnungsstellung an den Patienten entfällt.

## Bundeswehr zahlt künstliche Befruchtung

Ab sofort übernimmt der Bund bei Angehörigen der Bundeswehr Leistungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. Basis für die Abrechnung sind der EBM beziehungsweise die Richtlinien zur künstlichen Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Bitte berücksichtigen Sie folgende Besonderheiten:

### ■ Kostenübernahme

Die Bundeswehr übernimmt nur Kosten für Leistungen, die ihre Soldatinnen oder Soldaten selbst erhalten. Entstehende weitere Kosten, zum Beispiel für einen Partner, der gesetzlich krankenversichert ist, müssen von dessen Versicherung übernommen werden.

### ■ Zuordnung der Leistungen

Für einen Soldaten übernimmt die Bundeswehr die Kosten für Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gewinnung, Untersuchung und Aufbereitung (einschließlich Kapazitation) des männlichen Samens sowie für die unter 12.1 der Richtlinie künstliche Befruchtung genannten Laboruntersuchungen beim Mann. Auch die Beratung des Paares nach Nr. 16 der Richtlinie wird von der Bundeswehr bezahlt.

- Für eine Soldatin übernimmt die Bundeswehr die Kosten für die Beratung des Paares nach Nr. 14 der Richtlinie künstliche Befruchtung sowie für die extrakorporalen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Zusammenführung von Eizellen und Spermazellen.

- Im Gegensatz zu anderen GKV-Versicherten werden 100 Prozent der Kosten durch die Bundeswehr übernommen.

- HIV-Test: Im Einzelfall erforderliche HIV-Tests sind abrechnungsfähig.

- Einzelfallgenehmigungen: Für Maßnahmen, die über die künstliche Befruchtung hinausgehen, etwa für die Kryokonservierung von Spermazellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen, benötigen Sie eine Einzelfallgenehmigung.

- Voraussetzung für die Behandlung von Soldatinnen und Soldaten ist die truppenärztliche Überweisung.

## Serviceteams



Montag bis Donnerstag von 8 bis 17 Uhr, Freitag von 8 bis 13 Uhr.

### Serviceteam Köln

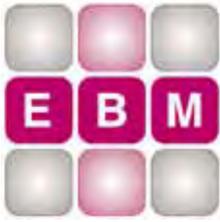
Telefon 0221 7763 6666 Telefax 0221 7763 6450  
E-Mail [service.koeln@kvno.de](mailto:service.koeln@kvno.de)

### Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888 Telefax 0211 5970 8889  
E-Mail [service.duesseldorf@kvno.de](mailto:service.duesseldorf@kvno.de)

### Formularversand

Telefon 02151 3710 00 Telefax 02151 9370 655  
E-Mail [formular.versand@kvno.de](mailto:formular.versand@kvno.de)



## EBM-Nr. 19320: Antigene Zielstruktur angeben

Wer die Nummer 19320 EBM (Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens) abrechnet, muss die Art der antigenen Zielstruktur angeben. Denn zum obligaten Leistungsinhalt zählt die „histologische oder zytologische Untersuchung unter Anwendung eines immunhisto- oder immunzytochemischen Sonderverfahrens (Nachweis von antigenen Strukturen durch definierte immunchemische Reaktionen) unter Angabe der Art der antigenen Zielstruktur(en)“.

Bei der Abrechnungsbearbeitung fällt der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein indes regelmäßig auf, dass die Angabe der Art der antigenen Zielstruktur fehlt. Gespräche mit abrechnenden Ärzten haben allerdings ergeben, dass die Leistung vollständig erbracht und auch in der Karteikarte dokumentiert wird. Auch in ähnlichen Fällen sollten Sie darauf achten, wenn die Leistungslegende im EBM konkrete Angaben bzw. Begründungen erfordert.

## MRSA-Leistungen weiter extrabudgetär

Seit dem 1. April 2014 sind die Leistungen für MRSA-Patienten in den EBM aufgenommen. Sie werden – vorerst befristet bis 2016 – weiterhin extrabudgetär vergütet, zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzung außerhalb

der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Nachfolgend eine kurze Übersicht, was sich für Sie durch die Aufnahme in den EBM ändert und welche Regelungen gelten.

### Eigener EBM-Abschnitt

Die Leistungen zur Untersuchung und Behandlung von MRSA-Patienten wurden in den neuen EBM-Abschnitt 30.12 aufgenommen. Dort finden Sie insgesamt neun MRSA Leistungen mit den Nummern 30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954 und 30956. Die Leistungslegenden finden Sie in der Internet-Fassung.

### Honorierung

Die extrabudgetäre Vergütung zu festen Preisen ohne Mengenbegrenzung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gilt vorerst bis zum 1. April 2016. Danach müssen die Vertragspartner, die KBV und der GKV-Spitzenverband, erneut verhandeln.

### Qualitätssicherungsvereinbarung

Die Abrechnung ist weiterhin an konkrete Voraussetzungen gebunden. Diese werden künftig in der Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA geregelt, die aber noch nicht in Kraft gesetzt ist. Bis dahin gelten die bestehenden Anforderungen weiter. Diese finden Sie jetzt im Anhang zum EBM-Abschnitt 30.12.

### Definition der Risikopatienten bleibt unverändert

Die Patienten müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Der MRSA-Risikopatient muss in den vergangenen sechs Monaten stationär behandelt worden sein (mindestens vier zusammenhängende Tage) und zusätzlich folgende Risikokriterien erfüllen:
  - positiver MRSA-Nachweis in der Anamnese (unabhängig vom Zeitpunkt der Infektion) und/oder
  - zwei oder mehr der folgenden Risikofaktoren:

## Alle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomievertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen. Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | [KV 140520](#)

- chronische Pflegebedürftigkeit (mindestens Stufe 1)
- Antibiotikatherapie in den zurückliegenden sechs Monaten
- liegende Katheter (z. B. Harnblasenkatheter, PEG-Sonde)
- Dialysepflicht
- Hautulkus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen

## Diagnostik und Behandlung

Bei der Diagnostik und Behandlung bleibt es beim bisherigen Ablauf:

- **MRSA-Statuserhebung**
- **MRSA-Sanierungsbehandlung:**  
Kontrollabstriche durchführen; gegebenenfalls Kontaktpersonen untersuchen; dritte Eradikationstherapie nur nach Fallkonferenz

## Qualitätsanforderungen

Zur Abrechnung der Leistungen ist weiterhin eine Genehmigung der KV Nordrhein erforderlich. Wie bisher ist eine Zusatzausbildung Infektiologie und/oder eine MRSA-Zertifizierung notwendig.

Eine Ausnahme sind die Laborziffern 30954 und 39956. Voraussetzung für die Abrech-

nung ist eine Genehmigung der KV für den EBM Abschnitt 32.3.10.

## Evaluation

Die KBV wird die vom Gesetzgeber geforderte Evaluation auch künftig ohne weiteren bürokratischen Aufwand übernehmen. Sie wird auf der Basis der abgerechneten Gebührenordnungspositionen des EBM-Abschnitts 30.12 durchgeführt. Eine zusätzliche elektronische Dokumentation ist daher auch künftig nicht erforderlich.

## Fortbildung

Wenn Sie eine MRSA-Zertifizierung erhalten möchten, stehen zwei Fortbildungsvarianten zur Auswahl. Sie können ein Fortbildungseminar „Ambulante MRSA-Versorgung“ absolvieren. Alternativ können Sie eine Online-Fortbildung mit Lernzielkontrolle nutzen. Informationen zur Online-Fortbildung finden Sie auf der KBV-Internetseite.

*Die KBV stellt unter [www.mrsa-ebm.de](http://www.mrsa-ebm.de) umfangreiche Informationen zu Diagnostik und Behandlung, Umgang mit Antibiotika, Fortbildung, Abrechnung, Vergütung und Merkblätter für Patienten zur Verfügung.*

*Weitere Informationen finden Sie unter [www.rki.de](http://www.rki.de) und bei den MRSA-Netzwerken [www.mrsa-net.org](http://www.mrsa-net.org)*

**KV | 140521**



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

**Kontakt**  
 KV Nordrhein  
 Communication Center  
 Telefon 0211 5970 8500  
 Telefax 0211 5970 9500  
 E-Mail [portal@kvno.de](mailto:portal@kvno.de)

**[www.kvno-portal.de](http://www.kvno-portal.de)**  
 Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

## Austausch ausschließen – auch bei Reimporten

Apotheker müssen auch bei Reimporten das verordnete Medikament abgeben, wenn Aut idem angekreuzt ist. Dies geht aus einem aktuellen Urteil des Sozialgerichts Koblenz hervor. Die Richter bestätigen, dass ein Apotheker Reimport-Arzneimittel nicht austauschen darf, wenn der Arzt das Arzneimittel konkret benennt und den Austausch ausschließt.

Bisher wurden Original und Reimport als gleich angesehen, ein therapeutischer Unterschied nicht anerkannt. Mitunter können sich Reimporte, Parallelimporte oder Originale jedoch voneinander unterscheiden. Sei es in der Zusammensetzung der Hilfsstoffe oder das Original ist eine Fertigspritze und der Reimport beispielsweise eine Trockensubstanz. Wenn ein Arzt aus medizinischen Gründen ein

bestimmtes Präparat wünscht und der Austausch in der Apotheke gegen ein anderes Importarzneimittel ausgeschlossen werden soll, so muss er folgendes angeben:

- eindeutige Bezeichnung des Handelsnamens
- Hersteller oder Importeur
- Aut idem ankreuzen

Bei der Angabe von „Import“ ohne konkrete Nennung des Importeurs kann der Apotheker weiterhin gegen andere Reimporte oder sogar gegen das Original austauschen, wenn ein Rabattvertrag geschlossen wurde. Die KV Nordrhein empfiehlt, die Aut-idem-Regelung nur im Einzelfall anzuwenden. Denn wenn das gewünschte Präparat nicht lieferbar ist, muss der Apotheker den Arzt ansprechen, damit er das Rezept ändert. Das kostet Zeit. ■ HON

### Re- und Parallelimporte

Zu zahlreichen Originalpräparaten werden in Deutschland Re- und Parallelimporte angeboten. Zu einem kleinen Teil werden die Produkte zunächst aus Deutschland exportiert und dann aus dem europäischen Ausland reimportiert. Bei rund 90 Prozent handelt es sich jedoch um Arzneimittel, die im europäischen Ausland produziert und

dann als Parallelimport in Deutschland in den Handel gebracht werden.

Nach dem Arzneiliefervertrag zwischen den Krankenkassen und den Apothekerverbänden müssen Apotheken einen Anteil an Re-/Parallelimporten von mindestens 20 Prozent am Gesamtumsatz der Apotheke erreichen.



## Patienteninfo: Allergien und Reisemedikation

Die Nase läuft, und die Augen tränen. Patienten mit Heuschnupfen leiden vor allem im Frühjahr. Viele von ihnen greifen dann auf frei verkäufliche Antihistaminika mit den Wirkstoffen Loratadin oder Cetirizin zurück. Doch darf ein Arzt diese Medikamente auch auf Kassenrezept verordnen? Und was ist, wenn ein Patient einen längeren Auslandsaufenthalt plant? Darf ein Arzt für diese Zeit Medikamente verschreiben? Antworten auf diese Fragen geben zwei neue Patienteninformationen, die die KV Nordrhein in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen im Rheinland erstellt hat.

Darin wird zum Beispiel erklärt, dass Ärzte nicht rezeptpflichtige Antihistaminika nur im Ausnahmefall auf einem Kassenrezept verordnen dürfen, etwa bei sehr schweren Formen der Nesselsucht oder bei schwerem, lang anhaltendem Juckreiz. Helfen diese Medikamente nicht, kann der Arzt auch verschreibungspflichtige Arzneimittel verordnen, die andere Wirkstoffe enthalten.

Eine weitere Info erläutert die Verordnung von Arzneimitteln für einen längeren Auslandsaufenthalt. Denn wenn gesetzlich Versicherte für längere Zeit im Ausland weilen, ruht der Anspruch auf Leistungen der Krankenkasse.

Allerdings ist nicht eindeutig festgelegt, wie lange ein Auslandsaufenthalt sein kann, für den noch ein Kassenrezept ausgestellt werden darf. Als Faustregel gilt: Für einen dreimonatigen Auslandsaufenthalt sind Verordnungen auf Kassenrezept in Ordnung. Befindet sich ein Patient für ein halbes Jahr oder länger im Ausland, ist eine Verordnung für diesen Zeitraum nicht zulässig – auch nicht mit dem Zusatz „Urlaubsbedarf“. Hier läuft der Arzt Gefahr, einen Regress zu zahlen. ■ HEI



Auch für den Urlaub erhalten gesetzlich Versicherte ihre Medikamente auf Kassenkosten.

Die Patienteninformationen zum Herunterladen finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)

KV | 140523

## Inkontinenzhilfen: Ab mittelgradiger Inkontinenz

Für das Verordnen von Inkontinenzhilfen müssen verschiedene Bedingungen erfüllt werden. So muss zum Beispiel mindestens eine mittelgradige Inkontinenz vorliegen. Vor der ersten Verordnung von Inkontinenzhilfen ist eine Untersuchung durch einen Urologen oder Gynäkologen nötig. Ist dies dokumentiert, können unter Berücksichtigung der medizinischen Verordnungsvoraussetzungen (Aus-

scheidungsmenge beträgt mindestens 100 ml in vier Stunden) auch andere Fachrichtungen Inkontinenzhilfen verordnen. Wenn bereits Inkontinenzhilfen verordnet wurden, können zum Beispiel Hausärzte (unter Beachtung der Diagnosen bzw. des Hilfsmittelverzeichnisses) die Hilfen weiter verordnen.

Mehr Infos im Fragen- und Antwortenkatalog Hilfsmittel unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)

### Kontakt

#### Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail [pharma@kvno.de](mailto:pharma@kvno.de)

#### Hilfsmittelberatung

Telefon 0211 5970 8070

Telefax 0211 5970 8287

E-Mail [patricia.shadiakhy@kvno.de](mailto: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](mailto:margit.karls@kvno.de)

## Tuberkulose als Prototyp-Indikation – Regelungen zur Abrechnung fehlen noch

Die Türen für den neuen Versorgungsbereich öffnen sich nur langsam. Ein Jahr mehr als geplant hat es gedauert, bis die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) starten konnte. Doch nun geht es mit der Tuberkulose los. Pneumologen und Internisten mit der Zusatzbezeichnung Infektiologie können ein interdisziplinäres Team der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bilden und dies beim erweiterten Landesausschuss anzeigen. Doch noch fehlt eine eigene Gebührenordnung für den neuen Bereich.



Im Berliner Tuberkulose-Zentrum wird eine Frau für eine Röntgenaufnahme vorbereitet. An keiner anderen behandelbaren Infektionskrankheit sterben weltweit so viele Menschen wie an Tuberkulose. In Deutschland ist die „Schwindsucht“ die erste Indikation, für die Ärzte Teams der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung bilden können.

Die Tuberkulose ist die zweithäufigste Infektionskrankheit weltweit. Doch mit 4.238 Fällen im Jahr 2012 spielt sie in Deutschland in der Versorgung keine allzu große Rolle. Die Krankheit ist nun aber die erste, die Ärzte im Rahmen der ASV behandeln können (wir berichteten) – und da Verdachtsfälle eingeschlossen sind, steigt das Patientenpotenzial deutlich.

Die Behandlung erfolgt durch interdisziplinäre Ärzteteams in Praxen und Kliniken – auch gemischte Teams sind möglich. Die Kernteams

bilden Pneumologen, Internisten mit Zusatzbezeichnung Infektiologie oder Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie. Das Team muss bestimmte Anforderungen erfüllen, sollte zum Beispiel in einem Jahr 20 Tuberkulosepatienten behandelt haben.

### ASV: Pro und Contra

„Aus rein fachlicher Sicht ist die Tuberkulose für uns ein interessantes Gebiet, schließlich sind die Lungenärzte die Vorgänger der Pneumologen“, sagt Dr. Rainer Schädlich, Vorsitzender des Berufsverbands der Pneumologen in Nordrhein-Westfalen. „Doch die Tuberkulose spielt heutzutage auf dem Land kaum noch eine Rolle“, berichtet der Pneumologe aus Straelen, „in den Ballungsgebieten ist die Morbidität höher. Deswegen ist davon auszugehen, dass sich die Kolleginnen und Kollegen dort intensiver überlegen werden, ob sie in die ASV einsteigen.“

Wer darüber nachdenkt, sich in der ASV zu engagieren, wägt natürlich Aufwand und Ertrag ab. Schädlich gibt zu bedenken, dass allein das Anzeige-Formular 20 Seiten umfasst. „Nur für eine Handvoll Patienten pro Jahr dürfte sich das Engagement deswegen kaum lohnen.“ Eine interessante Option kann die Bildung von Zentren und eine Kooperati-

on mit Krankenhäusern sein – auch aus strategischen Gründen, um etwa den Kliniken das Feld der ASV nicht allein zu überlassen.

Die ASV-Fallzahlen dürften bei der onkologischen Versorgung ganz anders aussehen. Mit den gastrointestinalen Tumoren startet die erste Indikation aus diesem Bereich am 1. Juli 2014. Doch noch gibt es keine eigene Vergütungsordnung für die ASV. Die muss der Erweiterte Bewertungsausschuss festlegen, in dem der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sitzen. Bis sich das Gremium einigt, können Vertragsärzte die ASV-Leistungen nur über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab abrechnen – was die Begeisterung für den neuen Versorgungsbereich erheblich dämpft.

### Option für Onkologen

„Wenn das Honorar am Ende niedriger sein sollte als das Honorar, welches im vertragsärztlichen Bereich durch EBM und Onkologievereinbarung generiert werden kann, dann kann man keinem Kollegen raten, an der ASV teilzunehmen“, sagt Prof. Dr. med. Stephan Schmitz, Vorsitzender des Berufsverbands der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO). Schließlich sei die ASV eine Option – und keine Verpflichtung.

Der Kölner Onkologe sieht einige positive Anzeichen. So habe der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie zu gastrointestinalen Tumoren, neben dem EBM-Ziffernkranz auch neue Leistungen aufgenommen, zum Beispiel Tumorkonferenzen oder die Koordination der Versorgung. „Aber erst wenn die Bewertungen feststehen, können wir beurteilen, ob sich die ASV lohnt“, betont Schmitz. Die ASV sei „work in progress“.

Jeder niedergelassene Onkologe werde sehr genau seine lokale Situation analysieren und dann entscheiden, ob er in die ASV einsteige. Neben der fehlenden Vergütungsregelung stehe

dabei die Frage im Raum, ob die ASV-Leistungen wirklich keiner Mengenbegrenzung unterliegen und extrabudgetäres Honorar erzeugen. „Wir wissen ja noch nicht, wie die Bereinigung berechnet wird – und ob das Morbiditätsrisiko wirklich von den Vertragsärzten zu den Krankenkassen wandert“, gibt Schmitz zu bedenken.

Die Gesamtvergütung soll um die ASV-Leistungen bereinigt werden, das bestimmt das Sozialgesetzbuch V in § 116. Noch gibt es aber keine Vorgaben des Bewertungsausschusses hierzu. Klar ist lediglich, dass die

## Fünf Schritte zur ASV-Teilnahme

### 1. Team bilden

In der ASV übernehmen interdisziplinäre Teams die Behandlung der Patienten. Suchen Sie sich zunächst Kollegen, mit denen Sie zusammenarbeiten wollen. Vereinbaren Sie mit den Teammitgliedern alles Erforderliche für eine Kooperation entsprechend der Richtlinie.

### 2. Teilnahme anzeigen

Steht das Team, folgt die Anzeige beim erweiterten Landesausschuss: Teamleiter und Kernteam reichen mit dem Anzeigeformular gemeinsam ihre Unterlagen ein. Der Ausschuss hat zwei Monate Zeit, die Anzeige zu prüfen. Wenn binnen zwei Monaten ein zustimmender Bescheid ergeht oder keine Ablehnung erfolgt, kann das Team an der ASV-Versorgung teilnehmen.

### 3. ASV-Teamnummer erhalten

Sobald das Team seine ASV-Berechtigung hat, informiert der Teamleiter die ASV-Servicestelle. Das Team erhält dann eine ASV-Teamnummer, die es für die Abrechnung, für Verordnungen und Überweisungen benötigt. Wie die Nummer zu beantragen ist, erfahren Sie unter: [www.asv-servicestelle.de](http://www.asv-servicestelle.de)

### 4. Abrechnung beauftragen

Legen Sie fest, wie Sie Ihre ASV-Leistungen abrechnen möchten: über Ihre Kassenärztliche Vereinigung, direkt mit den Krankenkassen oder über eine andere Stelle, zum Beispiel eine privatärztliche Verrechnungsstelle.

### 5. Starten und Patienten informieren

Sobald Sie und Ihre Teammitglieder die ASV-Berechtigung sowie die Teamnummer haben, können Sie Patienten mit einer ASV-Indikation nach den Anlagen zur ASV-Richtlinie behandeln.

Bereinigung nicht zu Lasten der haus- oder fachärztlichen Grundversorgung gehen darf. Fazit: Pneumologen und Onkologen sehen Chancen in der ASV – aber kein Allheilmittel. Sie bieten die Möglichkeit, bestehende Kooperationen zu verbessern und nachhaltig zu organisieren. Schmitz: „Man kann zum Beispiel Leistungen ohne Zweigpraxis oder ausgelagerte Praxisräume am Ort der Teamleistung erbringen.“

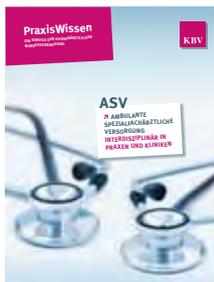
Auf eine attraktive extrabudgetäre Vergütung hofft Schädlich – und dann auch auf weitere ASV-Indikationen: „Wichtig wäre es, wenn in der ASV die Schlafapnoe, komplexe allergologische Krankheiten, das Bronchialcarcinom, die Beatmungstherapie, die Lungenfibrose oder der Alpha-1-Antitrypsin-Mangel aufgegriffen würden.“ Denn sonst könnten nieder-

gelassene Pneumologen diese Indikationen bald kaum mehr behandeln. Einfach, weil es sich nicht rechnet. „Und wenn die Versorgung komplett an die Kliniken wandert – dann wird es unterm Strich deutlich teurer als derzeit“, erklärt Schädlich.

Apropos Kliniken. Eigentlich sollte die ASV für die beschworenen „gleich langen Spieße“ sorgen. Doch die „massive wettbewerbstheoretische Schieflage“ zwischen Praxis und Klinik kann nach Ansicht von Onkologen-Chef Schmitz auch die ASV nicht beseitigen. „Die großen Gesundheitskonzerne und die großen öffentlichen Krankenhäuser konzentrieren alle Leistungen wie Radiologie, Labor, Zytostatika-Handel in einem Profitcenter. Diese Möglichkeit haben wir Vertragsärzte nicht.“

KV | 140526

■ FRANK NAUNDORF



*Die ASV gehört nicht zur vertragsärztlichen Versorgung. Der neue Versorgungsbereich umfasst die Diagnostik und Behandlung von seltenen und schweren Erkrankungen. Hierzu gehören schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (z. B. onkologische und rheumatische Erkrankungen), seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit geringen Fallzahlen (z. B. Tuberkulose und Mukoviszidose) und hochspezialisierte Erkrankungen (z. B. CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen). An der ASV teilnehmen können Fachärzte, Medizinische Versor-*

*gungszentren sowie gegebenenfalls ermächtigte Ärzte und Krankenhäuser, sofern sie die in der ASV-Richtlinie und den jeweiligen Anlagen definierten Anforderungen erfüllen.*

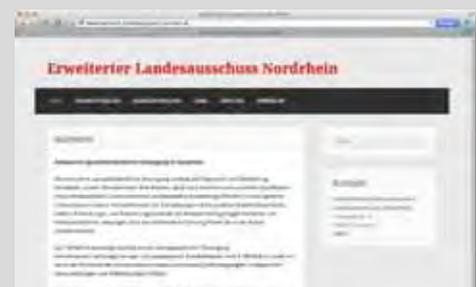
*Die Kassenärztliche Bundesvereinigung informiert auf ihrer Homepage umfassend über die ASV. Dort steht auch die Broschüre zum Herunterladen bereit, die im April mit dem Deutschen Ärzteblatt verschickt wurde. Sie liefert einen guten und schnellen Überblick über das neue Versorgungsangebot: [www.kbv.de/asv](http://www.kbv.de/asv)*

## Der erweiterte Landesausschuss Nordrhein

Wer an der ASV teilnehmen möchte, muss fünf Schritte gehen (siehe Kasten Seite 25). Dazu gehört auch, die Teilnahme an der ASV beim erweiterten Landesausschuss anzuzeigen. Das Anzeigeformular finden Sie auf der Homepage des Ausschusses Nordrhein. Der erweiterte Landesausschuss besteht aus 30 Mitgliedern. Über die Anzeigen befindet sich als sogenannter Entscheidungsausschuss ein Teil der Mitglieder und zwar konkret: zwei Vertreter der Ärzte, zwei Vertreter der Krankenhäuser und vier Vertreter der Krankenkassen.

Erweiterter Landesausschuss Nordrhein  
 Telefon 0211 5970 8446  
 Telefax 0211 5070 8146  
 E-Mail [info@erweiterterLA.de](mailto:info@erweiterterLA.de)

[www.erweiterter-landesausschuss-nordrhein.de](http://www.erweiterter-landesausschuss-nordrhein.de)



## „Auch guten Ärzten passieren Fehler“

Die Beiträge für die Berufshaftpflicht-Versicherungen steigen rasant. Über die Ursachen und das richtige Verhalten im Falle eines Behandlungsfehler-Vorwurfs sprachen wir mit Patrick Weidinger, dem Abteilungsdirektor der Deutschen Ärzteversicherung.

### *Wofür braucht man eigentlich eine Berufshaftpflicht-Versicherung?*

Ich halte die Berufshaftpflicht-Versicherung für die wichtigste Versicherung überhaupt. Schäden aus ärztlichen Fehlern können ohne weiteres drei Millionen Euro kosten. Treffen kann es jeden Arzt und jede Ärztin. Ohne Versicherung würde das den finanziellen Ruin bedeuten. Ganz abgesehen davon, dass dann auch der Patient im Regen stehen würde.

### *In welchen Fällen springt die Versicherung ein? Geht es immer um Behandlungsfehler bzw. Behandlungsfehler-Vorwürfe?*

Die Berufshaftpflichtversicherung deckt Schäden aus der beruflichen Tätigkeit. Dabei ergibt sich der Versicherungsumfang aus der Police und den Versicherungsbedingungen. Allgemein kann man sagen, dass eine Haftpflichtversicherung die Haftung prüft, unberechtigte Ansprüche abwehrt und berechnete Forderungen bezahlt.

### *Der Berufsverband der Chirurgen klagt über explodierende Prämien für die Berufshaftpflicht. Bis zu 60.000 Euro jährlich sollen sich die Prämien für gynäkologisch tätige Belegärzte belaufen. Laufen die Beiträge aus dem Ruder – oder sind nur bestimmte Fachgruppen betroffen?*

Wenn man sich vorstellt, dass die immer teurer werdenden Großschäden Kostentreiber sind, dann ist klar, dass diese Entwicklung alle Fachgebiete betrifft. Man denke nur an den hypoxischen Hirnschaden, der durch anaphylaktischen Schock, durch Anästhesiefehler,



durch unsachgemäße Reanimation und vieles mehr verursacht werden kann. Exponiert ist die Geburtshilfe, wo schwere Schäden alleine schon deshalb Millionen kosten, weil lebenslang Heilbehandlungs- und Pflegekosten zu zahlen sind. Nach Angaben des Gesamtverbands der Versicherungswirtschaft sind diese Aufwendungen zwischen 2003 und 2012 um 80 Prozent gestiegen. Der ‚Durchschnittsschaden‘ im Bereich der Geburtshilfe kostet heute rund 2,6 Millionen Euro – in Einzelfällen wurde aber auch schon deutlich mehr gezahlt.

### *Wie sehen Sie die derzeitige Situation der Hebammen?*

Da müsste ich eigentlich befangen sein. Ich wurde selbst von einer Hebamme zur Welt gebracht und weiß, dass meine Mutter zu ihr über Jahre ein Vertrauensverhältnis hatte. Von daher

Läuft bei der Geburt etwas schief, kann es teuer werden. Im Durchschnitt liegen die Kosten inzwischen bei 2,6 Millionen Euro. Die Prämien für Berufshaftpflicht-Versicherungen sind deswegen stark gestiegen.

tut es mir auch leid, wenn die geburtshilflich tätigen Hebammen ihre Versicherungsbeiträge nicht mehr aufbringen können. Lösen wird man das Problem nur gesamtgesellschaftlich können, zum Beispiel durch eine Anpassung der Vergütung der Hebammen oder durch einen Regressverzicht der Sozialversicherungsträger.



Zur Person:  
Patrick Weidinger (l.) ist Rechtsanwalt und Abteilungsdirektor der Deutschen Ärzteversicherung. Als Dozent ist er für die Deutsche Anwaltakademie und als Lehrbeauftragter für die Hochschule Fresenius tätig. Für seine Publikationen und Vorträge wurde er mit dem Deutschen ArztRechtPreis ausgezeichnet.

Was ich in der jetzigen Diskussion allerdings etwas vermisst, ist die qualifizierte Auseinandersetzung mit den von den Hebammen offenbar verursachten schweren Geburtshilfeschäden und den Maßnahmen, diese für die Zukunft zu vermeiden.

### *Warum müssen Ärzte mehr zahlen? Liegt das an der Schadenshäufigkeit oder den Schadenssummen?*

Wie gesagt sind die schweren Fälle mit lebenslangen Dauerschäden oder gar Todesfällen der wesentliche Grund für den Kostenanstieg. Schwerstgeschädigte haben heute dank der modernen Medizin eine kaum noch eingeschränkte Lebenserwartung, und alleine die Ausgaben für Heilbehandlungs- und Pflegekosten können bis zu 20.000 Euro im Monat betragen. Diese Großschäden können in allen Fachgebieten passieren. Nehmen Sie nur die Fälle der sogenannten unterlassenen Befunderhebung bei Herz- oder Hirninfarkten, in denen Symptomen wie Kältschweißigkeit und Thoraxschmerzen oder stärkste Kopfschmerzen mit beginnender Halbseitenlähmung nicht nachgegangen wird. Das Problem liegt also in den enorm gestiegenen Schadenssummen – und nicht in der Schadenshäufigkeit.

### *Sind wegen des Patientenrechte-Gesetzes noch mehr oder teurere Fälle zu erwarten?*

Das Patientenrechtegesetz schreibt im Wesentlichen bereits lange bestehende Regeln fest. Es

enthält aber auch Risikopotentiale, die man erst in der Zukunft valide einschätzen können. So will das Gesetz, dass der Patient nach einer Behandlung fragen kann, ob es Anhaltspunkte für einen Behandlungsfehler gibt – und der Arzt muss dann über Umstände informieren, die eine solche Annahme stützen könnten. Wie sich das auswirkt, weiß ich zurzeit nicht. Fragen Sie mich in drei Jahren wieder.

### *Gibt es typische Fehler? Sind Aufklärungs- oder Behandlungsfehler häufiger?*

Grundsätzlich überwiegen die Behandlungsfehler. Und ja, es gibt typische Fehler, vor allem aber gibt es typische Schadenester. Schauen Sie das übersehene oder fehlbehandelte Mamma-Karzinom an. Betrachtet man die jährliche Schadenstatistik der Bundesärztekammer, so steht im niedergelassenen Bereich das Mammakarzinom auch nach vielen Jahren immer noch auf einem Spitzenplatz.

### *Was könnten Ärzte tun, um Fehler zu vermeiden?*

Natürlich gehören dazu all die bekannten Dinge wie eine regelmäßige Fort- und Weiterbildung und Kenntnis der Leitlinien, die einen Behandlungskorridor vorgeben. Wichtig ist auch, ein Fehlermelde-System zu implementieren wie beispielsweise CIRS-NRW oder auch die beweisbare Risikoaufklärung und die ordnungsgemäße Dokumentation. Nach meiner Erfahrung kommt aber noch ein Weiteres dazu. Es sind in der Regel gute Ärzte, denen plötzlich ein Fehler passiert. Ich habe dann oft den Satz gehört: „Ich weiß nicht, wie mir das passieren konnte“. Das kann doch nur bedeuten, dass ein Augenblicksversagen vorlag, vielleicht bedingt durch einen Konzentrationsmangel, eine Ablenkung, eine Überlastung oder etwas Ähnliches. Deshalb meine ich, dass der Stressbewältigung bzw. dem mentalen Aspekt der Zentriertheit eine große Bedeutung zukommt.

### *Welche Rolle spielt das Dokumentieren in Haftpflicht-Fällen?*

Vereinfacht ausgedrückt kann man sagen, dass alles, was nicht dokumentiert ist, nicht stattgefunden hat. In Schadensfällen spielen ungenaue oder fehlende Dokumentationen eine Rolle beim Status der Markumarisierung, bei Parästhesien, bei Laborbefunden, bei neurologischen Untersuchungen, beim Schulterdystokie-Manöver und so weiter. Und natürlich auch immer wieder bei der Risikoaufklärung und der Patienteneinwilligung. Deren Beweisbarkeit war auch schon bis zur Geltung des Patientenrechtegesetzes notwendig. Neu ist jetzt die generelle vertragliche Verpflichtung zur Dokumentation von Aufklärung und Einwilligung. Auch wenn der Bundesgerichtshof jüngst eine schlüssige Darlegung der Patientenaufklärung im Arztinteresse hat ausreichen lassen: Das Thema wird wichtig bleiben.

#### *Welche Unterlagen müssen Ärzte auf jeden Fall aufbewahren?*

Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen. Aus meiner Schadenssicht ist natürlich analog der Maximalverjährung besser eine Aufbewahrungszeit von 30 Jahren.

#### *Kennen Sie einen Fall, in dem die Dokumentation nach vielen Jahren noch benötigt wurde?*

Arzthaftpflichtschäden sind Spätschäden, die oft sehr zeitversetzt gemeldet werden. Wenn zum Beispiel eine fehlerhafte Bestrahlungstherapie erst nach zehn Jahren zu einer Armparese führt oder das fehlerhaft eingesetzte Implantat nach acht Jahren frakturiert. Dann ist es natürlich gut, wenn die ärztlichen Dokumentationen noch greifbar sind.

#### *Wie sollten sich Ärzte verhalten, wenn ihnen ein Behandlungsfehler vorgeworfen wird?*

Bei Vorwürfen sollte man sich zunächst einmal klarmachen, dass außer dem Vorhalt als solchem noch nichts Schlimmes passiert ist. Es bestehen noch alle Chancen, den Konflikt

in einem Gespräch oder mit Hilfe des Haftpflichtversicherers außergerichtlich zu klären und zu befrieden. Wenn möglich sollte man dies nutzen und dem Patienten mit Empathie zeigen, dass man an seinem Wohlergehen interessiert ist und gemeinsam mit ihm eine Klärung suchen will, zum Beispiel durch Einschalten der Haftpflichtversicherung und der Gutachter- und Schlichtungsstelle. Ohnehin ist ja jeder Fall dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, auch wenn noch keine konkreten Ansprüche gestellt wurden.

#### *Was ist in Streitfällen noch zu beachten?*

Ein Haftungsanerkennnis in dem Sinne: „Ich bin schuld und komme für den Schaden auf“, sollte man ohne OK der Haftpflichtversicherung nicht abgeben. Das Anerkenntnis ist nämlich ein eigenständiger, zusätzlicher Anspruchsgrund. Der würde den Arzt auch dann zur Zahlung verpflichten, wenn eine Haftung widerlegt ist und die Versicherung nicht eintritt. Außerdem sollten Ärzte bei laufenden Gerichtsfristen sicherstellen, dass die Unterlagen beim Versicherer rechtzeitig ankommen und die Versicherung die notwendigen Veranlassungen getroffen hat, zum Beispiel einen Rechtsanwalt zu beauftragen. Die Verantwortung für die Fristwahrung liegt nämlich beim Arzt. ■ DIE FRAGEN STELLTE FRANK NAUNDORF

## **Berufshaftpflicht: Wieviel zahlen die Ärzte?**

Ärzte müssen immer mehr für ihre Berufshaftpflicht-Versicherung ausgeben. Aber wie hoch sind die Beiträge derzeit? Und wie haben sie sich entwickelt? Dies ermittelt derzeit das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) über eine Online-Befragung, die bis zum 15. April 2014 lief. Die Befragung findet im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen statt.

„Viele Praxen beklagen steigende Ausgaben für Berufshaftpflichtversicherungen und Praxissoftware. Durch Teilnahme an der Umfrage können diese Kosten nun dokumentiert werden“, sagt Dr. Dominik von Stillfried, Geschäftsführer des Zi. Dies sei erforderlich, damit Kostensteigerungen in die Verhandlungen mit den Krankenkassen eingebracht und höhere Honorare durchgesetzt werden können.



# CIRS NRW

Machen Sie mit, helfen Sie mit, lernen Sie mit!

CIRS-NRW ist ein Lern- und Berichtssystem für kritische Ereignisse in der medizinischen Versorgung. Mit Ihrer Teilnahme an CIRS-NRW engagieren auch Sie sich für Sicherheitskultur und Patientensicherheit.

- CIRS-NRW ist:
- freiwillig
  - anonym
  - interaktiv
  - einfach
  - übersichtlich
  - effektiv

[www.cirs-nrw.de](http://www.cirs-nrw.de)



## Qualität als Werbemittel

Die Imagekampagne für den Arztberuf, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen im April 2013 gestartet haben, ist wieder auf allen Kanälen präsent. Dieses Jahr steht die Kampagne ganz im Zeichen der Qualität ärztlichen und psychotherapeutischen Handelns. Unter dem Motto „Lass dich nieder!“ wendet sie sich gezielt an den Nachwuchs.

Die Kampagne läuft insgesamt überaus erfolgreich: Schon nach sieben Monaten kannten knapp 20 Prozent der Deutschen mindestens eines der plakatierten Motive oder Statements der im April 2013 gestarteten Kampagne – besonders den Claim „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“. Jetzt geht die Kampagne in die nächste Runde. In diesem Jahr dreht sich alles um das Thema „Qualität“: von der anspruchsvollen Ausbildung über die Qualitätssicherung und -förderung in den Praxen bis hin zu den Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Mit dabei sind auch Gesichter aus Nordrhein (wir berichteten). Bereits im Februar fand ein Fotoshooting mit Ärzten und Psychotherapeuten in Düsseldorf statt. Das Ergebnis ist seit dem 25. April öffentlich. Kurz vor dem Start der Plakatschaltung, wurden wieder Starterpakete an alle Praxen verschickt – so kann jeder die Kampagne nachvollziehen und selber bewerben, zum Beispiel im Wartezimmer. Zum Infopaket gehörten ein Plakat, mehrere Flyer und ein Terminzettelblock im Kampagnenlook.

### Werben um den Mediziner-Nachwuchs

Eine wichtige Ergänzung zur Imagekampagne bilden ab Mai die Werbe- und PR-Aktivitäten unter dem Motto „Lass dich nieder!“. Das neue Informationsportal [www.lass-dich-nieder.de](http://www.lass-dich-nieder.de) spricht gezielt Nachwuchsmediziner an, um sie für die Niederlassung zu begeistern. Großflächenplakate in Städten mit medizinischen Fakultäten, Anzeigen in Online-Medien, Flyer

und Vor-Ort-Maßnahmen wie Diskussionsrunden sollen dazu beitragen, dass sich Nach-

### Die Kampagne

Im April 2013 starteten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen die Aufklärungskampagne zur Arbeit niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten. Auf Großflächenplakaten in mehr als 200 deutschen Städten, im Kino, im Fernsehen und Online-Medien vermitteln seither Mediziner mit ihren Statements Einblicke in ihren Beruf. Bis 2017 soll auf die Attraktivität und die Arbeitsbedingungen der Mediziner und Therapeuten hingewiesen werden – informativ, witzig, charmant und frech. Das Gesamtbudget beläuft sich auf etwa 15 Millionen Euro. Alle Motive und weitere Informationen zur Kampagne gibt es unter [www.ihre-aerzte.de](http://www.ihre-aerzte.de)



## Wege aus der Demografie-Falle

Rund 900 Teilnehmer haben sich nach Angaben des Veranstalters beim achten „Gesundheitskongress des Westens“ Anfang April in Köln zwei Tage lang vor allem über den Bedarf, die Suche und die Ausbildung von Fachkräften in Gesundheitsberufen ausgetauscht. Prominentester Redner der diesjährigen Veranstaltung war Extrembergsteiger Reinhold Messner.



Großer Andrang bei Reinhold Messner: Der Extrembergsteiger erklärte anhand seiner Expeditionen, wie wichtig Personal für den Erfolg ist.

Der Südtiroler referierte zur Kongresseröffnung über das Thema „Personal und Risikomanagement“ und füllte damit den großen Saal im Gürzenich bis auf den letzten Platz. Eindrucksvoll beschrieb er zahlreiche seiner Expeditionen und betonte dabei, wie wichtig gutes Personal und Team-

work für eine erfolgreiche Unternehmung ist. „Es sollte derjenige die Leadership-Rolle übernehmen, der die meiste Verantwortung trägt und sich am stärksten mit den Zielen des Unternehmens identifiziert.“ Wer sich mit den Zielen eines Unternehmens identifiziert, sei in der Regel auch motiviert. „Und ein motiviertes Team ist entscheidend für den Erfolg“, so Messner weiter. Darüber hinaus müsse ein echter Leader dafür sorgen, dass die Teammitglieder einander ergänzten.

### Ambulante Versorgung 2030

Motiviertes und qualifiziertes Personal wird auch im Gesundheitswesen benötigt – auf allen Ebenen, in der Pflege ebenso wie in der Arztpraxis. Wie die Situation bei den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten aussieht, berichtete Dr. med. Peter

Potthoff, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, in seinem Vortrag „Prognosen und Perspektiven für die ambulante ärztliche Versorgung im Jahr 2030“. Potthoff stellte Trends und Zahlen zur ambulanten Versorgung anhand des Versorgungsreports Nordrhein vor. Dr. Bernhard Gibis, Dezernatsleiter bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, erläuterte die Rahmenbedingungen, die durch die 2012 reformierte Bedarfsplanung gegeben sind – nicht ohne darauf hinzuweisen, dass auch der beste Plan noch keine neuen Ärzte produziere.

Der Versorgungsreport beschreibt die Situation der ambulanten ärztlichen Versorgung in Nordrhein und entwickelt Szenarien zur Zahl der Ärzte und zum Versorgungsbedarf in den kommenden 20 Jahren. Wichtigstes Ergebnis: In Nordrhein zeichnet sich ein Ärztemangel ab, besonders bei Hausärzten.

Jährlich gehen derzeit über 200 Hausärztinnen und -ärzte in Nordrhein in den Ruhestand, aber nur 100 Nachwuchsmediziner absolvieren die Facharztprüfung für die Allgemeinmedizin. Wenn die Niederlassungszahlen auf dem Niveau der vergangenen fünf Jahre blieben, würden 2030 rund 1.700 Hausärzte fehlen. „Wir haben das Problem, dass wir nicht bestellen können, was wir brauchen. Wir brauchen Hausärzte, bekommen aber überwiegend Ärzte hochspezialisierter Fachgruppen“, sagte Potthoff.

Aber auch bei den Fachärzten wird sich die Situation in einigen Bereichen verschlechtern, da der Bedarf nicht zuletzt durch die Alterung der Gesellschaft deutlich wächst, die Zahl der verfügbaren Ärzte aber sinkt. Mögliche Schritte, um auf den drohenden Ärztemangel zu reagieren: Weiterbildungen fördern, familienfreundliche Arbeitsformen schaffen sowie die Allgemeinmedizin in der Hochschul- und Forschungspolitik aufwerten. Sowohl Potthoff als auch Dr. Karl-Heinz Feldhoff, Leiter des Gesundheitsamtes des Kreises Heinsberg, stellten klar, dass die Versorgung der Zukunft nur als Gemeinschaftsleistung von Kostenträgern, Ärzten und Kommunen zu bewältigen sein wird.

### Universales Design

Im Zuge der alternden Gesellschaft gewinnt auch das Thema Barrierefreiheit an Bedeutung. Denn nicht nur die medizinische Versorgung selbst ist wichtig, sondern auch der Zugang hierzu. Unter der Überschrift „Barrierefreiheit gemäß der UN-Behindertencharta, diskutierten Experten die Umsetzung im ambulanten und stationären Bereich und wie eine barrierefreie Arztpraxis aussehen kann. „Wir sollten nur noch so bauen, dass es allen nützt“, so die Meinung von Architekt Eckhard Feddersen, der bereits diverse barrierefreie Projekte umgesetzt hat. Im Klartext: Gebäude sollten so gestaltet sein, dass sie jeder nutzen kann – Menschen mit und ohne Handicap, Jung und Alt.

Der Schlüssel hierzu liegt für Feddersen im universalen Design, das nicht nur bauliche Barrieren verschwinden lässt, sondern auch Gedankliche. „Hier baut man nicht für eine bestimmte Zielgruppe, sondern für alle.“ Dabei zeigte er, dass universales Design ästhetisch sehr ansprechend sein kann, zum Beispiel Rampen, die in die Außenanlage integriert sind oder eine Rezeption in der Praxis mit unterschiedlichen Ebenen. Aber auch eine gute Ausleuchtung der Behandlungsräume, Piktogramme zu Verhaltensweisen oder eine gute Beschilderung

der Praxis seien für jeden Patienten sinnvoll. Die Experten waren sich einig, dass besonders die Politik gefragt sei, barrierefreie Standards zu definieren – damit der Zugang zur medizinischen Versorgung für alle Patienten in Zukunft noch selbstverständlicher wird.

### Problem Polypharmazie

Ein weiteres Kongressthema: Polypharmazie. Mit dem Alter steigt häufig die Zahl der einzunehmenden Arzneien. „Die Hälfte der über



65-Jährigen nehmen mehr als sieben Medikamente“, berichtete der Siegerländer Hausarzt Dr. med. Hermann Kämpfer. Das dortige Praxisnetz trägt deswegen ein Modellprojekt, das die Patientensicherheit durch das Zusammenstellen aller Verordnungsdaten steigern soll. Da die Ärzte eine Liste erhielten, die sämtliche Verordnungen der vergangenen zwölf Monate enthält, könnte oft die Zahl der Medikamente und die Wechselwirkungen reduziert werden. Für die Analyse und ausführliche Beratung eines Patienten erhält ein teilnehmender Hausarzt 80 Euro. ■ SIMONE HEIMANN

Ein Anlaufpunkt für niedergelassene Mediziner war der Stand der KV Nordrhein und der KV Westfalen-Lippe.

Mehr Infos zum Gesundheitskongress des Westens unter [www.gesundheitskongress-des-westens.de](http://www.gesundheitskongress-des-westens.de) | KV | 140533

## Gewalt in rheinischen Praxen – ein bedrückendes Thema

Normalerweise freuen wir uns über Feedback zu Artikeln in KVNO aktuell. Bei einem Thema aus der Februar-Ausgabe allerdings war das anders – unserem Bericht über Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeuten und Praxispersonal. Die Zahl der Anrufe, Faxe und E-Mails zeigt, dass Beschimpfungen, Drohungen und selbst Angriffe keine Ausnahme, sondern ein Problem für viele Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinische Fachangestellte in Nordrhein darstellen.

Die folgenden Berichte stehen exemplarisch für die Schilderungen, die uns erreicht haben.

Auf Wunsch der meisten Anrufer und Einsender haben wir die Schilderungen anonymisiert.

### Morddrohung per Post

„Ich arbeite niedergelassen als Ärztin für Psychotherapie und Psychoanalyse. Bisher habe ich zweimal Attacken von Patienten erlebt. Einmal ging es um Stalking, zuerst telefonisch in der Praxis, dann tags und nachts zu Hause. Der Patient drohte, meinen Kindern aufzulauern. Dies ließ nach einigen Wochen (...) wieder nach. Schlimmer empfand ich eine Morddrohung einer Patientin, die ich fünf Jahre zuvor für

probatorische Sitzungen gesehen hatte und die ich dann in eine Psychosomatische Klinik überwiesen hatte. (...) Jahre später hatte sie wohl eine erneute Therapie aufgenommen und war nun der Ansicht, dass ich damals ihr Leben zerstört habe. Die Drohung kam in einem langen Brief per Post. (...) Ich hatte lange Angst und es dauerte, bis ich mich außer Gefahr fühlte.“

### Was haben Sie erlebt?

Wie verbreitet ist Gewalt gegen Ärzte und deren Mitarbeiterinnen?  
Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?  
Haben Sie einen Tipp, wie Praxen mit aggressiven Patienten umgehen sollten?  
Faxen oder mailen Sie Ihre Sicht der Dinge an die Redaktion von KVNO aktuell. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Informationen streng vertraulich:  
E-Mail [redaktion@kvno.de](mailto:redaktion@kvno.de)  
Telefax 0211 5970 9108

### Schläge angedroht und Wagen demoliert

Eine Psychologische Psychotherapeutin schreibt: „Ausfallhonorare für kurzfristig nicht in Anspruch genommene Psychotherapiesitzungen führen öfter dazu, dass es zu Eskalationen oder Therapieabbrüchen kommt. Es werden

zu Beginn der Therapie in der Regel schriftliche Verträge abgeschlossen, in denen die Patienten vorab darüber informiert werden, dass sie bei Nichterscheinen, Ausfallhonorar zahlen müssen. Die Kasse zahlt nur in Anspruch genommene Sitzungen. Ein Boxer, den ich in Behandlung hatte, hat mich auf der Straße ‚in die Ecke gedrückt‘ und mir gesagt, wenn ich mein Ausfallhonorar will, ‚kriege ich was drüber‘.

Einer Kollegin wurde ihr Wagen vor ihrer Wohnung demoliert. Der Stalker schrieb jede Wo-

che auf die gegenüber der Praxis liegende Werbefläche Beschimpfungen mit Namensnennung der Therapeutin. Wenn sie aus dem Fenster sah, konnte sie das übergroß lesen. Obwohl die Kollegin darauf nicht reagierte, machte der Mann jahrelang so weiter. Eine andere Kollegin wurde auch monatelang von einem Stalker verfolgt, mit wöchentlichen Blumensendungen und täglichen ‚Liebesbriefen‘. Der Mann stand bei Praxisschluss vor dem Haus und ‚erwartete sie‘. Therapeuten arbeiten oft alleine in der Praxis, sie haben keine Mitarbeiter. Physische Gewalt durch Patienten wäre ein Alptraum, da man in der Situation keine Hilfe hätte.“



### Angebrüllt und bespuckt

„Wir sind eine radiologische Gemeinschaftspraxis. Das bedeutet, wir behandeln nicht, wir befunden ‚nur‘. Damit sind wir für Patienten eine Durchgangsstation („Die Bilder beurteilt ja mein Hausarzt.“) und beliebig austauschbar. Dementsprechend verhalten sie sich. Es wird hemmungslos in unserer Anmeldung herumge-

brüllt, über den Tresen gespuckt, mit der Faust auf die Theke gehauen oder der Überweisungsschein den Mitarbeitern ins Gesicht geschleudert. (...) Es wird sich lautstark über die Terminvergabe beschwert, über die Tatsache, dass ein Überweisungsschein oder die Krankenkassenskarte benötigt wird. (...)“

Das Risiko von verbalen oder körperlichen Übergriffen ist in sozialen Brennpunkten offenbar höher. Hausärzte gehören zu den gefährdeten Gruppen – auch im Notfalldienst.

### Körperverletzung und Morddrohung

Für den Tod seiner Mutter macht ein Mann aus der Umgebung von Bonn seit 2012 einen niedergelassenen Internisten verantwortlich. Die Anzeige gegen den Arzt stellte die Staatsanwaltschaft wegen erwiesener Unschuld ein. Doch das akzeptierte der Sohn nicht. Er suchte die Praxis auf, beleidigte eine Mitarbeiterin

als „Schlampe“. Ende des Jahres 2013 lauerte der Mann dem Internisten auf und trat ihn nieder. Der Täter wird verhaftet, der Prozess wegen Körperverletzung läuft. Die Familie des Arztes und das Praxisteam sind in Sorge, da der Gewalttäter gedroht hat, den Internisten zu ermorden.

### Schläge beim Hausbesuch

Eine Ärztin aus Solingen berichtet uns, dass sie beim Hausbesuch im Notfalldienst von einem Patienten beleidigt und geschlagen wor-

den sei. Die Ärztin ruft daraufhin die Polizei. Den Beamten ist der Mann als schwerstagggressiv bekannt.

### Mit Farbe und Kot beschmiert

Ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie berichtet: „In den vergangenen Jahren ist die

Arbeitsatmosphäre deutlich schwieriger geworden. Jüngst ist in die Praxis eingebrochen und

es sind gezielt Daten entwendet worden. Aufgrund meiner Tätigkeit als Gutachter kommt es immer wieder zu Meinungsverschiedenheiten, verbalen Bedrohungen und bösen Verleumdungen, die zum Beispiel anonym auf meinen Anrufbeantworter gesprochen werden. Wiederholt kam es auch zu Kot- und Farbschmierereien auf

den Fensterflächen meiner Praxis. (...). Mehrfach haben sich Menschen, die sich gutachterlich falsch eingeschätzt fühlten, in meinem Namen Waren bestellt, sich bei Behörden über mich beschwert oder gar Betrugsanzeigen aufgegeben. In all diesen Fällen folgten aufwändige und mühsame Erklärungen meinerseits. (...)"

## Fäuste vors Gesicht gehalten

Ein Kinderarzt berichtet aus einer Notdienstpraxis: „Wir waren stark frequentiert, Wartezeiten von 30 Minuten waren die Folge. Der Vater einer Patientin öffnete während einer Behandlung die Tür und verlangte, dass seine

Tochter sofort zu untersuchen wäre. Auf den Hinweis, dass die Patienten der Reihe nach versorgt würden, tobte er und drohte mir mit den Fäusten – direkt vor meinem Gesicht. Erst als die Polizei gerufen wurde, beruhigte er sich.“

Die Tendenz der Berichte, die die Redaktion erhalten hat, ist eindeutig: Die Aggression nimmt zu. Doch was sollen die Praxen gegen die zunehmende verbale und körperliche Gewalt tun? Die Schulung der Beschäftigten durch eine Kommunikationstrainerin ist eine mögliche Maßnahme.

Reform des Notdienstes weiterhin darüber nachdenken, die Ärzte im Fahrdienst begleiten zu lassen“, sagt Dr. med. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein.

Einige Praxen, die wiederholt beschädigt wurden, lassen sich von privaten Wachdiensten überwachen; in einer großen Notfalldienstpraxis denkt man über den Einsatz von Sicherheitspersonal nach. „Wir sollten bei der

Mit der Polizei haben Ärzte und Psychotherapeuten offenbar unterschiedliche Erfahrungen gemacht: Die reichen von „guter Hilfestellung“ bis zum weitgehenden Ignorieren der Situation. „Zu meinem Erstaunen sagte der Polizeibeamte, es sei ja nichts passiert und ich solle besser meiner Arbeit nachgehen.“

■ FRANK NAUNDORF

## KOMMENTAR: Problem ernst nehmen

Wir haben in diesem Beitrag und in dem Artikel in der Februar-Ausgabe von KVNO aktuell den Fokus auf Gewalt gegen die Praxisteams gelegt. Natürlich sind Ärzte und Psychotherapeuten nicht immer nur Opfer. Es gibt auch verbale Aggressionen gegen Patienten, die ebenso problematisch sind. Der Unterschied besteht freilich darin, dass unerfreuliche Erlebnisse der Patienten im Gegensatz zu denen der Praxisteams gerne öffentlich ausgebreitet und getadelt werden. Patienten haben eine starke Lobby: Verbraucherschützer, Patientenverbände und natürlich auch die Medien, die Leser und Zuschauer binden wollen und sich reflexhaft auf die Seite der vermeintlich Schwächeren stellen. Diese Einschätzung teilt ein Arzt, der schrieb: „Es mag aus

Patientensicht begrüßenswert sein, dass man nicht mehr dem Halbgott in Weiß hilflos ausgeliefert ist und sich jederzeit beschweren kann. Ich gebe jedoch zu bedenken, dass es für Ärzte keine Stelle gibt, an der sie sich ihrerseits über unangemessenes Verhalten ihrer Patienten beklagen können.“

Angesichts der Zahl der Übergriffe sollte die Politik über eine solche Stelle nachdenken. Noch gibt es sie nicht. Die KV Nordrhein sammelt Hinweise aus den Praxen – und wird nicht nur in KVNO aktuell weiter über die bedrückende Entwicklung berichten, sondern auch die Politik von dem Problem wissen lassen.

■ FRANK NAUNDORF



# EVA

## Verstärken Sie Ihr Praxisteam

Im Lehrgang zur Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA) erwerben Medizinische Fachangestellte (MFA) die Kompetenzen, die sie benötigen, um delegierbare Leistungen zu übernehmen. Zum Beispiel in den Bereichen Wundversorgung, geriatrische Diagnoseverfahren und in der Versorgung von Onkologie-Patienten. Die Ausbildung vermittelt zudem organisatorische Fähigkeiten, zum Beispiel beim Hausbesuchs-Management.

### Kontakt

Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung  
Telefon: 0211 4302 2834 oder 2835 | E-Mail: [akademie@kvno.de](mailto:akademie@kvno.de)

Mehr Infos unter [www.akademie-nordrhein.de/EVA](http://www.akademie-nordrhein.de/EVA)



Engagiert für Gesundheit.  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein



## Dem Diabetes davonlaufen

Er steht seit langem ganz oben auf der Liste der großen »Volkskrankheiten« in Deutschland. Die Prävalenz des Typ-2-Diabetes liegt zwischen fünf und acht Prozent der erwachsenen Bevölkerung – und die Häufigkeit nimmt weiter zu. Die therapeutische Wirkung von Bewegung und die Wirksamkeit verschiedener Medikamente erläuterten Experten auf einer Fortbildung des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN).



© Hugo Felix - Fotolia.com

Bewegung spielt beim Kampf gegen den Diabetes eine wichtige Rolle. Denn viszerales Bauchfett ist ein entscheidender Risikofaktor. Rund 500 Kilokalorien verbrennt eine 90-Kilo-Frau beim einstündigen Walken oder beim Fitnesstraining – bei intensiverem Training auch mehr.

Die Gründe für den Anstieg sind vielfältig: hohe Energiezufuhr, zunehmende Adipositas und mangelnde Bewegung tragen zur Manifestation des Typ-2-Diabetes bei. Er entwickelt sich zu einem großen Teil aus einem Lebensstil, wird aber durch genetische Faktoren begünstigt. Die Erkrankung ist gekennzeichnet durch zahlreiche Begleit- und Folgeerkrankungen. Ein erheblicher Teil davon ließ sich durch gezielte Prävention vermeiden.

### „Tödliches Quartett“

Das sogenannte „tödliche Quartett“, das als entscheidender Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen angesehen wird, ist charakterisiert durch die vier Faktoren:

- abdominelle Fettleibigkeit
- Hypertonie
- erhöhte Blutfettwerte
- Insulinresistenz

Einer der zentralen Risikofaktoren für die Entwicklung eines Diabetes mellitus Typ 2 ist das viszerale Bauchfett, der kritische Faktor scheint bei Männern bei einem Bauchumfang über 94 cm, bei Frauen über 80 cm zu liegen. Durch verminderte Insulin-Empfindlichkeit, Betazell-Funktionsstörung/-verlust und damit gestörter Insulinproduktion und -sekretion kommt es zur gestörten Glucosetoleranz.

Die Betazell-Funktion könne zum Zeitpunkt der Diagnose bereits deutlich reduziert sein, betonte Dr. med. Lothar Franz Nossek, Facharzt für Allgemeinmedizin und Diabetologe aus Alsdorf auf der IQN-Fortbildung am 12. März in Düsseldorf. Sie nehme zudem um rund sechs Prozent pro Jahr weiter ab; so dass im Laufe der Erkrankung weiterführende Therapiemaßnahmen notwendig werden.

### Folgeerkrankungen vermeiden

Therapieziel muss sein, den HBA1-Wert und die Fettwerte zu normalisieren und das Übergewicht abzubauen. „Je tiefer der HBA1-Wert bei der Diagnose ist, umso besser ist dies für die weitere Prognose des Patienten, macht aber auch einen besonders intensiven Therapieansatz nötig“, sagt Nossek. Nach 15 oder mehr Jahren der Erkrankung ist auch eine

sehr intensive Therapie nicht mehr so wirksam wie in den ersten Jahren der Erkrankung, denn dann sind Folgeschäden schon „gesetzt“. Positiv formuliert: Bei einer frühzeitigen Diagnose und intensivem Therapieregime können die Folgeschäden vielfach vermindert werden.

Studien, wie die UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) belegen, dass eine intensive multimodale Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 sich lohnt, um mikro- und makrovaskuläre Komplikationen und Mortalität deutlich zu reduzieren. Eine Senkung des HBA1-Wertes um ein Prozentpunkt führt zu:

- 37 Prozent geringerem Risiko für vaskuläre Komplikationen

- 21 Prozent weniger Diabetes-bedingte Todesfälle
- 14 Prozent geringeres Risiko für Myokardinfarkt

Unter einer intensivierten Therapie treten Hypoglykämien häufiger auf. Doch trotz einer „straffen Einstellung“ gilt es schwere Hypoglykämien zu verhindern, da weitere Komplikationen die Folge wären. Ein HBA1-Wert um 6,5 Prozent ist anzustreben – bei älteren Patienten darf er auch höher ausfallen, meint Nossek.

### Neue Antidiabetika

Heute gibt es viele Ansätze zur Blutzuckersenkung beim Diabetes mellitus Typ 2. Wenn die

## Sport hilft – nicht nur beim Diabetes

Die Tabelle zeigt bei welchen chronischen Krankheiten körperliche Aktivität hilft – und zwar evidenz-basiert. In der Klasse Ia gibt es Evidenz durch Meta-Analysen von mehreren randomisierten, kontrollierten Studien, in der Klasse Ib durch mindestens eine randomisierte, kontrollierte Studie.

Erkrankung	Evidenzklasse
Koronare Herzkrankheit: Primär- und Sekundär-prävention	Ia
Bluthochdruck (-4 bis -8 mmHg)	Ia
Herzinsuffizienz (Anstieg der EF!)	Ia
Krebs (Dickdarm, Mamma, „Fatigue“)	Ia
Prostata- Carcinom	IIb
Metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus	Ia
Periphere arterielle Verschlusskrankheit (wirksamer als jedes Medikament)	Ia
Chronische Bronchitis (COPD)	Ia
Depressionen (cave IQWiG)	Ia
Demenz, Alzheimer	Ib
Neurologische Erkrankungen (Parkinson, Fibromyalgie u.a.)	Ib
Schlaganfall – Prävention, Therapie	Ia
Kognitive Funktion	Ib
Osteoporose (bes. Frauen)	Ia
Sturzneigung	Ia

Quelle: Prof. Herbert Löllgen, IQN-Fortbildung, 12. März 2014

Möglichkeiten der Basistherapie (Bewegung, Ernährung, Gewichtsabnahme) ausgeschöpft sind, ist Metformin die nächste empfohlene Therapieoption – es sei denn, es bestehen Kontraindikationen oder Unverträglichkeiten.

Bei den sogenannten „neuen“ Antidiabetika müssen Ärzte die Vor- und Nachteile individuell abwägen und mit dem Patienten besprechen. Studien und Leitlinien bieten in Bezug auf die einzelnen Substanzen noch kein eindeutiges Bild. Deswegen rät Nossek: „Wenn sich nach mehr als zwei Wochen keine deutlich blutzuckersenkende Wirkung bei dem behandelten Patienten zeigt, sollte man die Medikation absetzen und auf andere Substanzen wechseln.“

Dr. med. Matthias Kaltheuner, Diabetologe aus Leverkusen und Vorsitzender des Berufsverbandes der diabetologischen Schwerpunktpraxen, stellte GLP1-Analoga (Inkretinemetika), DPP4-Hemmer, SGLT2 Hemmer und neue Insuline vor.

**GLP-1-Analoga:** Inkretine sind gastrointestinale Hormone, die die nahrungsabhängige Insulinsekretion aus den Betazellen des Pankreas steuern. Außerdem hemmt das Darmhormon Glucagon-like Peptid GLP-1 die Ausschüttung von Glucagon, verzögert die Magenentleerung und senkt das Hungergefühl. Die Herstellung eines synthetischen Analogen Polypeptids ermöglicht die subcutane Gabe von GLP-1-Analoga. Viele Patienten, die eine Insulintherapie wegen „des Spritzens“ nicht akzeptieren, tolerieren die GLP-1-Analoga gut. Daran ändert auch die in den ersten Wochen nach Behandlungsbeginn auftretende Übelkeit nichts. Die als „Nebenwirkung“ auftretende Gewichtsabnahme nehmen Patienten in der Regel erfreut zur Kenntnis. Ärzte müssen indes über ein erhöhtes Pankreatitis-Risiko aufklären.

Nach der Arzneimittel-Richtlinie sollte der Einsatz von GLP-1-Analoga Typ-2-Diabetikern vorbehalten bleiben, bei denen unter

- Ausschöpfung einer Therapie mit oralen Antidiabetika eine adäquate Blutzuckerkontrolle nicht erreicht werden konnte und
- die klinischen Befunde bei massivem Übergewicht (BMI >30) vorrangig für eine Insulinresistenz sprechen,
- sodass bei Zugabe von Insulin mit einer weiteren Gewichtszunahme und hohen Insulindosierungen zu rechnen ist.

**DPP-4-Hemmer:** Die DPP-4-Hemmer reduzieren den Abbau des GLP-1. Aufgrund des Wirkungsmechanismus besitzen die DPP-4-Inhibitoren kein intrinsisches Hypoglykämie-Risiko. Über auftretende Übelkeit, allergische Reaktionen und den Verdacht der Zunahme von Pankreatitiden ist der Patient aufzuklären. Die blutzuckersenkende Wirkung ist moderat, die Absenkung des HBA1 in Studien lag um 0,8 Prozent. Die Tagestherapiekosten liegen bei rund zwei Euro. Als Monotherapie werden DPP-4-Hemmer eingesetzt, wenn Metformin nicht geeignet ist und Sulfonylharnstoffe nicht in Frage kommen. Als orale Zweifachtherapie kann es mit Metformin oder Sulfonylharnstoffen (wenn Metformin nicht geeignet) oder einem Glitazon eingesetzt werden. (Hinweis: Pioglitazon kann nach der Arzneimittel-Richtlinie nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden.) Auch die orale Dreifachkombination ist möglich. Vorteile der DPP-4-Hemmer: Hypoglykämien werden vermieden und das Gewicht des Patienten bleibt unverändert. Bei Niereninsuffizienz sind niedrigere Dosierungen zu beachten.

**SGLT2-Hemmer:** Die SGLT2-Hemmer wirken antihyperglykämisch durch die Reduzierung der renalen Rückresorption von Glucose, führen also zur renalen Glucosurie. Neben der blutzuckersenkenden Wirkung wird auch eine Gewichtsabnahme begünstigt. In Kombination mit Metformin erhöht sich die Gefahr für Hypoglykämien. Darüber und über die Möglichkeit der Zunahme von Harnwegsinfekten ist der Patient aufzuklären.

**Neue Insuline:** Glargin, Detemir und Degludec zeichnen sich durch flachere Wirkprofile und lange Wirkungsdauer aus – sie beträgt je nach Dosis bis zu 24 Stunden. Die Präparate können in Kombination mit oralen Antidiabetika oder schnell wirkenden Insulinen angewendet werden. Vorteil ist besonders ein geringeres Hypoglykämierisiko.

### **Bewegung gegen den Diabetes mellitus**

Beim Typ-2-Diabetes gilt es, die erhöhte Insulinresistenz unter anderem durch Gewichtsabnahme und vermehrte Bewegung zu verringern. Durch regelmäßige Bewegung und Abbau des Übergewichtes sinken Blutzucker und Blutdruck. Der Blutzucker im Schnitt sogar noch mehr als der Blutdruck. Diese Erkenntnis erfordert vom übergewichtigen Diabetiker eine umfassende Lebensstiländerung. Das allerdings ist meist schwierig. Viele Patienten akzeptieren die regelmäßige Einnahme von Medikamenten eher als eine Veränderung des Lebensstils.

Es bedarf einer ständigen Motivation des Patienten, um den Patienten bei der Lebensstiländerung zu unterstützen, betont Prof. Dr. med. Herbert Löllgen. Körperliches Training verbessere nicht nur die Beta-Zellfunktion und steigere die Insulin-Rezeptoren-Sensitivität, sondern habe weitere positive Effekte. Leider halte diese Wirkung aber nur einige Tage an.

Deshalb sei ein kontinuierliches Training nötig – und das lebenslang. Optimal sei eine Kombination von Ausdauertraining (3-5x/Woche) und moderatem Krafttraining (2-3x/Woche), erläuterte der Facharzt für Innere Medizin und Ehrenpräsident der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention. Regelmäßige körperliche Aktivität lasse zum Beispiel den HbA1c-Wert um bis zu ein Drittel sinken. Sie habe einen festen therapeutischen Stellenwert bei der Behandlung des Diabetes mellitus Typ II, deshalb erhalten in seiner Praxis die Patienten auch „Bewegung als Rezept“.

Körperliches Training hat im Einzelnen folgende Wirkungen:

- **Skelettmuskel:** Zunahme der Mitochondrien und Oberfläche der Christae (Struktur), Zunahme der Funktion (Succinat-Dehydrogenase (SDH), Cytochrom-c-Oxydase (Zunahme der oxydativen Kapazität).
- **β-Zellfunktion:** bessert sich, Antioxydantien und anti-inflammatorische Wirkung nehmen zu.
- **Endothelfunktion:** bessere endothelabhängige Vasodilatation, Stimulation der Ausschüttung von NO (Stickstoffmonoxid).
- **Neurohumorale Funktion:** Abnahme der Katecholamine i.S., Zunahme der Herzfrequenzvariabilität (HRV) und der Barorezeptorsensitivität (BRS), Abnahme von Angiotensin II, Aldosteron und Vasopressin.

Je besser die Leistungsfähigkeit des Patienten (zum Beispiel bei der Ergometrie in Watt gemessen), desto besser sei die Prognose, besonders in Bezug auf kardiovaskuläre Ereignisse. Deutliche Wirkung zeigten schon „gemütliche Spaziergänge“ oder Bewegung im Sitzen bei älteren, nicht mehr sportlich belastbaren Patienten. „Wer als Diabetiker nicht körperlich aktiv ist, wird seine Lebensqualität verschlechtern und sein Leben verkürzen“, sagt Löllgen.

■ DR. MED. MARTINA LEVARTZ, MPH

### **Tipps für die Therapie**

Bei der Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 sollten Sie folgende Punkte beachten:

- **Basistherapie** (Bewegung, Ernährung, Lebensstil), Schulung und Motivation des Patienten sind am wichtigsten
- **Metformin** ist meist das orale Antidiabetikum der ersten Wahl
- **Oft sind Therapieversuche mit anderen Antidiabetika bei unbefriedigender Zuckereinstellung sinnvoll.** Absetzen, wenn keine ausreichende Wirkung erkennbar ist

*Quelle: Vortrag Dr. med. Matthias Kaltheuner, IQN-Fortbildung, 12. März 2014*

# Operation – die letzte Option

In der Steinzeit war es ein Vorteil, dass der Körper Energie für Notlagen speichern kann – heute führt diese Eigenschaft dazu, dass immer mehr Menschen unter extremem Übergewicht leiden. Umso wichtiger wird es, dass diejenigen, die von Adipositas betroffen sind, die richtige ärztliche Unterstützung erhalten – auch chirurgische Eingriffe gehören dazu. Ein Überblick über aktuelle Entwicklungen im Umgang mit Adipositas-Patienten.

Wenn Menschen nur noch ihr Gesicht im Spiegel anschauen, weil sie den Anblick ihres unförmigen Körpers nicht mehr ertragen können, sind sie meist in einer höchst bedenklichen Gewichtsklasse angekommen – mit einem Body Mass Index von 35 oder höher und zahlreichen Begleiterkrankungen wie etwa Diabetes oder auch psychischen Problemen, die damit einhergehen können.

### Immer mehr stark adipös

„Viele verlassen über Monate nicht mehr ihre Wohnung, weil sie befürchten, beschimpft zu werden“, sagt Dr. Thomas Sonnenberg. Er ist Chefarzt am Sana-Klinikum in Remscheid und hat sich auf Adipositas und metabolische Chirurgie spezialisiert. „In den letzten zehn Jahren ist die Zahl der schwer Übergewichtigen mit einem Body Mass Index von über 40 um 74 Prozent angestiegen – dies entspricht mehr als einer Million Menschen in Deutschland“, erläutert Sonnenberg.

Vielfach stecken nach seinen Worten genetische Gründe dahinter, zudem trügen Kinder von stark übergewichtigen Müttern ein hohes Risiko, selbst adipös zu werden. „Außerdem müssen wir akzeptieren, dass es bei den Schwergewichtigen Unterschiede bei der Verwertung von Nahrung durch den Stoffwechsel gibt“, so der Chirurg.

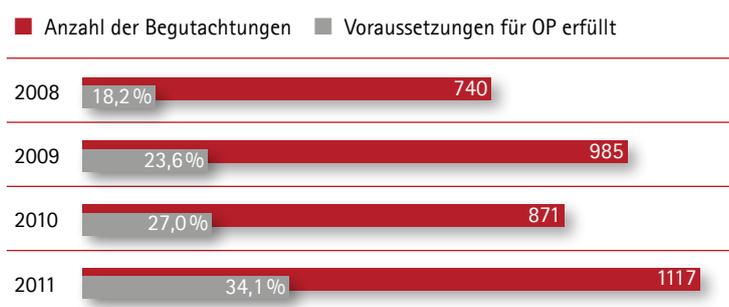
Mangelnde Akzeptanz ist für ihn ein wichtiges Stichwort: „Auch viele Ärzte haben Vorurteile und gehen ohne Verständnis mit solchen Patienten um, die meist einer unteren sozialen Schicht entstammen. Sie bieten keine Voraussetzungen wie besondere Stühle, um Schwergewichtige behandeln zu können und empfehlen ihnen auch keine Therapie.“

### Multimodale Behandlungskonzepte

Die Düsseldorfer Diabetologin Dr. Jolanda Schottenfeld-Naor beobachtet Ratlosigkeit bei ihren Kollegen: „Sie wissen nicht, wie sie strukturiert und effektiv vorgehen sollen.“ Den Ausweg aus diesem Dilemma sollen ein sogenanntes multimodales Behandlungskonzept und die darauf folgende Nachsorge bieten. Zunächst geht es darum, an den Variablen Ernährung und Bewegung sowie am Verhalten der Patienten etwas zu verändern, etwa beim Einkauf von Lebensmitteln.

„Hierfür bieten Zentren, an die sich Hausärzte mit ihren Patienten wenden können, konservative Programme mit Schulungsmaßnahmen

Adipositas-Chirurgie im MDK Nordrhein



an“, erklärt Dr. Michael Werner, Referent der Ärztlichen Leitung Bereich Bariatrische Chirurgie beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung MDK Nordrhein. Dazu zählen etwa Adi Posi Fit ([www.adiposifit.de](http://www.adiposifit.de)), Doc Weight ([www.bdem.de](http://www.bdem.de)), Smart XL ([www.adipositas-wesseling.de](http://www.adipositas-wesseling.de)) oder Sana XL ([www.sana-adipositas-nrw.de](http://www.sana-adipositas-nrw.de)).

„Einen Teil der Kosten für diese Programme werden von den Krankenkassen übernommen – doch die Patienten müssen einen Eigenanteil von etwa 20 bis 60 Euro pro Monat erbringen“, sagt Werner. Weil sich viele dies nicht leisten können, nehmen sie nach seinen Worten eine Ernährungsberatung, begleitet von Rehasport und zuweilen den Austausch in einer Selbsthilfegruppe in Anspruch: „Das reicht allerdings häufig nicht für ein zufriedenstellendes Ergebnis aus.“

Schafft es der Patient nicht, innerhalb von sechs bis zwölf Monaten 20 Prozent seines Ausgangsgewichts zu verlieren, sind die Voraussetzungen für den Antrag auf eine Operation bei den Krankenkassen gegeben. „Damit wir den Kassen empfehlen, die Kosten zu übernehmen, brauchen wir einen Bericht darüber, dass eine Ernährungs- und Bewegungstherapie stattfand sowie einen Explorationsbericht eines in der Behandlung adipöser Patienten erfahrenen Psychiaters oder Psychotherapeuten, der eine aktuell interventionsbedürftige psychische Störung ausschließt. Ebenfalls ist eine Bescheinigung des Hausarztes notwendig, die besagt, dass die Stoffwechsellage ausgeglichen ist – das heißt, dass keine Unter- oder Überfunktion der Schilddrüse vorliegt“, erläutert Werner.

### MDK genehmigt Anträge

„Da die Adipositas-Zentren um diesen Bedarf wissen und sich die Zusammenarbeit eingespielt hat, erfüllen immer mehr Anträge die Voraussetzung für die Kostenübernahme eines Eingriffs.“ Im Jahr 2007 seien es nur 12,9 Prozent der Anträge gewesen, 2011 schon 34 Prozent.



An zertifizierten Adipositas-Zentren können daraufhin erfahrene Chirurgen wie Dr. Thomas Sonnenberg aktiv werden. Sie setzen inzwischen vor allem einen Magenbypass ein, wobei ein kleiner Teil des Magens abgetrennt und mit dem Dünndarm verbunden wird. Eine andere Möglichkeit ist es, mehr als 1000 Milliliter des Magens zu entfernen, so dass ein rund zeigefingerdicker Schlauchmagen entsteht. „Wir gehen nicht mehr nur mechanisch vor, sondern nutzen Hormone wie etwa das Ghrelin, das die Magenschleimhaut produziert, um ein Sättigungsgefühl zu erreichen“, sagt Sonnenberg.

Adipositas ist eine lebenslange Erkrankung. Auch operierte Patienten müssten regelmäßig nachuntersucht werden, sowohl vom Operateur als auch dem Hausarzt, um langfristig ein sehr gutes Ergebnis zu erreichen, erklärt der Chirurg aus Remscheid. Dann geht es unter anderem darum, ob sie sich genügend vitamin- und eiweißreich ernähren, sich ausreichend bewegen oder ob ihr Verhalten Anlass zur Sorge gibt, sie könnten depressiv werden. Sonnenberg: „Adipositas ist ein komplexes Problem, gegen das wir zusammen mit den niedergelassenen Kollegen vorgehen möchten.“

■ NATASCHA PLANKERMANN

Im operativen Zentrum der Universität Leipzig steht das Team vor der Operation eines mit 260 Kilogramm extrem adipösen Patienten.

Spezialisierte Adipositas-Zentren finden sich über die Website der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie [www.dgav.de](http://www.dgav.de) unter der Rubrik Arbeitsgemeinschaft CAADIP/zertifizierte Zentren.

## Laborleistungen abrechnen

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im April standen Fragen zur Abrechnung von Laborleistungen im Fokus.

*Kann ich als Facharzt den Hausarzt als Erstveranlasser auf Muster 10 (Laborüberweisung) eintragen, wenn der Hausarzt den Patienten mit Muster 6 (Überweisungsschein) zu mir geschickt hat?*

Nein, der Hausarzt hat die Mit-/Weiterbehandlung durch Sie veranlasst – und nicht eine bestimmte Laboruntersuchung. Folglich dürfen Sie ihn auch nicht als Erstveranlasser eintragen.

*Wann wird der Erstveranlasser auf Muster 10 eingetragen?*

Das ist nur möglich, wenn im Einzelfall ein Laborarzt oder ein mit Muster 10 zu Laborleistungen beauftragter Arzt nicht alle erbetenen Laborparameter selbst bestimmen

kann. Dann darf eine Weiterüberweisung per Muster 10 ausgestellt werden, auf der der Erstveranlasser mit BSNR und LANR eingetragen wird.

*Wie veranlasse ich als Hausarzt Laborleistungen zur präoperativen Vorbereitung nach den EBM-Nummern 31010 bis 31013?*

In den Pauschalen nach den Nummern 31010 bis 31013 EBM sind die Laborleistungen enthal-

ten. Bei Abrechnung der Pauschalen müssen Sie die Laborleistungen daher auf eigene Kosten veranlassen – und nicht mit Muster 10a anfordern.

*Wann kommt die Kennziffer 32016 (Präoperative Labordiagnostik vor ambulanten oder belegärztlichen Eingriffen in Narkose oder in rückenmarksnaher Regionalanästhesie) zum Ansatz?*

Die Kennziffer können Fachärzte ansetzen, die die Nummern 31010 bis 31013 EBM nicht abrechnen können und für eine ambulante Operationsvorbereitung notwendige Laborparameter bestimmen lassen.

Ein Ansatz der Kennziffer 32016 ist auch möglich im Falle einer weiteren ambulanten Operation im selben Behandlungsfall. Zum Beispiel, wenn zur ambulanten Operationsvorbereitung Laborparameter nachgefordert werden, die nicht Inhalt der Nummern 31010 bis 31013 EBM sind.

*Wie ist das bei der Veranlassung von Laborleistungen im Zusammenhang mit der DMP-Symbolnummer 90321? Trage ich hier in der Abrechnung und auf Muster 10a die Laborkennziffer 32022 (manifeste Diabetes mellitus) ein?*

Nein. Muster 10a ist auch in diesem Fall nicht auszustellen. Einige Laborleistungen sind Inhalt der Pauschale der Symbolnummer (SNR) 90321; diese dürfen Sie nicht mit Muster 10a anfordern. Bei Abrechnung der SNR 90321 müssen Sie die Laborleistungen daher auf eigene Kosten veranlassen.

### Laborkompodium der KBV abrufbar

Am 1. April 2014 trat das neue Laborkompodium, eine Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), in Kraft. Darin befinden sich die Bestimmungen zur korrekten Beauftragung und Abrechnung von Laborleistungen. Das Kompodium enthält ergänzende Hinweise zum Kapitel 32 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (Laboratoriumsmedizin, Molekulargenetik und Molekularpathologie), Interpretationshilfen zu einzelnen EBM-Nummern und Empfehlungen zu medizinisch sinnvoller und wirtschaftlicher Stufendiagnostik im Labor.

Das Laborkompodium lag dem Deutschen Ärzteblatt (Heft 13/2014) als CD-ROM bei und steht in der Mediathek der KBV zum Herunterladen zur Verfügung unter

[www.kbv.de](http://www.kbv.de) | KV | 140544

Sollten im Einzelfall Laborparameter bestimmt werden müssen, die nicht Inhalt der SNR 90321 sind, können Sie diese mit Muster 10a unter

Eintragung der Laborkennnummer 32022 veranlassen. Auch in Ihrer Abrechnung tragen Sie dann bitte die Nummer 32022 ein.

## Laborkennnummern und Weitergabe der BSNR des Erstveranlassers

Die Kennnummern nach den Nummern 32005 bis 32023 sind im EBM (Kapitel 32.2 und 32.3) bestimmten Untersuchungsindikationen zugeordnet, zum Beispiel die Nummer 32022 einem manifesten Diabetes mellitus. Wer bei diesen Indikationen Laboruntersuchungen veranlasst, muss die entsprechenden Kennnummern in der Abrechnung und auf der ausgestellten Laborüberweisung (Muster 10 oder Muster 10a) eintragen. Dies bewirkt, dass

- der veranlassende Arzt für diese Fälle keine Punkte für das Laborbudget erhält
- die so gekennzeichneten Fälle für die Fallzählung zur Ermittlung des Wirtschaftlichkeitsbonus des veranlassenden Arztes nicht berücksichtigt werden
- die veranlassten und durch einen Laborarzt/Laborgemeinschaft erbrachten Laboruntersuchungen nicht dem Laborbudget des veranlassenden Arztes angerechnet werden

Das Verfahren gilt entsprechend, wenn die Laboruntersuchungen in der eigenen Praxis durchgeführt werden.

Kann ein Laborarzt nicht alle erbetenen Laborparameter selbst bestimmen, darf er dazu mit Muster 10 weiter überweisen. Nur in diesem Fall ist auf Muster 10 der Arzt, der ursprünglich die Laboruntersuchungen veranlasst hat, als Erstveranlasser mit Betriebsstätten-Nummer (BSNR) und Lebenslanger Arztnummer (LANR) einzutragen. Das Verfahren gilt auch für andere mit Muster 10 beauftragte Ärzte.

Erhält ein Arzt eine Überweisung (Muster 6), zum Beispiel zur Mit-/Weiterbehandlung, so darf der überweisende Arzt nicht als Erstveranlasser für eine Laborleistung eingetragen werden. Dies geht nur im oben beschriebenen Fall, also wenn ein Laborarzt nicht alle Parameter selbst bestimmen kann.

### 1 „ggf. Kennziffer“

Hier wird bei Vorliegen einer Untersuchungsindikation (EBM Kap. 32.2 und 32.3) die entsprechende Kennnummer eingetragen. Auch der eigene Abrechnungsschein ist mit dieser Kennnummer zu versehen.

### 2 „Eintrag nur bei Weiterüberweisung“

Kann ein Laborarzt nicht alle erbetenen Laborparameter selbst bestimmen, wird der Arzt, der ursprünglich die Laboruntersuchungen veranlasst hat, als Erstveranlasser mit Betriebsstätten-Nummer (BSNR) und Lebenslanger Arztnummer (LANR) eingetragen.

# Praxismüll richtig entsorgen

Kanülen, Blutbeutel oder Wundverbände – Abfall, der täglich in vielen Arztpraxen anfällt. Um mögliche Infektionsrisiken oder Schnitt- und Stichverletzungen durch medizinische Abfälle zu vermeiden, ist bei der Entsorgung in Arztpraxen eine Menge zu beachten.

Im Jahr 2002 hat die Länderarbeitsgemeinschaft Abfall (LAGA) eine Richtlinie veröffentlicht, die bis heute Gültigkeit hat und in der alle Abfälle aus Gesundheitseinrichtungen nach deren Gefährlichkeit klassifiziert werden. Nach dieser Einstufung richtet sich die Entsorgung.

Generell sind auch bei der Beseitigung von Praxismüll die Regeln des Umweltschutzes – etwa die Vorschriften zur Müllvermeidung und -trennung – zu beachten, wie sie auch beispielsweise für Papier und Verpackungsmüll gelten.

Eine besondere Rolle spielt in der Arztpraxis die Entsorgung von spitzen oder scharfen Gegenständen. Alle mit Blut in Berührung kommenden Gegenstände wie Kanülen oder Blutzuckerlanzetten sind nach Gebrauch direkt an Ort und Stelle in dafür vorgesehenen

Behältnissen zu entsorgen und dürfen nicht zwischengelagert werden. Bevor die Abfallbehältnisse ganz voll sind, sollten sie verschlossen der Abfallentsorgung zugeleitet werden.

### Sichere Abfallbehälter

Die Technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege (TRBA 250) wurden im März 2014 fortgeschrieben. Darin findet die Entsorgung von gebrauchten spitzen und scharfen medizinischen Instrumenten besondere Beachtung. Diese sind in Behältnissen zu sammeln, die den Abfall sicher umschließen. Dabei sind die Behälter so nah wie möglich am Verwendungsort der spitzen, scharfen oder zerbrechlichen medizinischen Instrumente aufzustellen. Die Abfälle dürfen nicht umgefüllt werden, die Abfallbehältnisse müssen folgende Eigenschaften aufweisen:

## Hygieneberater der KV Nordrhein

Wenn Sie Fragen rund um das Thema Hygiene in der Praxis haben, sprechen Sie uns an. Gerne beraten wir Sie auch vor Ort in Ihrer Praxis.



**Antje Günther**  
Telefon 0211 5970 8476  
E-Mail [hygiene@kvno.de](mailto:hygiene@kvno.de)



**Patrick Ziech**  
Telefon 0211 5970 8489  
E-Mail [hygiene@kvno.de](mailto:hygiene@kvno.de)

- Sie sind fest verschließbare Einwegbehälter
- Sie geben den Inhalt, zum Beispiel bei Druck, Stoß, Fall, nicht frei
- Sie sind durchdringfest, das heißt, ihre Beschaffenheit wird durch Feuchtigkeit nicht beeinträchtigt
- Behältergröße und Einfüllöffnung sind abgestimmt auf das zu entsorgende Gut
- Sie öffnen sich beim Abstreifen von Kanülen nicht
- Sie sind eindeutig und verwechslungssicher durch Farbe, Form und Beschriftung als Abfallbehälter zu erkennen
- Die Abfallbehälter sind auf die Entsorgungskonzeption und auf die verwendeten Spritzensysteme abgestimmt, beispielsweise die Abstreifvorrichtung für verschiedene Kanülen-Anschlüsse
- Ihre maximale Füllmenge ist angegeben, ihr Füllgrad ist erkennbar

Eine Hilfestellung bietet die Broschüre „Abfallentsorgung – Informationen zur sicheren Entsorgung von Abfällen im Gesundheitsdienst“ der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).

### Abfallentsorgung beachten

Werden gefüllte Abfallbehälter bis zur weiteren Entsorgung zwischengelagert, müssen diese Sammelorte so gestaltet sein, dass durch die Art der Lagerung keine Gefahr besteht. Die Abfallbehälter müssen nach den Anforderungen der Entsorgung, zum Beispiel transportfest, feuchtigkeitsbeständig und fest verschließbar, ausgewählt und für jedermann erkennbar gekennzeichnet sein. Beim innerbetrieblichen Transport der Abfälle zu zentralen Lagerstellen und Übergabestellen



ist sicherzustellen, dass keine Abfälle austreten können.

Die Abfallsatzungen der Kommunen und die speziellen Anforderungen an die Abfallentsorgung für Arztpraxen bleiben dabei zu beachten. Es ist daher sinnvoll, sich bei der Gewerbeabfallberatung der örtlichen Gemeinde über die speziellen Modalitäten der Abfallentsorgung zu informieren.

Der Praxisinhaber ist verpflichtet, die Maßnahmen zur Abfallentsorgung in einem Hygieneplan festlegen. Dieser Hygieneplan sollte von jeder Mitarbeiterin in der Arztpraxis – auch der Reinigungskraft – unterschrieben werden und ist dann für das gesamte Praxisteam bindend.

■ ANTJE GÜNTHER

*Eine Übersicht über die Entsorgungsvorschriften für Praxisabfälle und einen Musterhygieneplan finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)*

Bitte nicht randvoll!  
Auch bei der Entsorgung von Kanülen sollten Sie die maximale Füllmenge berücksichtigen.

## CIRS-NRW: Ausgezeichnete Patientensicherheit



Für die CIRS-NRW-Partner nahm Dr. Michael Schwarzenau, Geschäftsführer der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL), den Preis entgegen.

Das Berichts- und Lernsystem für kritische Ereignisse in der Patientenversorgung, CIRS-NRW, ist im Rahmen des „Gemeinsamen Kongresses für Patientensicherheit“ in Hamburg ausgezeichnet worden. Das Projekt erreichte den zweiten Platz beim erstmals ausgeschriebenen „Deutschen Preis für Patientensicherheit“ des

Aktionsbündnisses für Patientensicherheit. Beworben hatten sich mehr als 70 Projekte.

CIRS-NRW tragen fünf Partner: die Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen, die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein und die KV Westfalen-Lippe. Sie sind der Überzeugung, dass eine Weiterentwicklung der Sicherheits- und Risikokultur am effektivsten sektoren- und berufsgruppenübergreifend erreicht werden kann. Durch gemeinsames Lernen aus berichteten Fällen soll die Patientensicherheit unter anderem in Krankenhäusern und Praxen erhöht werden.

Mit CIRS-NRW wurde in Nordrhein-Westfalen das erste flächendeckende, sektorenübergreifende Berichts- und Lernsystem für kritische Ereignisse als ein wichtiges Instrument zur Förderung der Patientensicherheit aufgebaut. ■HE

Mehr Infos unter [www.cirs-nrw.de](http://www.cirs-nrw.de) und beim Aktionsbündnis für Patientensicherheit unter [www.aps-ev.de](http://www.aps-ev.de)

## Land weitet Hausarzt-Aktionsprogramm aus

Das Land weitet sein „Hausarzt-Aktionsprogramm“ zur Förderung der hausärztlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen (NRW) aus. Ab sofort können 140 Städte und Gemeinden in NRW vom Hausarzt-Aktionsprogramm des Landes profitieren. Das sind 23 Kommunen mehr als im vergangenen Jahr, berichtet das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW.

Mit dem Hausarzt-Aktionsprogramm fördert das Land Niederlassungen, Anstellungen und Weiterbildungen im hausärztlichen Bereich mit bis zu 50.000 Euro in Städten und Gemeinden, in denen die hausärztliche Versorgung bedroht oder gar gefährdet sein kann,

zum Beispiel durch das altersbedingte Ausscheiden von Hausärzten. Insgesamt stellt das Land dafür in diesem Jahr 2,5 Millionen Euro zu Verfügung. Die Fördermittel werden vom Gesundheitsministerium vergeben.

Folgende Kriterien müssen die Kommunen erfüllen, um in das Programm aufgenommen zu werden: Sie dürfen nicht mehr als 25.000 Einwohner haben und der rechnerische Versorgungsgrad muss unter 75 Prozent liegen (Gemessen wird dies an der Zahl der vertragsärztlich tätigen Hausärzte, die jünger als 60 Jahre alt sind). Bislang wurden laut Ministerium im Rahmen des Hausarzt-Aktionsprogramms insgesamt 98 Anträge positiv bewilligt und entsprechend gefördert. ■HEI

Mehr Infos unter [www.hausarzt.nrw.de](http://www.hausarzt.nrw.de).

## Neuer Facharztverband in Nordrhein

Die Fachärzte in Nordrhein haben Anfang März einen neuen Verband gegründet. Zum Vorsitzenden haben die Verbandsmitglieder den Krefelder HNO-Arzt Dr. med. Joachim Wichmann gewählt, der auch Mitglied der Vertreterversammlung der KV Nordrhein ist.

Der neue Verband versteht sich als Interessenvertretung der Fachärzte in Nordrhein und kooperiert mit dem Deutschen Facharztverband (DFV). „Die Zusammenarbeit zwischen

den Facharztgruppen in Nordrhein war bislang schon gut, aber nur lose organisiert. Als Region mit einer der höchsten Facharztdichte Deutschlands werden wir strukturiert für den Erhalt der wohnortnahen Facharztversorgung kämpfen“, fasst Wichmann die Zielrichtung zusammen.

Der Facharztverband Nordrhein versteht sich als Basis für den gemeinsamen Facharztrenner. „Wir bearbeiten Themen, die den Fachärzten auf den Nägeln brennen“, erklärt Wichmann.



Dr. Joachim Wichmann

## DMP-Unterlagen im KVNO-Portal

Die Auswertungen rund um die Disease-Management-Programme (DMP) erhalten Praxen primär auf elektronischem Wege. Seit dem zweiten Quartal 2014 werden die quartalsweisen DMP-Reminder sowie die halbjährlichen DMP-Feedback-Berichte standardmäßig über das KVNO-Portal abrufbar. Sie werden nur noch auf Anfrage postalisch verschickt. Alle Teilnehmer wurden mit den letzten Remindern über die Umstellung informiert.

Neu ist ebenfalls, dass im Zuge der Umstellung auch Medizinische Fachangestellte

te auf den DMP-Bereich im Portal zugreifen können. Einzige Voraussetzung: Sie müssen angemeldet sein. Bei Fragen zur Anmeldung steht die Hotline der KV Nordrhein unter 0211 5970 8500 zur Verfügung.

Wer die Unterlagen auch in Zukunft schriftlich per Post erhalten möchte, kann dies per Fax beim DMP-Projektbüro des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) in Köln beantragen. Ein entsprechendes Formular findet sich im DMP-Bereich des KVNO-Portals sowie auf der Internetseite des ZI.

Weitere Informationen sowie das Faxformular finden Sie im DMP-Bereich des KVNO-Portals [www.kvnoportal.de](http://www.kvnoportal.de) sowie auf der Internetseite des ZI: [www.zi-dmp.de](http://www.zi-dmp.de)

## Mehr Geld für Medizinische Fachangestellte

Medizinische Fachangestellte (MFA) können sich freuen. Seit 1. April 2014 gibt es für sie drei Prozent mehr Gehalt. Damit ist die zweite Stufe des Gehaltstarifvertrages in Kraft getreten, auf den sich die Tarifpartner bereits im Juli 2013 geeinigt hatten. Auch Auszubildende verdienen seit 1. April 2014 mehr. Sie erhalten in allen drei Ausbildungsjahren 30 Euro zusätzlich pro Monat. Zum 1. April 2015 erhöht sich das Gehalt der Auszubildenden erneut um monatlich 30 Euro.

Mit dem neuen Tarifvertrag ist auch eine überarbeitete Vergütungsstruktur verbunden (wir berichteten). Diese bildet den Aufgabebereich von MFA nun präziser ab. Wer sich beispielsweise zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung weiterbildet, hat jetzt Anspruch darauf, in die Tätigkeitsgruppe V eingruppiert zu werden. Qualifikation bedeutet also mehr Gehalt. Der neue Tarifvertrag hat eine Laufzeit vom 1. April 2013 bis 31. März 2016.

Mehr Infos unter [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)  
KV | 140549

Bei uns werden Sie sicher fündig!

# KV**bo**örse

Von Praxisübernahme über  
Kooperationen bis hin zu  
medizinischen Geräten:

[www.kvboerse.de](http://www.kvboerse.de)



## Neue Impulse für den Praxisalltag

In Kooperation mit dem Verband medizinischer Fachberufe bietet das Institut für Qualität im Gesundheitswesen eine Fortbildung für Medizinische Fachangestellte an. Themen der Veranstaltung sind unter anderem der Arbeitsschutz in der Arztpraxis, die aktuellen Impfpfehlungen (inklusive HPV-Impfung) sowie der Stellenwert von Screening-Untersuchungen. Auf der Tagesordnung stehen zudem die Patientenführung und Kommunikation mit demenzten Patienten und ihren Angehörigen. Die Teilnahme ist kostenfrei.

**Termin** 21. Mai 2014  
15 bis 18.30 Uhr  
im Rahmen des Deutschen  
Ärztetages Düsseldorf 2014  
**Ort** Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstr. 9  
40474 Düsseldorf  
**Infos** Institut für Qualität  
im Gesundheitswesen  
Nordrhein  
**Telefon** 0211 4302 2751  
**Anmeldung** E-Mail [iqn@aekno.de](mailto:iqn@aekno.de)  
oder Fax 0211 4302 5751



## 117. Deutscher Ärztetag in Düsseldorf

Das »Parlament der Ärzteschaft« tagt in diesem Jahr in Düsseldorf. Hierzu entsenden die 17 deutschen Ärztekammern 250 Delegierte in die Landeshauptstadt. In der Tonhalle beginnt am 27. Mai um 10 Uhr die Eröffnungsveranstaltung. Die Plenarsitzungen beschäftigen sich unter anderem mit Gesundheits-, Sozial- und ärztlicher Berufspolitik, Prävention und den Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Informationen zum Programm und Teilnahmemöglichkeiten an den Veranstaltungen bietet die Homepage der Bundesärztekammer unter [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)

**Termin** 27. bis 30. Mai 2014  
**Ort** Stadthalle des Congress-  
Centers Düsseldorf (CCD)  
Rotterdammer Straße 141  
40474 Düsseldorf  
**Infos** Bundesärztekammer  
**Telefon** 030 400456-405 (-406)

## „Fehler“ brauchen „Kultur“

Die Fortbildung von IQN und Nordrheinischer Akademie richtet sich an Ärzte mit Mitarbeiter- und Weiterbildungsverantwortung. Thematisiert werden Möglichkeiten, die Patientensicherheit in Kliniken und Praxen zu erhöhen, beispielsweise Checklisten, die Einführung von und der Umgang mit CIRS (Critical-Incident-Reporting-System) sowie Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen. Anhand von Beispielen und Übungen werden die Kommunikation mit Mitarbeitern über Fehler und der Umgang mit Fehlern im Team sowie Strategien der Fehlervermeidung besprochen. Auch der Umgang und die Kommunikation mit Mitarbeitern nach schwerwiegenden Fehlerereignissen stehen auf der Agenda.

**Termin** 5. Juni 2014  
16 bis 19.45 Uhr  
**Ort** Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf  
**Infos** Andrea Ebels  
**Telefon** 0211 4302 2801  
**Anmeldung** [Andrea.Ebels@aekno.de](mailto:Andrea.Ebels@aekno.de)  
**Gebühr** 60 Euro

ZERTIFIZIERT | ■■■■■ Punkte

## Veranstaltungen für Mitglieder

14.05.2014	KV Nordrhein: Einführungsworkshop „Rational und rationell verordnen für neu niedergelassene Ärzte“, Köln
17.-23.05.2014	Nordrheinische Akademie: 78. Fortbildungskongress. Fort- und Weiterbildungswoche, Norderney
27.-30.05.2014	117. Deutscher Ärztetag, Düsseldorf
04.6./18.6.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement „Datenschutz“, Düsseldorf
05.06.2014	IQN/Nordrheinische Akademie: Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte in leitender Funktion: „Fehler brauchen Kultur“, Düsseldorf
06.6./04.7.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement „Arbeitssicherheit & Hygiene“, Düsseldorf
07.06.2014	KV Nordrhein/Ärzttekammer Nordrhein: Moderatorenausbildung, Aufbaukurs, Düsseldorf
13.06.2014	KV Nordrhein/Ärzttekammer Nordrhein: Moderatorenausbildung, Grundkurs, Düsseldorf
18.06.2014	IQN: Behandlungsfehlervorwürfe bei KHK und Herzrhythmusstörungen, Düsseldorf
19.-22.06.2014	Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG): Jahrestagung, Düsseldorf
27.06.2014	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf
02.07.2014	Kreisstelle Oberbergischer Kreis der KV Nordrhein: Mitgliederversammlung, Wiehl
05.07.2014	Nordrheinische Akademie: Impfkurs für niedergelassene Vertragsärzte, Düsseldorf

## Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

14.05.2014	KV Nordrhein: „Abrechnung Hausärzte“, Düsseldorf
21.05.2014	IQN/Verband medizinischer Fachberufe e.V.: Fortbildungstag im Rahmen des Deutschen Ärztetages „Neue Impulse für den Praxisalltag“, Düsseldorf
28.05.2014	KV Nordrhein: „Pharmakotherapie“, Köln
04.6./18.6.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement „Datenschutz“, Düsseldorf
06.6./04.7.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement „Arbeitssicherheit & Hygiene“, Düsseldorf
11.06.2014	KV Nordrhein: „IGe-Leistungen“, Düsseldorf
20.06.2014	KV Nordrhein: „Führungsqualitäten entwickeln“ - Grundlagentraining für die Erstkraft und leitende Praxismitarbeiterinnen, Köln
27.06.2014	KV Nordrhein: „Der Weg zu mehr Gelassenheit“ - Umgang mit stressigen Situationen, Köln

## Veranstaltungen für Interessierte und Patienten

04.06.2014	KV Nordrhein/Rheinische Post: „Nierenerkrankungen“, Düsseldorf
25.06.2014	KV Nordrhein/VHS Köln: „Bluthochdruck“, Köln

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) oder [www.aekno.de](http://www.aekno.de)

# Impressum

## Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

## Redaktion

Frank Naundorf (verantwortlich)  
Karin Hamacher, Dr. Heiko Schmitz

## Redaktionsbeirat

Dr. Peter Potthoff, Bernd Brautmeier,  
Frank Naundorf, Dr. Heiko Schmitz

## Druck

Echo Verlag, Köln

## Satz

Heike Merzhäuser | grafik+design | Bonn

## Anschrift der Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
40182 Düsseldorf  
Telefon 0211 5970 8106  
Telefax 0211 5970 8100  
E-Mail [redaktion@kvno.de](mailto: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](mailto:service.koeln@kvno.de)

## Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888  
Telefax 0211 5970 8889  
E-Mail [service.duesseldorf@kvno.de](mailto:service.duesseldorf@kvno.de)

## Formularversand

Petersstraße 17-19  
47798 Krefeld  
Telefon 02151 3710 00  
Telefax 02151 9370 655  
E-Mail [formular.versand@kvno.de](mailto:formular.versand@kvno.de)

„KVNO aktuell“ erscheint als Mitteilungsorgan für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 23 500

Die mit dem Namen des Verfassers gekennzeichneten Beiträge geben die Meinung des Autors, aber nicht unbedingt die Ansicht der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernimmt die Redaktion keine Gewähr.

Vorschau „KVNO ■ aktuell“ 6+7 | 2014

## ■ EBM

### Die Wirkungen in Nordrhein

## ■ Notfalldienst

### Ab Juli nur noch unter 116117

## ■ Datenschutz

### Auf Nummer Sicher in der Praxis

## ■ eHBA

### Neue Anwendungen mit Mehrwert

**Die nächste Ausgabe von „KVNO aktuell“  
erscheint am 26. Juni 2014.**

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
40182 Düsseldorf  
E-Mail [redaktion@kvno.de](mailto:redaktion@kvno.de)  
Tel. 0211 5970 0 · Fax 0211 5970 8100

[www.kvno.de](http://www.kvno.de)



**Engagiert für Gesundheit.**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein