

6+7 | 2014

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Hintergrund

EBM | Probleme bei
Gesprächen und Geriatrie

Schwerpunkt

Honorar | 3,4 Prozent
Steigerung vereinbart

Aktuell

Strukturvertrag | Drei
Pauschalen für Chroniker

Verordnungen

Arzneimittel | Quoten und
Zielwerte fast wie im Vorjahr



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Honorarvereinbarung:
3,4 Prozent mehr
Geld in Nordrhein

Aktuell

- 4 Drei Pauschalen
für Chroniker
- 6 Ab Juli nur noch
unter 116 117
- 7 Fahrdienste online
tauschen
- 9 Tipps zur Sonografie
der Säuglingshüfte
- 9 Studierende:
Lasst euch nieder
- 10 Standpunkt: Unzulässige
Einflussnahme
- 12 Schwangeren
in Not helfen

■ Praxisinfo

- 14 Neue Vergütung für
Schutzimpfungen ab 2014
- 14 Reiseschutzimpfungen:
Neuer AOK-Vertrag
- 15 AOK und LKK kündigen
Hausarztvertrag
- 15 Vergütung für Rotaviren-
Impfung ab 1. Juli 2014
- 15 DMP: Vergütungen
verändert
- 15 Basis-Assessment auch
ohne Geriatrie-Befund

- 16 Krankengeld: Lückenlose
AU-Bescheinigung
- 16 Humangenetik:
Vereinbarung verlängert
- 17 TK-Bonusprogramm: Blut-
untersuchung streichen
- 17 Blutzuckermessgeräte und
-teststreifen: AOK-Vertrag
- 17 Bescheinigung
für Schulen
- 18 Dialysepraxen: Mehr Zeit,
um Daten zu liefern
- 18 MRSA-Sanierung in der
häuslichen Krankenpflege

■ Verordnungsinfo

- 20 ICD-10-Code auf
Heilmittelverordnungen
angeben
- 20 Quoten und Zielwerte
kaum verändert
- 22 Off-Label-Use:
Tipps aus der Richtlinie
- 22 Online-Befragung
zum langfristigen
Heilmittelbedarf

Hintergrund

- 24 EBM-Reform:
Probleme mit Gesprächen
und Geriatrie

Berichte

- 26 Ärztetreffen in der
Gesundheitsstadt
- 28 Brennpunkt
Blase und Niere
- 29 Kooperation mit
Konsiliarbericht
- 30 Praxisabgeber treffen
Nachfolger

Service

- 31 Hautkrebs: Flyer und
Plakate klären auf
- 32 Medien für MFA
- 33 Kompakte Infos
für die Praxis
- 33 MFA-Fortbildung:
Neue Impulse für
den Praxisalltag
- 34 Kurs: Bereitschaftsdienst
kompakt
- 36 Dokumentation mit
der Digitalkamera
- 38 Sauber ist nicht
immer rein

In Kürze

- 40 Neue Ziffern für
MRSA-Leistungen
- 41 Pollenallergiker und
Pollenflugsaison 2014
- 41 Qualitätszirkel suchen
Mitglieder



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

es war viel los in den vergangenen Wochen. Bis Mitte Juni liefen die Kammerwahlen in Nordrhein. Ende Mai trafen sich die Delegierten der Vertreterversammlung der KBV und des Ärztetags in Düsseldorf. Nun ist die Zeit der Wahlkämpfe, Debatten und programmatischen Reden vorbei. Jetzt stehen die Ergebnisse im Vordergrund. So blicken wir in dieser Ausgabe auf den Status quo nach dem Ärztetag. Wir erläutern Ihnen, was bei den Honorarverhandlungen mit den nordrheinischen Krankenkassen herausgekommen ist, wo wir ein echtes Honorarplus von 3,39 Prozent aushandeln konnten. Und wir werfen einen Blick auf die bisherigen Auswirkungen der von uns kritisch begleiteten EBM-Reform. Tenor: Korrekturen an den bereits umgesetzten Änderungen sind richtig. Weitere Experimente sind hingegen verzichtbar.

Besonders spannend am Ärztetag war der Auftritt des neuen Bundesgesundheitsministers. Hermann Gröhe referierte ja erstmals vor dem Ärztetag-Auditorium. Es ist bekannt, dass die Strategen in Berlin an dieser Rede besonders intensiv feilen, denn sie wird als eine Art „Regierungserklärung“ für Pläne und Vorhaben der Großen Koalition fürs Gesundheitswesen betrachtet. Das Ergebnis fanden wir eher ernüchternd. Der Minister ließ zwar keinen Zweifel daran, dass er die Nähe und den Rat der Ärzteschaft sucht, deren Leistung er in höchsten Tönen zu würdigen wusste.

An entscheidenden Punkten aber zeigte er wenig Neigung, auf Argumente der Ärzteschaft

einzugehen. So scheint das Vorhaben einer Servicestelle für Facharzttermine trotz heftigen Gegenwinds beschlossene Sache zu sein. Hermann Gröhe sieht in der Vier-Wochen-Frist für einen Facharzttermin, über deren Einhaltung die KVen bürokratisch wachen sollen, eine „Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags“ – als seien die Wartezeiten lediglich Ausdruck eines unzureichenden Terminmanagements in Arzt- und Psychotherapeutenpraxen.

Zum Thema Wartezeiten ist inzwischen alles gesagt. Das gilt auch für das geplante Qualitätsinstitut, das die Frage aufwirft, welche Kriterien wir für Qualität im Gesundheitswesen haben – ohne Beteiligung der Ärzteschaft dürfte das nur schwer praxisnah zu ermitteln sein. Weiter beschäftigen wird uns hingegen das Thema ambulante Weiterbildung, insbesondere deren Finanzierung, und das Thema Prävention. Bei der Vorsorge müssen wir aufpassen: Die teilweise von Ärztevertretern selbst angezettelte Diskussion über einzelne Programme darf nicht dazu führen, dass die Prävention in der Bevölkerung an Bedeutung verliert. Der Ärztetag hat klar gemacht, dass die Vorsorge ein integraler Bestandteil ärztlicher Tätigkeit ist.

Herzliche Grüße

Dr. Peter Potthoff
Vorsitzender

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender

3,4 Prozent mehr Geld in Nordrhein

Nach relativ zähen Honorarverhandlungen verständigten sich die KV Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassen im Mai auf ein Honorarplus für die Vertragsärzte von gut 3,39 Prozent. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung steigt um 3,03 Prozent, dazu kommen weitere zweckgebundene Mittel.

Um gut 78 Millionen Euro steigt die Vergütung für die vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) – das entspricht einer Steigerung um 3,03 Prozent, die basiswirksam sind. Durch Erhöhungen in weiteren Bereichen steigt die Vergütung insgesamt um rund 3,39 Prozent oder 87,38 Millionen Euro.

Darin enthalten sind zum einen eine Anpassung der Vergütungsstruktur bei Schutzimpfungen (plus 0,14 Prozent), wo es zu deutlichen Vergütungszuwächsen kommt, und zum anderen eine zusätzliche Vergütung für weitere förderungswürdige Leistungen im fachärztlichen

Versorgungsbereich (plus 0,22 Prozent). Welche Leistungen dabei zusätzlich gefördert werden, also wie das Geld genau verwendet wird, stimmen die Vertragspartner derzeit noch ab.

„Mit der vereinbarten Steigerung haben wir ein akzeptables Ergebnis erreicht“, sagte Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Grund zur Euphorie besteht nicht, doch im Vergleich zu den Abschlüssen im übrigen Bundesgebiet steht die KV Nordrhein gut da. Zumal die 3,39 Prozent wirklich neue, zusätzliche Mittel betreffen und keine Fortschreibung von bereits in vergangenen Jahren erzielten Zuwächsen enthalten.

So steigt das Honorar

I. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung steigt um rund 3,03 Prozent.

Die Veränderung setzt sich wie folgt zusammen:

78,2 Mio. €

- | | | | | |
|----|---|------------|---|-------------|
| 1. | davon Anhebung des Punktwertes (von 10,00 auf 10,13 Cent) | + 1,3 % | = | 33,6 Mio. € |
| 2. | davon zur Stärkung der Grundversorgung | + 0,6013 % | = | 15,5 Mio. € |

II. Zusätzlich stellen die nordrheinischen Krankenkassen 32,2 Millionen Euro für einzelne Versorgungsbereiche zweckgebunden zur Verfügung.

Folgende Bereiche werden gezielt gefördert bzw. weiterentwickelt:

- | | | | | |
|----|---|----------|---|-------------|
| 1. | davon Anpassung der Vergütungsstruktur bei Schutzimpfungen | + 0,14 % | = | 3,5 Mio. € |
| 2. | davon zusätzliche Vergütung für förderungswürdige Leistungen im fachärztlichen Versorgungsbereich | + 0,22 % | = | 5,68 Mio. € |

Summe		+ 3,39 %	=	87,38 Mio. €
-------	--	----------	---	--------------

Vorgaben und Vereinbarungen

Grundsätzlich wurde bei der Vereinbarung die Veränderung der Morbidität, also des Auftretens und der Häufigkeit von Erkrankungen der im Rheinland wohnenden Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen, berücksichtigt. Auch die bundesweit fixierte Steigerung der Punktwerte für Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs auf 10,13 Cent ist in der nordrheinischen Vereinbarung enthalten. Außerdem umfasst der Honorarzuwachs Finanzmittel zur Stärkung der Grundversorgung.

Darüber hinaus verständigten sich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die rheinischen Krankenkassen darauf, bisherige Einzelleistungsvergütungen und Sonderverträge fortzuführen; auch die Zuschläge für ambulante Operationen und Begleitleistungen werden unverändert beibehalten. Das ist ein Erfolg, auch wenn die Zuschläge nicht steigen, denn die Krankenkassen hatten die Zuschläge

in den Verhandlungen komplett zur Disposition gestellt.

Mit Blick auf die Qualität der Versorgung in Nordrhein habe man sinnvolle Vereinbarungen getroffen, so Potthoff. Das bestätigen auch die Kassen, die versucht haben, den Honoraranstieg zu begrenzen und neues Geld möglichst zweckgebunden zur Verfügung zu stellen: „Wir konnten ein Gesamtpaket schnüren, das die Interessen beider Seiten ausgewogen berücksichtigt. Besonders positiv ist, dass die haus- und fachärztliche Grundversorgung sowie verschiedene Leistungen, die besondere Anforderungen an den Arzt stellen, gezielt gefördert werden“, sagt Günter Wältermann, Vorsitzender des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg.



Hält das Ergebnis für akzeptabel: Dr. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein

■ DR. HEIKO SCHMITZ



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

Schwerpunkt

KVNO aktuell 6+7 | 2014

Drei Pauschalen für Chroniker

Multimorbide Patienten behandeln – das kostet in den Hausarzt-Praxen oft viel Zeit. Um die Behandlung zu verbessern, hat die KV Nordrhein mit der AOK Rheinland/Hamburg einen Vertrag geschlossen, der für die Ärzte unbürokratisch ausgestaltet ist. Hausärzte und Pädiater, die daran teilnehmen, erhalten für die Behandlung betreuungsintensiver Patienten zusätzliches Honorar von bis zu 7,50 Euro je Fall. Den bislang geltenden Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung hatte die AOK Rheinland/Hamburg zum 30. Juni gekündigt.



Für die intensive Betreuung von multimorbiden AOK-Versicherten können Hausärzte zusätzliche Pauschalen abrechnen – wenn sie an dem Vertrag teilnehmen.

Der neue Strukturvertrag startet am 1. Juli 2014. Für den erhöhten Aufwand bei Beratung, Behandlung und Betreuung erhalten die teilnehmenden Ärzte eine zusätzliche Vergütung über Betreuungspauschalen. Die Basis hierfür bildet ein vertraglich festgelegter Katalog mit Diagnosen.

Die Diagnosen sind nach Schweregrad drei Betreuungspauschalen zugeordnet. Diese liegen bei 2,20 Euro, 3,00 Euro und 4,50 Euro. Die Pauschale können Sie für einen Patienten einmal im Behandlungsfall abrechnen. Bei-

spiel: Für einen Patienten, der an einer chronischen Nierenkrankheit im Stadium 4 leidet (ICD: N18.4G) erhält der Hausarzt zusätzlich 3,00 Euro. Denn diese Diagnose ist der Betreuungspauschale 2 zugeordnet.

Bis zu 7,50 Euro pro Fall extra

Es ist möglich, mehrere Pauschalen aus verschiedenen Indikationsgruppen im Behandlungsfall bis zu einem Betrag von 7,50 Euro abzurechnen. Das Honorar erhalten die Praxen extrabudgetär. Voraussetzung ist, dass die Ärzte gesicherte und endstellige ICD-10-Diagnosen kodieren. Teilnehmende Patienten müssen sie mit der Symbolnummer 91324 kennzeichnen. Die Betreuungspauschalen setzt die KV Nordrhein unbürokratisch und automatisch zu, um zusätzlichen Arbeitsaufwand für die Praxis zu vermeiden.

Die KV Nordrhein kann das zusätzliche Honorar nicht auszahlen, wenn der Patient an einem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (Paragraf 73b des Sozialgesetzbuchs V) teilnimmt und dort gleichzeitig Leistungen mit der gleichen Indikation abgerechnet wurden. Dies gilt analog für die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm, sofern die gleiche Indikation vorliegt. Hierfür wurde ein Katalog mit Indikationen abgestimmt, bei deren Vorlage eine Abrechnung von Betreuungspauschalen nach dem neuen Hausärzte-Strukturvertrag nicht möglich ist.

Teilnehmen können an dem Vertrag alle Hausärzte sowie Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin. „Einen separaten Antrag müssen Sie nicht stellen“, erläutert Dr. med. Peter Pott hoff, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Die Patienten müssen allerdings ein Teilnahmeformular ausfüllen bzw. unterzeichnen.

Von den Praxen wird eine umfassende und kontinuierliche Betreuung der multimorbiden Patienten, zum Beispiel durch eine konsequente Begleitung und eine bessere Kooperation zwischen den an der Behandlung beteiligten Ärzten erwartet. Gewünscht ist auch eine intensive persönliche ärztliche Beratung.

■ KVNO

Der Vertrag im Überblick

Ziel und Laufzeit

Die Rolle der hausärztlichen Versorgung soll gestärkt werden, um die Versorgung multimorbider Patienten zu verbessern ab 1. Juli 2014; der Vertrag läuft unbefristet.

Ärzte und Patienten

Teilnehmen können alle Ärztinnen und Ärzte, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören. Sie müssen viermal jährlich an einem Qualitätszirkel teilnehmen.

Teilnehmen können alle bei der AOK Rheinland/Hamburg versicherten Patienten mit Wohnort in Nordrhein. Die Patienten müssen die Teilnahme schriftlich gegenüber dem Hausarzt erklären. Die Formulare erhalten Sie über den Formularversand der KV Nordrhein in Krefeld.

Behandlung und Vergütung

Der Hausarzt erhält bei der Behandlung eines an einer chronischen Krankheit leidenden Patienten,

der an dem Vertrag teilnimmt, kontakt- und aufwandabhängige Betreuungspauschalen. Grundlage hierfür ist ein Katalog mit Diagnosen, die in drei Gruppen unterteilt sind: Betreuungspauschale 1, 2 und 3.

Die Betreuungspauschale können Sie für einen Patienten für jede der im Vertrag festgelegten Indikationsgruppe einmal im Behandlungsfall abrechnen. Es ist auch möglich, mehrere Pauschalen aus verschiedenen Indikationsgruppen im Behandlungsfall bis zu einem Betrag von 7,50 Euro abzurechnen.

Voraussetzung ist, dass Sie gesicherte und endstellige ICD-Diagnosen kodieren. Außerdem müssen Sie Behandlungen der Patienten mit der Symbolnummer 91324 kennzeichnen. Die Betreuungspauschalen setzt die KV Nordrhein automatisch zu.

Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und außerhalb der Regelleistungsvolumen mit den folgenden Betreuungspauschalen:

Legende	Vergütung	Symbolnummer
Kontaktabhängige Betreuungspauschale 1	2,20 Euro	91320
Kontaktabhängige Betreuungspauschale 2	3,00 Euro	91321
Kontaktabhängige Betreuungspauschale 3	4,50 Euro	91322

Betreuungspauschalen können Sie nicht abrechnen, wenn Sie im selben Behandlungsfall Leistungen nach einem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung (gemäß Paragraf 73b Sozialgesetzbuch V) oder einem DMP-Vertrag bei gleicher Indikation abrechnen.

Die Vertragsunterlagen und weitere Informationen finden Sie auf www.kvno.de | KV | 140705

Ab Juli nur noch unter 116 117

Der ambulante ärztliche Bereitschaftsdienst in Nordrhein-Westfalen ist ab dem 1. Juli 2014 nur noch über die bundesweite und kostenfreie Rufnummer 116 117 erreichbar. Die kostenpflichtige Rufnummer 0180 50 44 100 wurde abgeschaltet. Anrufer, die die alte Nummer wählen, hören noch bis zum Ende des Jahres eine Bandsage, die auf die 116 117 hinweist.

Über die 116 117, die sich nach ihrer bundesweiten Einführung im Frühjahr 2012 rasch etabliert hat, erreichen schon heute rund 80 Prozent der Anrufer außerhalb der Praxisöffnungszeiten die Arztrufzentrale NRW in Duisburg. Die Arztrufzentrale, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe betrieben wird, teilt Anrufern unter anderem mit, wo sich die nächstgelegene ambulante Notdienstpraxis befindet und wann sie geöffnet hat.

Für Patienten, die nicht in der Lage sind, die Notdienstpraxen aufzusuchen, koordiniert die Arztrufzentrale Hausbesuche im Rahmen des ambulanten ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

Die 116 117 (Fax-Nummer für Sprach- und Hörgeschädigte 0800 58 95 210 – Kontaktformular im Internet) ist aus dem Mobil- und Festnetz kostenfrei zu folgenden Zeiten erreichbar:

- Montag, Dienstag, Donnerstag von 18 bis 8 Uhr am Folgetag
- Mittwoch und Freitag von 13 bis 8 Uhr am Folgetag
- Samstag, Sonntag, Feiertage von 8 bis 8 Uhr am Folgetag

Eine Million Anrufe pro Jahr

Welche Dimension der ambulante ärztliche Notfalldienst in Nordrhein-Westfalen hat, zeigt die Zahl der Anrufe in der Arztrufzentrale: 2013 nahmen die Mitarbeiter in Duisburg insgesamt rund eine Million Anrufe entgegen, die meisten davon an Wochenenden und Feiertagen – das größte Anrufvolumen besteht an Samstagvormittagen. An einem normalen Wochentag bearbeitet die Arztrufzentrale im Schnitt etwa 1.200 Anrufe, an Wochenenden sind es pro Tag etwa 7.000. An einzelnen Weihnachtstagen im vergangenen Jahr wurden sogar über 10.000 Anrufe gezählt.

Im Durchschnitt wird ein Anruf innerhalb von nur 30 Sekunden angenommen – zu Spitzenzeiten aber kann es zu Wartezeiten kommen. Wer in der Warteschleife landet, sollte etwas Geduld haben und nicht auflegen, damit er sich beim erneuten Anruf nicht wieder „hinten anstellen“ muss: Die Anrufe werden in der Reihenfolge ihres Eingangs abgearbeitet. An Wochenenden und Feiertagen mit besonders vielen Anrufen und Einsätzen wird das Personal in der Arztrufzentrale NRW aufgestockt. Dann sind auch mehr Ärztinnen und Ärzte im Bereitschaftsdienst im Einsatz als sonst. ■ KVNO

116 117

**DIE NUMMER, DIE HILFT!
BUNDESWEIT.**

Der ärztliche
Bereitschaftsdienst
der Kassenärztlichen
Vereinigungen

Fahrdienste online tauschen

Starke Schmerzen oder hohes Fieber, und das am Wochenende – Fälle für den ärztlichen Notfalldienst. Ist ein Arzt jedoch für einen bestimmten Notdienst eingeteilt und kann diesen nicht wahrnehmen, hat er die Möglichkeit zu tauschen. Die Kreisstelle Stadt Aachen bietet für notärztliche Fahrdienste seit Kurzem eine Online-Tausch-/Vertreterbörse an.

Besondere Ereignisse erfordern besondere Maßnahmen. So könnte man die Idee zur Notdienst-Tauschbörse in Aachen beschreiben. „Fahrdienste sind in unserer Region bei einigen Kollegen zunehmend unbeliebter geworden, nicht zuletzt auch wegen der Vergütung“, erklärt Dr. H. Wolfgang Claßen, HNO-Arzt und Vorsitzender der Kreisstelle Stadt Aachen. „Andererseits wissen wir aber, dass es vor allem unter den Ärzten ohne eigene Praxis viele gibt, die gerne Fahrdienste übernehmen“, sagt Claßen. Bisher wussten diese aber meist nicht, wer eine Vertretung sucht.

Daher habe man nach einer „Win-Win-Strategie“ gesucht, mit der sich Angebot und Nachfrage von Fahrdiensten für beide Seiten einfach, transparent und unkompliziert regeln lassen. „Die Plattform, die seit November 2013 online ist, funktioniert wie ein ‚Schwarzes Brett‘. Wer einen Dienst zu vergeben hat, kann diesen nun in der Tauschbörse anbieten.

Plattform entlastet Kreisstelle

Die Angebote erscheinen auf der Plattform zunächst anonym. Erst wenn der Suchende Kontakt mit dem Interessenten aufgenommen hat, werden den Beteiligten Name und weitere Daten angezeigt.

Zu finden ist das Angebot im KVNO-Portal nach persönlicher Anmeldung unter „Service“. Ärzte ohne persönliche Arztnummer melden

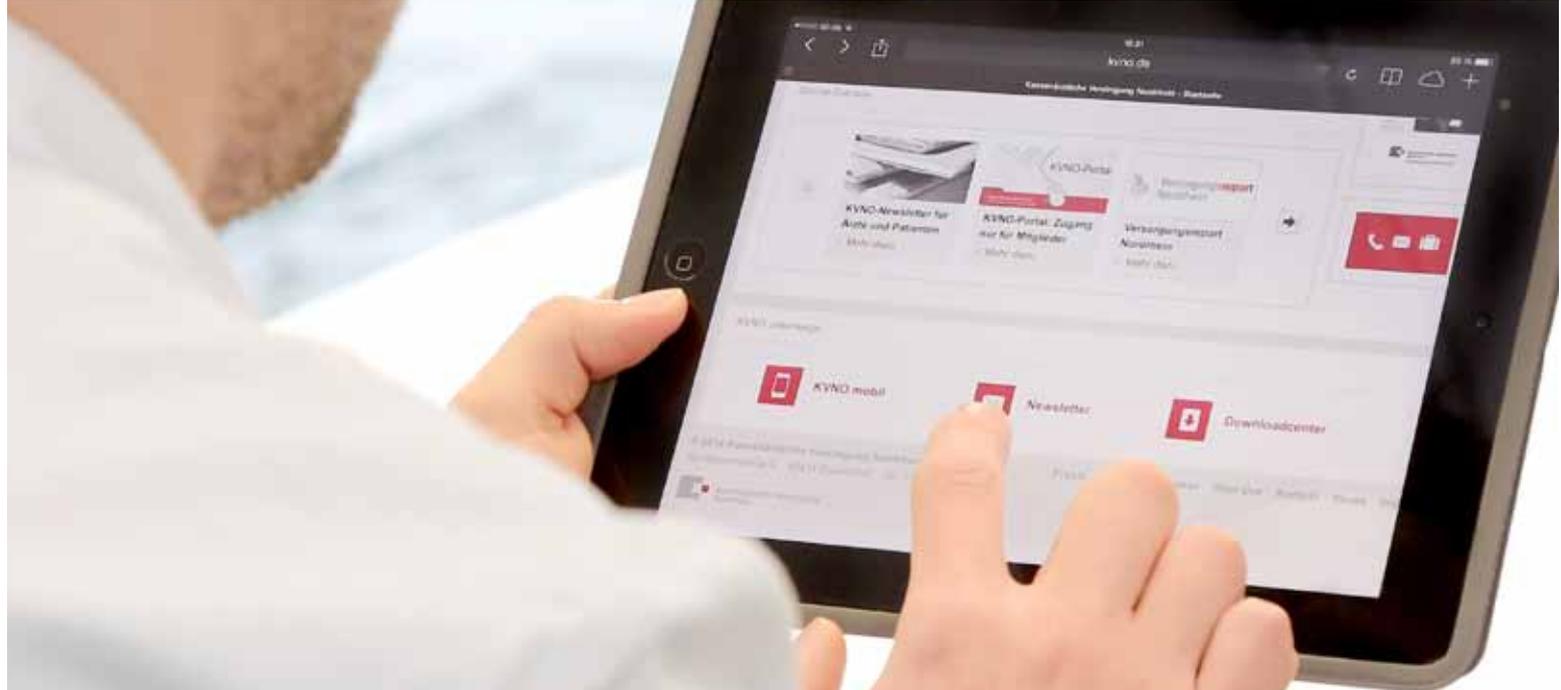


sich unter Benutzernamen/Kennwort „Notdienst/Aachen“ an. Die Plattform ist aber nicht nur für die Ärzte praktisch, sondern auch für die Kreisstelle. Denn sind die für den Tausch relevanten Daten einmal im System eingetragen, werden sie gespeichert. Eine weitere Dokumentation des Tausches ist nicht nötig.

Bisher ist das Angebot der Kreisstelle allerdings noch nicht ausreichend bekannt. Claßen rechnet aber damit, dass sich das ändert, sobald die neue Jahresplanung der Notdienste im Spätsommer bekanntgegeben wird. Hat sich das Angebot erst einmal etabliert, könnte es ihm zufolge künftig sogar Schule machen.

■ SIMONE HEIMANN

Sowohl niedergelassene Mediziner als auch Krankenhausärzte können die Online-Tauschbörse in Aachen nutzen.



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

Tipps zur Sonografie der Säuglingshüfte

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat eine Broschüre zur Sonografie der Säuglingshüfte herausgegeben. Sie richtet sich an Fachärzte, die Hüftsonografien durchführen.

Die 38-seitige Broschüre bietet einen Überblick über die Sonografie der Säuglingshüfte, die im Rahmen der dritten Früherkennungsuntersuchung (U3) vorgeschrieben ist. Die Untersuchung wird in der Regel zwischen der 4. und 5. Lebenswoche des Säuglings von einem Facharzt der Orthopädie oder Pädiatrie durchgeführt.

Ärzte erfahren Schritt für Schritt, wie sie die Untersuchung richtig durchführen und dokumentieren. Die Autoren greifen dabei auch die häufigsten Fehlerquellen auf. Sie zeigen anhand von Beispielen aus dem Praxisalltag und Ultraschallbildern, welche Fehler es geben kann und wie sie vermieden werden.

Bestelladresse

Mitglieder der KV Nordrhein erhalten die Broschüre kostenlos. Fordern Sie Ihr Exemplar an bei:

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



Grundlage für den Leitfaden sind die Anforderungen aus der Qualitätssicherung. Seit 2006 ist die Sonografie der Säuglingshüfte qualitätsgesichert. Die Vereinbarung ist zum 1. April 2012 grundlegend überarbeitet worden. Teil der Qualitätssicherung sind regelmäßige Dokumentationsprüfungen. Die Autoren betonen, dass die Broschüre einen Kurs oder die Lektüre eines Lehrbuchs nicht ersetzen könne. ■ NAU

Die Broschüre können Sie auch über die Internetseiten der KBV oder der KV Nordrhein herunterladen unter www.kvno.de KV | 140709

Studierende: Lasst euch nieder

Mit einer Kampagne unter dem Motto „Lass dich nieder“ wollen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) angehende Ärzte für die Arbeit in der Praxis begeistern. Für die Kampagne traten ausschließlich Medizinstudierende vor die Kamera. In der ersten Phase im Mai waren sie auf 830 Plakaten und Litfaßsäulen in 37 Universitätsstädten zu sehen.

„Besonders bei Fachrichtungen, die für die ambulante Versorgung vor Ort gebraucht werden, zeichnet sich ein Mangel an niedergelassenen Ärzten ab. Für uns ist es daher besonders wichtig, junge Mediziner bereits früh zu informieren“, erläutert Dr. med. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV.

Auf der Kampagnen-Website erfahren Nachwuchsmediziner alles Wissenswerte rund um

das Thema Niederlassung. So können die Interessierten via Online-Test herausfinden, welcher Niederlassungstyp sie sind. Zudem erhalten sie einen Überblick über die Weiterbildungs- und Niederlassungsförderungen der 17 KVen.

Promotion-Teams haben den Start der Kampagne an vielen Universitätsstandorten begleitet. Ziel der Aktionen war es, Medizinstudenten in höheren Semestern mit Flyern über die Niederlassung zu informieren.

■ HEI



Kampagnen-Website: www.lass-dich-nieder.de

Unzulässige Einflussnahme

Barbara Lubisch

Krankenkassen setzen psychisch Kranke unter Druck – offenbar, um Behandlungshonorare und Krankengeld zu sparen. Das zeigt eine Befragung der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV). Über das Vorgehen der Kassen berichtet Dipl.-Psych. Barbara Lubisch, Bundesvorsitzende der DPtV und Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Immer öfter kommt es vor, dass psychisch kranke Menschen während ihrer Behandlungszeit von den Krankenkassen mit Anrufen und Befragungen unter Druck gesetzt werden. Die Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung hat rund 2.600 Mitglieder befragt. Die Auswertung zeigt, wie verbreitet dieses Vorgehen ist. Anscheinend reagieren die Kassen damit auf den durch psychische Krankheiten ausgelösten Kostenanstieg.

» **Berater drängen Patienten wieder zu arbeiten – oder zu kündigen.** «

de ich (von der Krankenkasse) zu einem persönlichen Gespräch eingeladen. Die Beraterin befragte mich über mein Krankheitsbild, worauf ich erklärte, dass ich in Psychotherapie bin. Sie wollte wissen, was der Auslöser gewesen sei. Sie riet mir, ich solle einen Auflösungsvertrag mit meiner Firma machen. Bei einem zweiten Termin eröffnete meine Sachbearbeiterin das Gespräch mit dem Satz, ich sei wegen der Arbeit krank."

Die Patienten werden von Sachbearbeitern angerufen oder zu einem Termin einbestellt. Ziel dieser Interventionen ist ganz offensichtlich, Behandlungshonorare oder Krankengeld einzusparen. Die „Berater“ drängen die Versicherten dazu, die Behandlung schnell zu beenden und wieder zur Arbeit zu gehen. Manchmal wird den Patienten nahegelegt, die Arbeitsstelle zu kündigen. In diesem Fall wären die Kassen trotz fortwährender Krankheit der Patienten von der Pflicht entbunden, Krankengeld zu zahlen, weil das Arbeitsamt für den Unterhalt zuständig würde.

Kein Einzelfall: Ein Psychotherapeut berichtet, eine Krankenkasse habe sich bei seiner Patientin telefonisch nach dem Gesundheitszustand erkundigt, wobei die Frage gestellt worden sei, ob sie ihre Arbeitsstelle nicht kündigen wolle.

Durch solche Interventionen fühlen sich die Betroffenen massiv verunsichert. Die Nachstellungen der Kassen hätten bei einer Patientin „starke Angst hervorgerufen“, berichtet ein Psychotherapeut. „Ich war emotional so angeschlagen, dass ich weinen musste“, so eine Patientin über das Beratungsgespräch mit einer Sachbearbeiterin. „Ich war wie auf einem Präsentierteller. Jeder im Raum bekam meinen Weinkrampf und das Gespräch mit.“

In einem von der DPtV dokumentierten Erfahrungsbericht einer Patientin heißt es: „Nach einem Krankenstand von drei Monaten wur-



Barbara Lubisch kritisiert, dass Kassen immer wieder psychisch Kranke unter Druck setzen.

Trotz unzureichender Fachkenntnisse versuchen Kassen-Mitarbeiter, sich in das Therapieschehen einzumischen. Mal wird Patienten nahegelegt, den Therapeuten oder Arzt zu wechseln, mal werden sie bedrängt, Antidepressiva zu nehmen oder entgegen dem Votum des behandelnden Therapeuten stationäre Maßnahmen zu beginnen. Offenbar schüren die „Berater“ immer wieder die Angst, die Kasse werde existenzielle Geldleistungen verweigern. „Der Sachbearbeiter hat der Versicherten gedroht, ihr das Krankengeld zu streichen, wenn sie die stationäre Maßnahme weiter ablehnt“, berichtet ein Psychotherapeut.

Ähnliche Erfahrungen machte eine Patientin, die auf eine entsprechende Nachfrage hin angab, keine Antidepressiva zu nehmen: „Da meinte die Sachbearbeiterin, dass die Patientin dann wohl das Krankengeld nicht bekäme. Die Patientin schilderte die Sachbearbeiterin als sehr unfreundlich, fast schon bedrohlich in ihren Äußerungen“, so ein Therapeut.

Offenbar behaupten Krankenkassen-Mitarbeiter oder von ihnen angeheuerte externe Dienstleister (beispielsweise Call-Center) immer wieder, die Patienten seien zu Auskünften über ihre Erkrankung verpflichtet. Die DPTV stellt dazu klar: Das ist nicht richtig. Die Patienten sollten sich weigern, Informationen über die Krankheit und den Psychotherapieverlauf herauszugeben.

Zwar haben gesetzlich Versicherte die Pflicht, auf Verlangen der Krankenkasse

Auskünfte über Daten zu geben, die diese für ihre Aufgaben benötigt, zum Beispiel über das Einkommen. Krankenkassen können auch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen

» Kassen dürfen sich nicht in die Therapie einmischen.«

(MDK) mit gutachterlichen Stellungnahmen zur Arbeitsunfähigkeit beauftragen. Die Überwachung oder gar Einmischung in eine Therapie ist aber sowohl der Krankenkasse als auch dem MDK und erst recht externen Dienstleistern untersagt.



Geschützter Raum – Therapeuten kritisieren, dass Krankenkassen Patienten unter Druck setzen. Dies habe „verheerende Folgen“.

Die DPTV kritisiert die Versuche von Krankenkassen, ins Therapieschehen einzugreifen, als unzulässig und unverantwortlich. Psychische Krankheiten sind oft langwierig. Eine Psychotherapie lässt sich durch Druck nicht beschleunigen. Im Gegenteil: Solche Interventionen sind für die Patienten verheerend und

deshalb auch für die Krankenkassen kontraproduktiv. Es wäre sinnvoller, die Kassen würden das Geld,

das sie für ihre angeblichen Beratungsdienste ausgeben, in die Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung stecken.

■ BARBARA LUBISCH

Schwangeren in Not helfen

Nicht alle werdenden Mütter sind glücklich und zufrieden: Es gibt auch solche, die Angst haben und sich nicht trauen, sich zu offenbaren. Ein neues Bundesgesetz zur Regelung der vertraulichen Geburt soll ihnen helfen, damit sie ihre Kinder nicht heimlich zur Welt bringen oder gar töten. Beratungsstellen helfen Ärzten, damit sich für schwangere Frauen in problematischen Situationen die beste Lösung findet.

Eine Frau, im sechsten Monat schwanger, die diesen Zustand schamhaft verschweigt. Zuhause hat sie einen gewalttätigen Mann, der

das Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt in Kraft.

An Beratungsstellen vermitteln

„Es gibt zwar seit rund zehn Jahren Babyklappen bei verschiedenen Krankenhäusern – und manche haben auch schon die Möglichkeit einer anonymen Geburt angeboten. Doch bisher existierte bundesweit keine rechtliche Grundlage hierfür“, erklärt Barbara Hildebrand-Vohl einen Grund für die neue Gesetzgebung. Das Bundesfamilienministerium will auf diese Weise Schwangere davon abhalten, in ihrer Not das Kind heimlich auf die Welt zu bringen und danach womöglich auszusetzen oder zu töten.

Jährlich gibt es nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums rund 100 anonyme Geburten in Deutschland, bis zu 35 Säuglinge werden ausgesetzt oder kommen im schlimmsten Fall ums Leben. Auch Mediziner – vor allem Hausärzte und Gynäkologen – können ihren Anteil leisten, um dies zu verhindern, indem sie Frauen in Notsituationen frühzeitig unterstützen.

Barbara Hildebrand-Vohl nennt Beispiele: „Es kann sein, dass eine Frau über unklare Bauchschmerzen klagt und der Hausarzt sich fragt, ob sie ein Kind erwartet. Oder der Frauenarzt bemerkt bei einer Schwangeren Anzeichen von persönlichen Problemen wie im oben beschriebenen Fall. Dann ist es möglich, die Frauen an



Mit konkreten Angeboten will der Gesetzgeber Schwangeren in Not helfen, damit sie ihr Kind nicht heimlich zur Welt bringen, nach der Geburt aussetzen oder gar töten.

sie schlägt – und das Kind stammt von einem anderen, denn sie ist fremdgegangen. Was nun? Das ist ein typischer Fall, den Barbara Hildebrand-Vohl geschwind aus ihrer täglichen Praxis skizziert.

Seit sieben Jahren berät sie Schwangere bei „donum vitae“ in Bottrop, Gelsenkirchen und Gladbeck. Der Name bedeutet „Geschenk des Lebens“. Und der christlich getragene Verein hat nun eine neue Möglichkeit, gemeinsam mit den behandelnden Ärzten den werdenden Müttern zu helfen, die das Kind anonym auf die Welt bringen wollen: Am 1. Mai 2014 trat

eine der 200 Beratungsstellen von ‚donum vitae‘ oder an die Schwangerenberatungen von Caritas, Pro Familia, Diakonie und dem Sozialdienst Katholischer Frauen weiterzuvermitteln.“

Geschützte Geburt unter Pseudonym

Unter der Nummer 0800 40 40 020 des kostenfreien Hilfetelefon erhalten nicht nur die Betroffenen Rat und Hilfe, dort können auch Ärzte oder ihre Mitarbeiter Auskunft über die nächstgelegenen Beratungsstellen bekommen. Viele Informationen gibt es zudem im Internet unter www.geburt-vertraulich.de

„Entscheidet sich eine Frau für eine vertrauliche Geburt, dann bespreche ich mit ihr ein Pseudonym – etwa ‚Greta Garbo‘. Danach kündige ich dem Arzt, der sie künftig behandeln wird, ebenso wie der Hebamme und dem Krankenhaus an, dass sich ‚Greta Garbo‘ bei ihnen melden wird. Auch das Jugendamt bekommt Bescheid über die bevorstehende vertrauliche Geburt“, erläutert Barbara Hildebrand-Vohl den Ablauf.

Auf diese Weise soll gesichert werden, dass Mutter und Kind schon vor der Geburt gut medizinisch betreut werden sowie alle notwendigen Vorsorgeuntersuchungen erhalten – geschützt durch die Anonymität. Die Kosten hierfür werden vom Bundesfamilienministerium übernommen. Anschließend kann

dann eine Adoption in die Wege geleitet werden, oder eine Pflegefamilie nimmt das Kind auf. Hildebrand-Vohl: „Die Pflegefamilie oder die Adoptiveltern wissen dann alles Notwendige über den gesundheitlichen Zustand des Säuglings, was sonst nicht immer der Fall ist. Und die wahre Identität der Mutter kenne zu diesem Zeitpunkt nur ich.“ Die Beraterin hinterlegt den Namen ebenso wie den Wunschnamen für das Kind in einem Umschlag beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA). Dieser kann von Vertretern des Jugendamtes für das Kind geöffnet werden, sobald es 16 Jahre alt ist – und es erfährt so seine ursprüngliche Herkunft.

Für Beraterin Barbara Hildebrand-Vohl ist die vertrauliche Geburt eine von vielen Lösungsmöglichkeiten, die sie werdenden Müttern in einer Notlage anbieten kann: „Wir können finanzielle Unterstützungen anbieten, familienbegleitende Dienste oder eine Unterkunft in einem Mutter-Kind-Heim. So ergibt es sich oft, dass die Frauen sich ein Leben mit Kind vorstellen können.“ Sie wünscht sich, dass nicht nur die Ärzte die Probleme von Schwangeren, die anonym bleiben wollen, ernst nehmen – sondern auch ihre Mitarbeiter: „Diese Frauen haben das Recht, ihren Namen nicht zu nennen. Dafür gibt es die Angebote der anonymen Beratung.“ ■ NATASCHA PLANKERMANN

Infos zur vertraulichen Geburt

Die Informationsbroschüre zum Gesetz, Flyer, Plakate und Faltblätter mit einer Übersicht der Handlungsschritte können Sie beziehen über:

Publikationsversand der Bundesregierung
 Postfach 481009
 18132 Rostock
 Telefon 03018 27 22 721
 E-Mail publikationen@bundesregierung.de
www.bmfsfj.de



Neue Vergütung für Schutzimpfungen ab 2014

Mit den nordrheinischen Krankenkassenverbänden hat sich die KV Nordrhein auf eine Anpassung der seit 2008 gültigen Honorare für Schutzimpfungen und eine neue Vergütungsstruktur verständigt. Die neue Vergütungssystematik

sieht eine Anhebung der Vergütung für die Einfachimpfungen, Influenza-Impfungen, Zwei- und Dreifachimpfungen sowie für die Sechsfachimpfungen vor. Leicht reduziert wird die Vergütung bei den Vier- und Fünffachimpfungen sowie bei der HPV-Impfung.

Darüber hinaus gibt es künftig eine neue Leistung, die sogenannte Impfberatung. Die Impfberatung kann als alleinige Leistung abgerechnet werden, wenn eine Beratung

zum Impfen nach dieser Vereinbarung stattfindet, ohne dass bei dem Arzt-Patienten-Kontakt auch eine Impfung durchgeführt wird. Die Impfberatung ist nicht gesondert abrechnungsfähig, wenn ein Patient im selben Quartal kurativ behandelt wird.

Die bisherige Leistung „jede weitere Impfung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt“, die mit 4,02 Euro je Impfung vergütet wurde, entfällt. Das bedeutet, dass jede weitere Impfung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt mit der regulären Vergütung und nicht mehr mit der reduzierten Vergütung honoriert wird.

Die neuen Vergütungen:

Impfung	Vergütung
Einfachimpfung	7,40 Euro
Einfachimpfung Influenza	7,40 Euro
Zweifachimpfung	9,50 Euro
Dreifachimpfung	9,50 Euro
Vierfachimpfung	11,00 Euro
Fünffachimpfung	13,00 Euro
Sechsfachimpfung	19,50 Euro
Impfberatung als alleinige Leistung	4,00 Euro

Die Vergütung für die Ein-, Zwei-, Drei- und Sechsfach- und die Influenzaimpfung steigt rückwirkend zum 1. Januar 2014. Auch jede weitere Impfung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt wird rückwirkend zum 1. Januar 2014 mit der vollen Vergütung honoriert. Die Vergütungserhöhungen für die Ein-, Zwei-, Drei- und Sechsfach-, für die Influenzaimpfungen und für die Impfungen beim selben Arzt-Patienten-Kontakt für das 1. Quartal 2014 findet mit der Abrechnung des 2. Quartals 2014 statt.

Die Absenkung der Vergütung bei der Vier- und Fünffachimpfung sowie bei der HPV-Impfung gilt ab dem 1. Juli 2014. Die Impfberatung als alleinige Leistung wird ebenfalls ab 1. Juli 2014 vergütet. Für die Abrechnung verwenden Sie bitte die Symbolnummer 89090.

Weitere Informationen finden Sie im Rheinischen Ärzteblatt und unter www.kvno.de | **KV | 140714**

Reiseschutzimpfungen: Neuer AOK-Vertrag

Zum 1. Juli 2014 bietet die AOK Rheinland/Hamburg bestimmte Satzungsimpfungen an, die Versicherte, die im Bezirk der KV Nordrhein wohnen, in Anspruch nehmen können. Bei den Satzungsimpfungen handelt es sich um die Reiseschutzimpfungen Hepatitis A, Hepatitis B, Typhus, Cholera, Gelbfieber, Japanische Enzephalitis sowie die Mehrfachimpfungen Hepatitis A und B sowie Typhus und Hepatitis A.



Mit der „Impfberatung“ gibt es in der Vereinbarung eine neue Leistung.

Die KV Nordrhein und die AOK Rheinland/Hamburg vereinbarten eine Vergütung in Höhe von 12 Euro je Einfachimpfung und 21 Euro je Mehrfachimpfung. Für jede weitere Impfung beim selben Arzt-Patienten-Kontakt erhalten Sie die volle Vergütung. Die Vergütung der Reiseschutzimpfungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Wie bei den bereits bestehenden Vereinbarungen über die Durchführung von Satzungsimpfungen verordnen Sie den Impfstoff mit dem Muster 16 auf den Namen des Versicherten zu Lasten der AOK Rheinland/Hamburg. Die Versicherten müssen die gesetzlichen Zuzahlungen für Impfstoffe leisten.

Den Vertrag sowie eine Übersicht mit den zusätzlichen Satzungsimpfungen der einzelnen Kassen inklusive Symbolnummern finden Sie unter www.kvno.de

KV | 140715

AOK und LKK kündigen Hausarztvertrag

Die AOK Rheinland/Hamburg und die Landwirtschaftliche Krankenkasse haben die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung mit der KV Nordrhein zum 30. Juni 2014 gekündigt. Die AOK Rheinland/Hamburg hat einen neuen Vertrag zur Verbesserung der Versorgung besonders von chronisch kranken und multimorbiden Patienten geschlossen, der am 1. Juli 2014 beginnt. Mehr Infos zu diesem Vertrag finden Sie auf den Seiten 4 und 5 dieser Ausgabe von KVNO aktuell.

Vergütung für Rotaviren-Impfung ab 1. Juli 2014

Die KV Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassenverbände haben sich auf eine Vergütung für die Impfung gegen Rotaviren verständigt. Die Impfung ist neu in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen worden. Sie wird ab 1. Juli 2014 als Einfachimpfung mit

7,40 Euro vergütet. Bitte verwenden Sie für die Abrechnung die Symbolnummern 89127A beziehungsweise 89127B. Eine Privatliquidation ist ab dem 1. Juli 2014 nicht mehr möglich.

Weitere Informationen finden Sie unter www.kvno.de

KV | 140715

DMP: Vergütungen verändert

Mit den Krankenkassen wurden Änderungen an den Vergütungen der Disease-Management-Programme (DMP) vereinbart. Diese gelten ab 1. Juli 2014.

Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2: Die Betreuungspauschalen 90310, 90310A und 90321 sinken um jeweils zwei Euro. Denn die in den Leistungsinhalten genannten Laborleistungen sind nur nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechnungsfähig.

Teilnahme von Patienten an mehreren DMP: Bei Patienten, die zeitgleich an mehreren DMP teilnehmen und vom selben koordinierenden Arzt betreut werden, sinkt die Vergütung der zweiten und jeder weiteren Folgedokumentation pro Quartal künftig auf fünf Euro.

Angabe einer gesicherten Diagnose für die Einschreibung des Patienten: Patienten in allen DMP können nur dann rechtsgültig eingeschrieben werden, wenn eine gesicherte Diagnose vorliegt. Die KV Nordrhein wird eine Positivliste als Orientierung für einschreibungsrelevante ICD-10-Diagnosen veröffentlichen. Diese soll ab dem 1. April 2015 verbindlich gelten, so dass Abrechnungen von DMP-Leistungen nur mit einer der dort genannten ICD-10-Diagnosen vorgenommen werden können.

Basis-Assessment auch ohne Geriatrie-Befund

Das geriatrische Basis-Assessment können Ärzte nach Angaben der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung auch dann abrechnen, wenn die Untersuchungen ergeben, dass es keinen geriatrischen Versorgungsbedarf gibt. Wichtig ist, die Abklärung zu dokumentieren, um etwaigen Nachfragen der Krankenkassen begegnen zu können.

Krankengeld: Lückenlose AU-Bescheinigung notwendig

Versicherte erhalten nur Krankengeld von ihrer Krankenkasse, wenn die Arbeitsunfähigkeit (AU) lückenlos nachgewiesen ist. Entscheidend ist, wann genau der Arzt die Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat. Darauf weist das Bundesversicherungsamt hin. Denn immer wieder kommt es zu Problemen bzw. haben Patienten Schwierigkeiten, ihren Krankengeldanspruch gegenüber der Krankenkasse geltend zu machen.

Der Anspruch auf Krankengeld entsteht im Anschluss an die meist sechswöchige Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber von dem Tag an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit erfolgt. Die Kassen prüfen den Anspruch des Patienten anhand der einzelnen ärztlichen Bescheinigungen. Dabei gewähren sie das Krankengeld abschnittsweise immer nur für die Zeit, die der Arzt bescheinigt. Endet die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, endet auch der Anspruch auf Krankengeld.

Beispiele für eine gültige und lückenlose Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung: Gilt eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bis Dienstag, muss sich der Patient für eine Fortzahlung des

Krankengeldes spätestens an diesem Dienstag erneut beim Vertragsarzt vorstellen und sich eine Folgebescheinigung ausstellen lassen. Dann erhält er ab Mittwoch weiterhin Krankengeld.

Dies gilt auch für eine Arbeitsunfähigkeit, die am Wochenende endet. Nach einem aktuellen Urteil des Bundessozialgerichtes sind die Versicherten verpflichtet, sich bereits am Freitag vor dem Wochenende eine Folgebescheinigung ausstellen zu lassen. Kommen die Versicherten dieser Verpflichtung nicht nach, gelten sie als gesund und haben keinen Anspruch auf Krankengeld.

Die lückenlose Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit ist vor allem auf dem Muster 17 (Bescheinigung für die Krankengeldzahlung bzw. sogenannter „Auszahlungsschein“) wichtig. Aber auch für die AU-Bescheinigung (Muster 1) ist sie in bestimmten Konstellationen Voraussetzung für den Anspruch auf Krankengeld, zum Beispiel bei Ende des Beschäftigungsverhältnisses. Bitte beachten Sie: Falsche Auskünfte des Vertragsarztes können Schadensersatzansprüche des Patienten nach sich ziehen.

Humangenetik: Vereinbarung verlängert

Mit der Neubewertung der humangenetischen Leistungen im EBM im Juni 2013 hatte der Bewertungsausschuss eine Weiterentwicklung zum 1. Juli 2014 vereinbart. Diese Frist ist bis zum 1. April 2015 verlängert worden. Die in dem Zusammenhang vereinbarte Befristung der Präzisierung der Leistungsinhalte der EBM-Nummern 11320 bis 11322 wird ebenfalls bis zum 31. März 2015 verlängert.

Hintergrund für die Verlängerung ist, dass der Umfang und die Komplexität der Anpassungen einen längeren Umsetzungszeitraum erfordern, um eine sachgerechte Abbildung, Überarbeitung und Bewertung der genetischen Leistungen im EBM zu ermöglichen.

Alle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomievertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen. Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter www.kvno.de | **KV 140716**

Bonusprogramm: TK will Blutuntersuchung streichen

Die Techniker Krankenkasse (TK) plant, die derzeit im TK-Bonusprogramm enthaltene jährliche Blutuntersuchung, kleines oder großes Blutbild, zu streichen. Da das Bonusprogramm Bestandteil der TK-Satzung ist, muss die TK-Selbstverwaltung noch zustimmen. Diese Entscheidung wird für die nächste Sitzung im Spätsommer erwartet. Danach wird das Bonusheft redaktionell überarbeitet und die Blutuntersuchung soll darin nicht mehr enthalten sein.

Die in den derzeitigen Bonusheften enthaltene Blutuntersuchung führt in den Arztpraxen immer wieder zu Diskussionen mit den Patienten, da diese Untersuchung ohne medizinische Notwendigkeit keine Kassenleistung ist und die Patienten das Blutbild inklusive der Blutabnahme privat bezahlen müssen.

Blutzuckermessgeräte und -teststreifen: AOK-Vertrag

Vor dem Hintergrund der seit Jahren steigenden Kosten für Blutzuckerteststreifen hat die KV Nordrhein einen Vertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg zum 1. Juni 2014 geschlossen. Der Vertrag betrifft die ergebnisoffene Beratung, Schulung, Information und Aufklärung des Patienten über Blutzuckertestgeräte und -teststreifen. Ziel dieses Vertrages ist die qualitätsgesicherte und preisgünstigere Verordnung von Blutzuckertestgeräten und -streifen.

Bei Patienten, bei denen die gesicherte Diagnose Diabetes mellitus Typ 1 oder 2 vorliegt beziehungsweise bei Gestationsdiabetikerinnen, sollen die teilnehmenden Ärzte prüfen, ob es möglich ist, auf ein anderes Blutzuckertestgerät und andere Teststreifen umzustellen. Ist der Patient mit einer Umstellung einverstanden, unterzeichnet er eine entsprechende Teilnahmeerklärung, die teilnehmende Ärzte einmal im Quartal an ihre Bezirksstelle übersenden.



Für die ergebnisoffene Beratung/Information/Aufklärung des Patienten sowie eine eventuelle Schulung über die Handhabung des gewählten Blutzuckertestgeräts und der -teststreifen erhalten Sie einmalig je umgestelltem Patienten eine Vergütung von 25 Euro. Die Vergütung erfolgt als Einzelleistung und zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Sollte eine diabetologische Schwerpunktpraxis die Umstellung vornehmen, ist der zuweisende Arzt mit der Bitte zur Weiterführung der Verordnung zu informieren.

Teilnehmen können diabetologisch tätige Hausärzte sowie Diabetologen DDG und Internisten, sofern bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Eine Teilnahmeerklärung können Sie per Fax an Ihre Bezirksstelle senden. Die Teilnahmeerklärungen der Versicherten können Sie über unseren Formularversand in Krefeld beziehen.

Den Vertrag mit weiteren Informationen finden Sie unter www.kvno.de | **KV | 140717**

Wer Diabetes-Patienten bei der Umstellung auf ein anderes Blutzuckermessgerät und -teststreifen berät, erhält 25 Euro.

Bescheinigung für Schulen: Keine GKV-Leistung

Im Hinblick auf die bevorstehenden Sommerferien weisen wir darauf hin, dass das Ausstellen von ärztlichen Bescheinigungen für

Schulen keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist. Die Kosten für ein ärztliches Attest, das Erziehungsberechtigte für ein schulpflichtiges Kind bei Ihnen wegen eines versäumten Schulbesuchs anfordern, sind privat zu liquidieren und von den Erziehungsberechtigten zu tragen.

Dialysepraxen: Mehr Zeit, um Daten zu liefern

Jede Dialyseeinrichtung muss ihre Dokumentationsdaten laut Richtlinie innerhalb von fünf Werktagen nach Quartalsende an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) liefern. Bei der Übermittlung sind jedoch teilweise Fehler und Probleme aufgetreten, die eine korrekte Datenübertragung verzögert oder sogar vollständig blockiert haben. Betroffen sind sowohl Dialyseeinrichtungen als auch KVen.

Damit alle betroffenen Stellen genug Zeit haben, die Probleme zu lösen, hat die für die Dialyse zuständige Arbeitsgruppe des Gemeinsamen Bundesausschusses folgendes Vorgehen vereinbart:

- Die Frist für die Übermittlung der Daten des 1. Quartals 2014 wird um drei Monate verlängert. Das bedeutet, dass die Dialyseeinrichtungen ihre Daten bis spätestens 7. Juli 2014 an die KV liefern müssen.
- Die Frist für die Rückmeldeberichte des 1. Quartals 2014 wurde ebenfalls um drei Monate verlängert. Die Berichte werden somit gegen Ende des 3. Quartals erscheinen.
- Der Einsendeschluss für die Daten des 2. Quartals 2014 bleibt unverändert. Das heißt, die Dialyseeinrichtungen müssen diese Daten innerhalb von fünf Werktagen nach Quartalsende an die KV übermitteln, also bis spätestens 7. Juli 2014.

Serviceteams



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

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666 Telefax 0221 7763 6450
E-Mail service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888 Telefax 0211 5970 8889
E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Formularversand

Telefon 02151 3710 00 Telefax 02151 9370 655
E-Mail formular.versand@kvno.de

MRSA-Sanierung in der häuslichen Krankenpflege

Die ambulante MRSA-Eradikationstherapie (Methicillin-resistente Staphylococcus aureus-Sanierung) kann seit dem 1. Mai 2014 im Rahmen der häuslichen Krankenpflege für bestimmte Patientengruppen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden. Die verordnungsfähigen Maßnahmen zur Beseitigung von MRSA können bei Menschen mit bestimmten Risikofaktoren zur Anwendung kommen, auch wenn sie noch keine Krankheitssymptome aufgrund einer MRSA-Besiedelung aufweisen, es also noch nicht zur Infektion gekommen ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die „Häusliche Krankenpflege-Richtlinie“ neu gefasst.

Die neue Leistung „Durchführen der Sanierung von MRSA-Trägern mit gesicherter Diagnose“ ist im Rahmen der vertragsärztlich abrechenbaren Behandlung und Betreuung von Patienten mit MRSA-Keimen verordnungsfähig. Die

Sanierung kann durch Pflegekräfte nach ärztlichem Sanierungsplan durchgeführt werden.

Zu den Maßnahmen können bei Bedarf insbesondere gehören:

- Applikation einer antibakteriellen Nasensalbe oder eines antibakteriellen Gels
- Mund- und Rachenspülung mit einer antiseptischen Lösung
- Dekontamination von Haut und Haaren mit antiseptischen Substanzen
- In Ausnahmefällen täglicher Wechsel von Textilien und tägliche Desinfektion von Gegenständen, die mit Haut oder Schleimhaut Kontakt haben, wenn kein Anspruch auf diese Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XI (Pflegeversicherung) besteht. Ein solcher Ausnahmefall liegt vor, wenn die Patienten beispielsweise aufgrund von körperlichen oder geistigen Einschränkungen nicht in der Lage sind, die begleitenden Sanierungsmaßnahmen selbst oder durch Angehörige durchzuführen. Ob eine Anspruchsberechtigung vorliegt, wird abschließend durch die Krankenkasse geprüft.

Sind Patienten nach der Behandlung noch nicht keimfrei, kann der Vertragsarzt eine neue Erstverordnung ausstellen. Dazu eruiert

er die Gründe, warum die Sanierung nicht erfolgreich war.

Auch Krankenhausärzte können die neue Leistung verordnen, wenn eine Eradikationstherapie im Krankenhaus begonnen wird beziehungsweise ein Krankenhausarzt eine häusliche Krankenpflege für notwendig hält. Damit soll eine nahtlose Versorgung der Patienten sichergestellt werden. Die Leistung ist außerdem im Rahmen einer Eradikationstherapie im Vorfeld von geplanten invasiv-diagnostischen, interventionellen operativen Eingriffen verordnungsfähig, wenn die MRSA-Kolonisation im Krankenhaus festgestellt wurde. Hinweis: Ein grundsätzliches Screening vor stationärer Aufnahme ist nicht gegeben. Die Voraussetzungen eines Risikopatienten müssen immer erfüllt sein.

Zum Zeitpunkt der Beschlussfassung waren noch keine frei verkäuflichen Arzneimittel (OTC) und Medizinprodukte zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähig. Antibakterielle Nasensalben sind als zugelassenes Arzneimittel zulasten der GKV verordnungsfähig. Hinsichtlich der freiwilligen Verwendung von Übergabebögen wird auf die jeweils aktuellen Empfehlungen maßgeblicher Fachorganisationen und Netzwerke verwiesen.

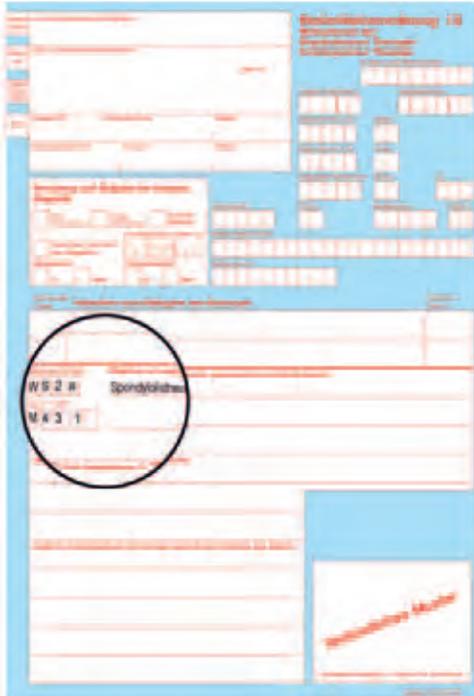


- Abrechnung online
- Abrechnungsunterlagen
- Kennzahlen der Praxis
- Honorardifferenzierung
- eQualitätszirkel
- eDokumentationen
- Vordrucke bestellen
- Praxisdaten ändern

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

www.kvno-portal.de
 Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

ICD-10-Code auf Heilmittelverordnungen angeben



Ab 1. Juli 2014 muss auf Heilmittelverordnungen der therapierelevante ICD-10-Code angegeben werden. Bislang kennzeichnete der Code auf dem Rezept eine Praxisbesonderheit oder einen langfristigen Heilmittelbedarf. Nun müssen Praxen den Code auf jedem Heilmittel-Rezept eintragen. Die Vordruckvereinbarung bestimmt, dass bei Verordnungen von

Maßnahmen der physikalischen, der podologischen, der Ergotherapie und der Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie neben dem vollständigen Indikationsschlüssel (Bezeichnung der Diagnosegruppe plus Buchstabe der vorrangigen Leitsymptomatik im Heilmittelkatalog) zusätzlich der ICD-10-Code anzugeben ist.

Beispiel: Zur Verordnung von Lymphdrainage wegen einer chronischen Lymphabflußstörung nach Op/Bestrahlung aufgrund eines Mammakarzinoms gehört neben der therapierelevanten Diagnose (C50.-) der vollständige Indikationsschlüssel (LY3a) angegeben werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die Hersteller von Praxissoftware über die Änderung informiert. Die Muster 13, 14 und 18 wurden geändert; die alten Vordrucke können die Praxen aufbrauchen. ■ DEI

Quoten und Zielwerte kaum verändert

In Nordrhein stehen in diesem Jahr mehr Mittel für Arzneien zur Verfügung – allerdings nur auf den ersten Blick. Das Netto-Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel steigt gegenüber 2013 um knapp sechs Prozent auf 3,615 Milliarden Euro. Darauf haben sich die Krankenkassen und die KV Nordrhein im Mai verständigt. Die neuen Richtgrößen und die neuen Quoten gelten rückwirkend seit 1. Januar 2014. Die Verhandlungen über eine neue Heilmittelvereinbarung laufen noch.

Im Vergleich zur Arzneimittelvereinbarung 2013 ändert sich in Nordrhein nur wenig. Das höhere Ausgabenvolumen resultiert in erster Linie

aus dem gesunkenen Zwangsrabatt der Arzneimittel-Hersteller. Denn diese müssen den Kassen ihre Präparate nicht mehr mit einem Rabatt von 16 Prozent, sondern nur noch sieben Prozent abgeben. Mit anderen Worten: Die verordneten Arzneimittel kommen die Kassen seit Jahresbeginn teurer. Das zeigt auch die bisherige Bilanz: In Nordrhein sind die Arzneimittelausgaben nach Angaben der Apothekerverbände im ersten Quartal 2014 um acht Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal gestiegen.

Bei den Quoten und Zielwerten bleibt fast alles beim Alten. Die wichtigste Neuerung betrifft die Zielwerte für Antidiabetika. Hier

Kontakt

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

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

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:
Qualitätssicherung Prüfwesen
Telefon 0211 5970 8396
Telefax 0211 5970 9396
E-Mail margit.karls@kvno.de

werden nicht mehr Sulfonylharnstoffe und Metformin, sondern nur noch Metformin als Leitsubstanz vorgegeben. Der Anteil der Metformin-Verordnungen als Monosubstanz sollte dann bei mindestens 49 Prozent für Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten und bei mindestens 41 Prozent für fachärztliche Internisten liegen. Ein Splitten von Kombinationspräparaten auf Metformin (Mono) und den jeweiligen Kombinationspartner wie zum Beispiel Glibenclamid zum Erhöhen der Quote gilt als unwirtschaftlich.

Bei den Bisphosphonaten gelten nunmehr neben Alendronat (Kombinationen) auch Risedronat und Risedronat-Kombinationen als Leitsubstanz. Die Zielwerte für die Leitsubstanzen bleiben unverändert - bis auf die Metformin-Quote.

Die Generika- und Me-too-Quoten laufen unverändert weiter. Die Me-too-Liste wird seit 2011 mit der Einführung der frühen Nutzenbewertung nicht weiterentwickelt. Die Liste umfasste Mitte Mai noch 50 Präparate. Zuletzt wurden Flutide und Fraxiparin von der Me-too-Liste gestrichen.

Auch bei den Praxisbesonderheiten bleibt es wie gehabt. Bei den MS-Therapeutika gelten nur noch die Basistherapeutika Interferon, Mitoxantron und Glatirameracetat als Praxisbesonderheit. Natalizumab (Tysabri) und neuere MS-Therapeutika werden im Rahmen der Richtgrößenprüfung nicht automatisch als Praxisbesonderheit herausgerechnet.

Arzneimittel, die im Rahmen der frühen Nutzenbewertung einen Zusatznutzen gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie gezeigt haben, gelten nicht automatisch als Praxisbesonderheit – auch wenn dies von einzelnen Firmen zu Marketingzwecken behauptet wird. Eine Praxisbesonderheit müssten der jeweilige pharmazeutische Unternehmer und der GKV-Spitzenverband vereinbaren. Dies ist bisher nur für Ticagrelor (Brilique), Abiraterone (Zytiga) und Pirfenidon (Esbriet) geschehen. ■ HON

Arzneimittel-Richtgrößen 2014

Arztgruppe	Richtgröße 2014	
	AV/RV*	
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	AV	53,60 €
	RV	136,89 €
Anästhesiologie	AV	48,27 €
	RV	135,62 €
Augenheilkunde	AV	6,46 €
	RV	14,45 €
Chirurgie	AV	8,89 €
	RV	15,73 €
Gynäkologie	AV	19,19 €
	RV	54,50 €
HNO einschließlich Phoniatrie und Pädaudiologie	AV	14,41 €
	RV	5,44 €
Haut- und Geschlechtskrankheiten	AV	29,66 €
	RV	24,53 €
Innere Medizin, hausärztlich	AV	53,60 €
	RV	136,89 €
Innere Medizin, fachärztlich einschließlich Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	AV	292,32 €
	RV	324,82 €
Kinderheilkunde	AV	32,26 €
	RV	60,02 €
MKG-Chirurgie	AV	6,64 €
	RV	4,54 €
Nervenheilkunde Neurologie/Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	AV	160,64 €
	RV	168,19 €
Orthopädie einschließlich orthopädischer Rheumatologie	AV	7,40 €
	RV	18,35 €
Urologie	AV	27,78 €
	RV	66,20 €
*AV: Allgemeinversicherte (Mitglieder und Familienversicherte) *RV: Rentenversicherte Fehlende Fachgruppen: keine Richtgrößen vereinbart		

Die neuen Vereinbarungen sowie Übersichten zu den Quoten und Blutzuckerteststreifen finden Sie unter www.kvno.de

Off-Label-Use: Tipps aus der Richtlinie

Die Verordnung von Arzneimitteln außerhalb der Zulassung zu Lasten der GKV ist nur unter den Voraussetzungen der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes möglich. Für einzelne Wirkstoffe und Indikationen wird in der Arzneimittel-Richtlinie geregelt, ob Präparate off label verordnet werden können. Hier sind die genauen Vorgaben zu beachten, nach denen eine Verordnung auf einem Kassenrezept möglich ist.

Arzneimittel außerhalb der Zulassung (off label) zu verordnen, ist zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur in Ausnahmefällen möglich und sollte dann nur nach Rücksprache mit der jeweiligen Krankenkasse erfolgen. Expertengruppen beim Bundesgesundheitsministerium prüfen im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses die Studienlage für einzelne Arzneimittel in ausgewählten Indikationen. Die Empfehlungen der Experten werden in der Arzneimittel-Richtlinie umgesetzt. Die meisten Regelungen zum Off-Label-Use betreffen den Einsatz von Arzneien in onkologischen Indikationen. Die jüngste Änderung der Richtlinie geht hingegen auf die Anwendung von Gabapentin zur Behandlung der Spastik bei Multipler Sklerose ein.

Für 16 Wirkstoffe listete die Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie im Mai 2014 Indika-

tionen, bei denen eine Verordnung außerhalb der Zulassung zu Lasten der GKV möglich ist. Hierzu zählt beispielsweise die Anwendung von Etoposid bei Ewing-Tumoren in verschiedenen Kombinationen. Umgekehrt schließt die Richtlinie für elf Wirkstoffe bzw. Indikationen eine Verordnung off label aus.

Die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses enthalten genaue Angaben zur Indikation, Dosierung und gegebenenfalls Behandlungsdauer. Beachten Sie beim Verordnen der Präparate, dass die Arznei-Hersteller jeweils den bestimmungsgemäßen Gebrauch anerkennen und für den Einsatz außerhalb der Zulassung die Haftung übernehmen.

Die Unternehmen sind in der Arzneimittel-Richtlinie namentlich genannt. Bei der Verordnung der in der Richtlinie genannten Präparate sollten Sie das Aut-idem-Kreuz setzen, um zu vermeiden, dass der Apotheker das Medikament gegen ein anderes, wirkstoffgleiches Präparat austauscht, dessen Anwendung außerhalb der Zulassung der pharmazeutische Unternehmer nicht zugestimmt hat. Bei der Aufklärung des Patienten brauchen Sie auf eine fehlende Haftung des Pharma-Unternehmens nicht hinzuweisen. ■ HON

Die Anlage VI der Arzneimittel-Richtlinie finden Sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de. Mehr Infos zur Off-Label-Verordnung finden Sie in unserem Newsletter VIN unter www.kvno.de KV | 140722

Online-Befragung zum langfristigen Heilmittelbedarf

Wie beurteilen Ärzte die Regelungen zum langfristigen Heilmittelbedarf? Das möchte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) über eine Online-Befragung herausfinden, die bis zum 15. Juli 2014 läuft. Dabei geht es auch um die Praxisbesonderheiten, die bundesweit gelten. Überprüft werden soll die „Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs“. Die KBV will wissen, welche Erfahrungen die Ärzte mit

den neuen Regelungen machen und welche Verbesserungen aus ihrer Sicht eventuell erforderlich sind. Die Befragung steht im Fortbildungsportal der KBV bereit. Nutzer, die dort noch nicht registriert sind, melden sich mit ihrer lebenslangen Arztnummer an. Die Umfrage wird selbstverständlich anonymisiert durchgeführt und ausgewertet. Die Angabe von LANR, Name und E-Mail-Adresse dient ausschließlich der Zugangsregulierung; die Daten werden nicht gespeichert. ■ HON

Das Fortbildungsportal der KBV finden Sie unter: <https://cme.kbv.de/AIS-CME/home.seam> KV | 140722

Bei uns werden Sie sicher fündig!

KVbörse

Von Praxisübernahme über
Kooperationen bis hin zu
medizinischen Geräten

www.kvboerse.de



Probleme mit Gesprächen und Geriatrie

Die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) war auch in Nordrhein mit einer gehörigen Portion Skepsis betrachtet worden. Im 4. Quartal 2013 rechneten die Praxen erstmals nach den neuen Bedingungen ab. Jetzt, wo die Ergebnisse vorliegen, zeigt sich: Für die Hausarzt-Praxen im Rheinland fällt die erste Bilanz eher ernüchternd aus.

Die gute Nachricht zuerst: Die Honorare im hausärztlichen Bereich sind gestiegen. Im 4. Quartal 2013 machten die Hausärzte im Schnitt rund fünf Prozent mehr Umsatz als im Vorjahresquartal. Bei den Pädiatern lag das Umsatzplus noch bei etwa zwei Prozent.

Bei den übrigen Parametern sieht es nicht ganz so gut aus. Im Gegensatz zum Honorar ist der Leistungsbedarf im Rheinland, also die Summe aller abgerechneten Punkte, im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen. Bei den Hausärzten um etwa zwei Prozent, bei den Pädiatern um 3,1 Prozent. Für den Rückgang der Punkte in Nordrhein sind zwei Gründe verantwortlich: der deutlich geringere Ansatz von Gesprächsziffern und die Umstellungen bei den Chronikerziffern.

Gesprächsziffern selten abgerechnet

Die Gesprächsziffern (Hausärzte EBM-Nummer 03230, Kinderärzte 04230) wurden nicht in dem Maße abgerechnet, wie es nach EBM-Simulationen hätte der Fall sein sollen. „Die Simulation der EBM-Macher ist nicht eingetreten“, sagte der Vorstandsvorsitzende Dr. med. Peter Potthoff auf der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein im März dieses Jahres.

Die Hausärzte haben lediglich in jedem dritten Behandlungsfall eine Gesprächsziffer eingetragen. Um auf die gleiche Punktzahl wie vor einem Jahr zu kommen, hätte die Ziffer aber in fast jedem zweiten Gespräch angesetzt werden müssen. Noch größer gestaltet sich die Lücke bei den Kinder- und Jugendärzten, denn die haben noch nicht einmal in jedem fünften Fall eine Gesprächsleistung angesetzt.

Das im Einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegte Gesprächsbudget haben im 4. Quartal 2014 lediglich 22 Prozent aller hausärztlichen und vier Prozent aller Pädiater-

Praxen überschritten. Mit anderen Worten: 96 Prozent der Kinder- und Jugendärzte haben ihr Budget für Gesprächsleistungen nicht ausgeschöpft. Damit steht Nordrhein im Vergleich mit den anderen KVen an letzter Stelle. Doch der Trend ist eindeutig: Abgesehen von zwei Ausnahmen blieb bei über der Hälfte der Hausärzte im ganzen Bundesgebiet beim Gesprächsbudget Luft nach oben.

Über die Gründe dafür wurde viel spekuliert. Regina Feldmann, Vize-Chefin der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), sieht ein Hindernis für die Abrechnung darin, dass die Verknüpfung der Gesprächsziffer mit dem Zeitprofil für die Plausibilitätsprüfung erst am 18. Dezember aufgehoben wurde. Für viele Hausärzte wohl zu spät, um es noch bei der Abrechnung des Quartals zu berücksichtigen, zumal im Vorfeld „viel Panik“ verbreitet worden sei. Feldmann erwartet, dass die Gesprächsbudgets ab dem 1. Quartal 2014 deutlich häufiger ausgeschöpft werden.

Die Chronikerpauschalen wurden neu geregelt. Der Zuschlag kann entweder nach einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden oder nach mindestens zwei Kontakten. Das hat zumindest bei den Hausärzten in Nordrhein zu einem „Verlust“ von Leistungsbedarf geführt. Um fünf Prozent ist er in diesem Bereich zurückgegangen. Genau gegensätzlich hat sich allerdings der Leistungsbedarf bei den Pädiatern entwickelt: Hier ist die Summe der Punkte bei den Chronikerziffern um 5,7 Prozent gestiegen.

Geriatrie: Topf zu klein

Mit der Reform des Hausarzt-EBM wurden auch neue Leistungen für Geriatrie, Palliativ-Versorgung und Sozialpädiatrie eingeführt. Für diese Leistungsbereiche stellten die Krankenkassen zusätzliches Geld zur Verfügung. Doch die Mittel reichten nirgendwo auch nur annähernd aus. Auch in Nordrhein nicht – zumindest nicht im 4. Quartal 2013.

Denn in diesem Quartal haben Hausärzte mehr als doppelt so viele Leistungen in diesen Bereichen erbracht, als im Vorquartal. Die Folge: ein sinkender Durchschnitt. Statt der bundesweit angesetzten zehn Cent liegt er bei 4,25813 Cent.

Ob die skizzierten Entwicklungen bei den Gesprächsziffern, Geriatrie und Co so weitergehen? Für ein Fazit ist es nach einem Quartal noch ein wenig früh. Zumal der Bewertungsausschuss bereits einige Änderungen beschlossen hat, die bereits wirksam sind. So ist zum Beispiel die Mindestkontaktzeit von 20 Minuten bei der parallelen Berechnung von Versichertenpauschale und Gesprächsleistung gestrichen worden. Feldmann geht zudem bei den geriatrischen Leistungen davon aus, dass sie nicht dauerhaft so extrem unterfinanziert bleiben. Vorgesehen ist der Ansatz nämlich nur einmal im Behandlungsfall und maximal zweimal im Krankheitsfall. Dass diese Einschränkungen die Finanzierungslücke füllen, sieht auch Feldmann nicht: „Es müsste die doppelte Menge an Geld zur Verfügung gestellt werden, um zu einer annähernd hundertprozentigen Auszahlung zu kommen.“ Konkret geht es um rund 50 Millionen Euro allein im 4. Quartal 2013. Die KBV

will dies bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen über die Gesamtvergütung zum Thema machen.

„Wir beobachten die weitere Entwicklung kritisch“, sagt Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender der Vertreterversammlung (VV) und des HVM-Ausschusses der KV Nordrhein. „Die Möglichkeiten einer differenzierteren Abrechnung dürfen nicht durch eine Verringerung des Leistungsbedarfs konterkariert werden.“ Die VV der KV Nordrhein hat die KBV im März aufgefordert, bei den Gesprächsziffern oder der „praxisfernen Systematik der Chronikerziffern“ nachzubessern.

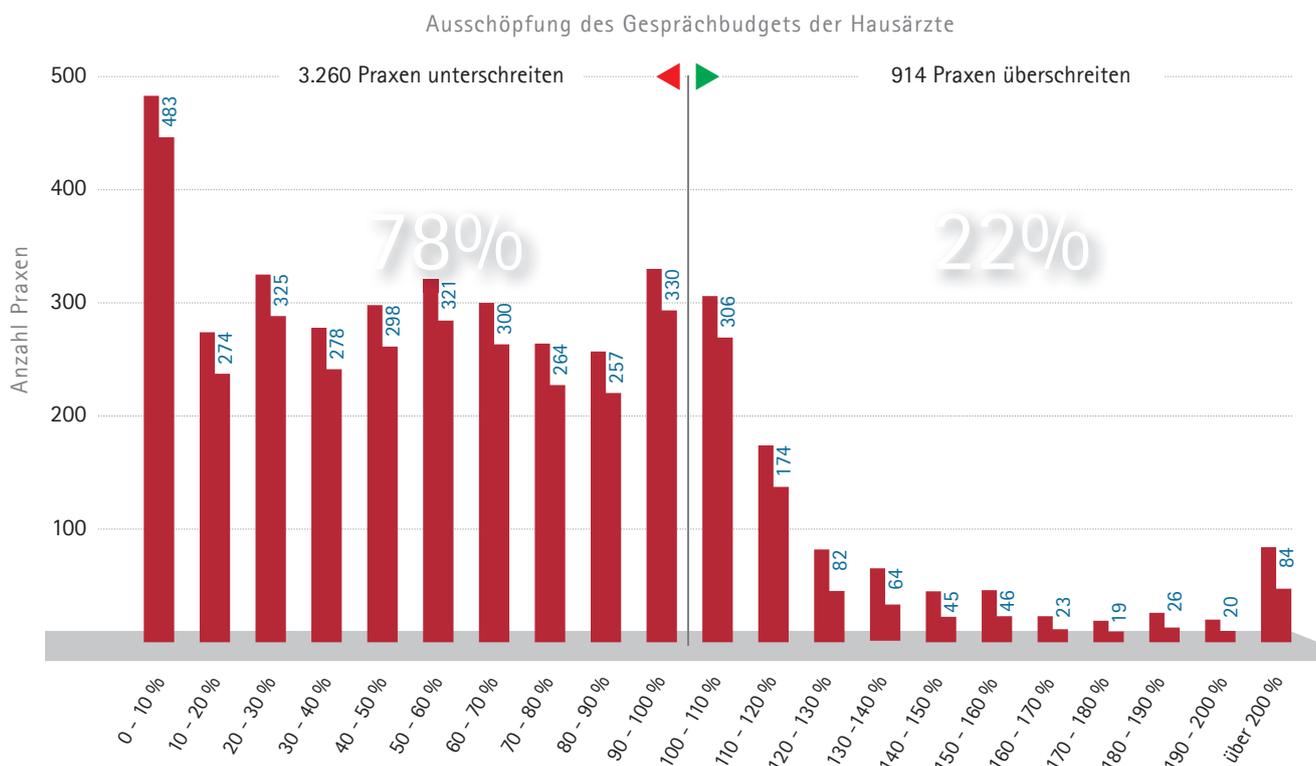
Die Kritik ist angekommen. So ist nach Worten von Feldmann die Chronikerziffer bei mindestens zwei Arzt-Patienten-Kontakten (EBM-Nummer 03221 bzw. 04221) mit 15 Euro zu niedrig angesetzt, weshalb die Hausärzte bundesweit etwa 40 Millionen Euro Honorar nicht abrufen konnten. Die KBV will deswegen die Vergütung erhöhen.

■ DIRK SCHULTEJANS | FRANK NAUNDORF

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben sich nach Redaktionsschluss auf eine Anhebung der Ziffer zum 1. Juli verständigt. Außerdem haben sie eine neue Zuschlagssystematik beschlossen, um die Abrechnung zu vereinfachen. Mehr Infos in unserem Internet-Angebot und in der nächsten Ausgabe von KVNO aktuell. | [KV | 140725](#)

Gesprächsbudget: Die meisten Hausärzte unterschreiten

Nur jede fünfte Hausarzt-Praxis in Nordrhein hat ihr Gesprächsbudget ausgeschöpft – so wenige wie sonst nirgendwo in Deutschland. Dadurch verzichten viele Praxen auf Umsatz.



Ärztetreffen in der Gesundheitsstadt

Düsseldorf wurde in der letzten Maiwoche zum Treffpunkt der Ärzteschaft. Berufspolitische Debatten prägten die traditionell am Vortag der Eröffnung des Ärztetags stattfindende Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Auftakt des Ärztetags. Hermann Gröhe bestand als Bundesgesundheitsminister seine erste Bewährungsprobe.

Eine große Rede war es nicht. Und doch erteilte Hermann Gröhe bei seiner Premiere auf dem Ärztetag Respekt und Anerkennung – was wohl vor allem darauf zurückzuführen ist, dass er der versammelten Ärzteschaft bei der Eröffnung des Ärztetags in der Tonhalle betont respektvoll und freundlich begegnete. Gröhe setzte Akzente, sprach vom „Masterplan Medizinstudium 2020“ und der damit verbundenen Stärkung der Allgemeinmedizin, über Chancen der Telemedizin und die Schlüsselrolle der Ärzte beim Thema Prävention.

An entscheidenden Stellen blieb er hart: Die viel kritisierte Terminvergabestelle, die Patienten einen Facharzttermin innerhalb von vier Wochen garantieren soll, bagatellisierte er als „Konkretisierung“ des Sicherstellungsauftrags. Ansonsten bietet Gröhe keine Angriffsfläche. Er bestätigt die Einschätzung von Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer, der gleich zu Beginn die gute Zusammenarbeit mit dem Ministerium lobt – und dann wie erwartet zum Angriff übergeht.

Erst war Josef Hecken dran, der Chef des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dass der in einem Interview schon konkrete Vorstellungen vom neu zu gründenden Qualitätsinstitut unter seiner Aufsicht geäußert hatte, quittierte Montgomery mit Spott: „Wir brauchen und wollen keine Behörde, die Qualität verwaltet. Wir wollen Unterstützung dabei, Qualität zu produzieren und zu verbessern.“

Die Ärzte erzeugten Qualität bei der Behandlung von Patienten, Behörden und Krankenkassen verwalteten sie nur – und behandelten nur Papier. Es seien Ärztinnen und Ärzte gewesen, die die Qualitätssicherung erfunden und zu ihrem heutigen Stand entwickelt haben – „dies übrigens am Anfang gegen den vehementen Widerstand der Krankenkassen, die das für überflüssig und für Geldverschwendung hielten.“

Ungedeckte Schecks

Dass der Staat nichts regeln müsse, was die Selbstverwaltung selber regeln könne oder schon geregelt habe, gelte auch beim Thema Termingarantie. „Es kann nicht sein, dass Sie den Patienten nach wie vor ein völlig ungemindertes globales Leistungsversprechen abgeben und dann von den Ärztinnen und Ärzten unter gedeckelten Budgets, Sparvorgaben, strengen Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressen die Einlösung Ihrer ungedeckten Schecks verlangen“, sagte der Chef der Bundesärztekammer. „Wir können das Problem lösen, wenn es auf Patienten beschränkt wird, die bereits ein Arzt gesehen hat und die eine vom Arzt qualifizierte Überweisung in den Händen halten.“

Dass eine gesetzliche Vorgabe überflüssig sei, betonte auch Dr. Andreas Gassen, Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Auch Gassen bezweifelte die Dringlichkeit des „Problems“: Er wies darauf hin, dass Deutschland im europäischen Vergleich die kürzesten

Wartezeiten habe und nach KBV-Informationen zwei Drittel der Bundesbürger entweder sofort oder innerhalb von drei Tagen einen Termin erhielten.

Zudem sei das Terminmanagement Sache der Praxen: „Die Ärzte können am besten entscheiden, wie sie die Patientenströme kanalisieren.“ Das geschehe bereits und funktioniere so gut, wie es unter den herrschenden Rahmenbedingungen mit einem gedeckel-

ten Gesamtbudget eben gehe – wobei Praxen begrenzte Kapazitäten hätten und es leider auch Patienten oft an Termintreue fehlen ließen. Dennoch werde die KBV einen Vorschlag machen, um eine rigide, bundesweit einheitliche Lösung zu vermeiden. „Falls die Politik doch vorschreiben will, wie zu verfahren ist, dann werden wir uns nicht verbiegen“, stellte der KBV-Chef klar. Es sei nicht Aufgabe der Körperschaften, den Koalitionsvertrag umzusetzen.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Impressionen vom Abend der KVen
Die KV Nordrhein hatte am 25. Mai zur Einstimmung des Ärztetages ins Haus der Ärzteschaft eingeladen. Unter den Gästen waren Vertreter aller Kassenärztlichen Vereinigungen, der Bundesärztekammer und Ärztinnen und Ärzte aus NRW, die sich für die Imagekampagne hatten fotografieren lassen.



Brennpunkt Blase und Niere

Einen Rat zur lästigen Blasenschwäche zu bekommen oder eine zweite Meinung einzuholen – Hunderte von Gästen kommen mit diesem oder einem ähnlichen Anliegen zu den Ratgeberveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Rheinischen Post. Der Saal im Haus der Ärzteschaft war im ersten Halbjahr 2014 gefüllt mit Zuhörern und Fragestellern zu Themen wie „Brennpunkt Blase und Nieren“ oder „Allergien richtig behandeln.“

Sie wissen beim Einkaufen stets, wo die nächste Toilette ist und erreichen diese manchmal doch nicht rechtzeitig: Menschen, deren Blase extrem aktiv ist, fühlen sich in der Öffentlichkeit oft unsicher. Rund sechs Millionen Deutsche sind nach Schätzungen von Urologen betroffen und dennoch: Inkontinenz und Blasenschwäche sind weiterhin Tabu-Themen.

Die zahlreichen Möglichkeiten, den Drang zu beherrschen und zu kontrollieren, waren jetzt wichtige Themen bei der Ratgeberveranstaltung „Brennpunkt Blase und Nieren“. Mehr als 150 Interessierte stellten am 4. Juni im Haus der Ärzteschaft beispielsweise Fragen dazu, wie effektiv Beckenbodentraining sei.

Der Düsseldorfer Frauenarzt Dr. Kourosh Taghavi betonte die Bedeutung der Übungen als Hilfe bei Belastungsinkontinenz, die beim Hus-

ten, Lachen oder beim Sport auftritt. „Viele Menschen müssen erst einmal lernen, die Muskeln im Beckenboden anzuspannen“, sagte Taghavi und empfahl, sich von erfahrenen Trainern und Physiotherapeuten helfen zu lassen. Auch Elektrostimulation könne unterstützen.

Botox für Männer

Weshalb Inkontinenz kein reines Frauenthema ist, erläuterte der Urologe Dr. Dietmar Betz: „Eine Ursache kann die Entfernung der Prostata sein – auch wenn der Schließmuskel bei der Operation nicht verletzt wird.“ Als Lösungen stellte er unter anderem den künstlichen Schließmuskel oder implantierbare Schlingensysteme vor. Zudem sei es möglich, den Schließmuskel mithilfe von Botulinumtoxin (Botox) zu kontrollieren.

Den Schutz der Nieren hatte der Internist und Nephrologe Professor Gerd Hetzel im Blick – er wies in diesem Zusammenhang darauf hin, wie wichtig es sei, den Blutdruck gut einzustellen und Diabetes zu behandeln, da mehr als die Hälfte der Dialysepatienten keine Nieren- sondern eine Gefäßerkrankung habe.

Bereits im Januar litten Allergiker nach dem milden Winter, weil Hasel- und Erlenpollen durch die Luft flogen. Zahlreiche Betroffene strömten Anfang Februar zur Ratgeberveranstaltung, um sich über aktuelle Therapien zu informieren. Unter den rund 150 Gästen fanden sich nicht nur Pollenallergiker, sondern auch viele, die auf Hausstaubmilben oder bestimmte Nahrungsmittel empfindlich reagieren. Kein Wunder: Mehr als 20 000 Auslöser für Allergien kennt der Deutsche Allergie- und Asthmabund. Umso schwieriger ist es, herauszufinden, worauf der Einzelne reagiert.

■ NATASCHA PLANKERMANN

Drei „Ratgeber“ informierten über Blasen- und Nierenerkrankungen (v. l.): Prof. Gerd Hetzel, Dr. Dietmar Betz und Dr. Kourosh Taghavi.



Kooperation mit Konsiliarbericht

Der Konsiliarbericht ist im Zusammenhang mit der Beantragung einer Psychotherapie sehr wichtig. Denn dieser Bericht (Formularsatz Muster 22 a - d) enthält zuverlässige Informationen des behandelnden Arztes. Darauf weisen Dr. Heribert Joisten, Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Nordrhein, und Barbara Lubisch, die dem Ausschuss angehört, hin.

„Das Verfahren, bei dem es auf eine möglichst gute und vertrauensvolle Kooperation der unterschiedlichen Berufsgruppen ankommt, scheint vielen Ärzten und vielen Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) nicht hinreichend vertraut zu sein“, bedauern Joisten und Lubisch. Dies zeigen die aus dem Praxisalltag immer wieder berichteten Störungen.

Spätestens nach probatorischer Sitzung

Um einen Konsiliarbericht einzuholen, überweist der Psychologische Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen mit Muster 7. Er berichtet die erhobenen Befunde und übermittelt die Diagnosen und die Indikation zur Durchführung einer Psychotherapie.

Der Bericht ist nach persönlicher Untersuchung des Patienten zu erstellen und möglichst zeitnah, spätestens nach drei Wochen, als dreifacher Formularsatz maschinenschriftlich ausgefüllt an den Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zurückzuschicken. Eine Durchschrift verbleibt beim ausstellenden Arzt. Es ist darauf zu achten, dass alle drei Formulare des Formularsatzes gestempelt und vom Arzt unterschrieben sind.

Mit dem Konsiliarbericht sollten besonders Angaben zu folgenden Inhalten gemacht werden:

- Aktuelle somatische Beschwerden und somatischer Befund (bei Kindern und Jugendlichen insbesondere unter Berücksichtigung des Entwicklungsstandes),
- relevante anamnestische Daten im Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden,
- medizinische Diagnosen, Differential- und Verdachtsdiagnosen,
- relevante stationäre oder ambulante Vor- und Parallelbehandlungen, besonders die laufende Medikation.

Gegebenenfalls sind Befunde anzugeben, die eine ärztliche oder ärztlich veranlasste Begleitbehandlung und psychiatrische bzw. kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erforderlich machen. Weitere Textfelder stehen zur Verfügung, um eventuell erforderliche weitere ärztliche Untersuchungen anzugeben. Falls aufgrund ärztlicher Befunde derzeit eine Kontraindikation für eine psychotherapeutische Behandlung gesehen wird, ist dies anzukreuzen und zu begründen. Bei erforderlicher ärztlicher Mitbehandlung ist die Art der Maßnahme anzugeben. ■ KVNO



Wichtige Behandlungsinformationen erhalten Psychotherapeuten durch den Konsiliarbericht.

Praxisabgeber treffen Nachfolger

Der Nordrheinische Praxisbörsentag hat Tradition. Um Praxisabgebern und -nachfolgern eine Möglichkeit zu geben, sich zu informieren und auch persönlich zu treffen, findet er zweimal jährlich statt, einmal in Düsseldorf und einmal in Köln. Mehr als als 350 Interessierte kamen im Mai 2014 zum zwölften Praxisbörsentag nach Düsseldorf. Knapp die Hälfte der Teilnehmer bot ihre Praxis an und fast 40 Prozent interessierten sich als Nachfolger für eine Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis.

Die Vorträge des Praxisbörsentages sind abrufbar unter www.kvno.de
KV | 140730

Neun Fachvorträge und dreizehn externe Aussteller, zumeist aus den Bereichen Steuer- und Finanzdienstleistungen informierten über Aspekte rund um die Praxisabgabe und -nachfolge. Dazu kamen die Beratungsdienste der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mit der Niederlassungs- und Abrechnungsberatung sowie die GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft, die Ärzte und Psychotherapeuten auch bei betriebswirtschaftlichen Fragen zur Seite steht.

Angebot der Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein abrufbar sind.

Kennenlernen am Meeting-Point

Damit sich Abgeber und potentielle Nachfolger vor Ort besser finden können, wurde erstmals ein „Meeting-Point“ eingerichtet. Hier konnte man auch Kolleginnen und Kollegen antreffen, die zwar erst mittelfristig ihre Praxisabgabe planen, sich aber so früh wie möglich informieren wollen.

Zu den Spitzenreitern bei den Fachinformationen zählen immer wieder die Vorträge „Ablauf der Praxisabgabe“ und die „Praxiswertermittlung“. Wie der Praxiswert ermittelt wird, welche Bewertungsmethoden zum Einsatz kommen oder wie Berechnungsbeispiele aussehen, wird anschaulich erläutert. Zu den Serviceleistungen gehört auch, dass nach dem Praxisbörsentag alle Vorträge im Internet-

Karin Born, frisch approbierte psychologische Psychotherapeutin, aus Essen freut sich sehr über die hilfreichen Angebote, die der Praxisbörsentag bietet. „Gleich bei meinem ersten Praxisbörsentag habe ich richtig Glück, denn gerade als ich schauen will, ob sich schon ein Interessent in mein Inserat eingetragen hat, steht dort ein Praxisabgeber und trägt sich ein“.

■ INGRID BOLLMANN

Von links nach rechts:

Mehr als 350 Besucher kamen zum zwölften Praxisbörsentag am 10. Mai nach Düsseldorf.

Karin Born will sich als Psychotherapeutin niederlassen.

Fast 200 Aushänge an den Pinwänden: Auch so suchen Praxisabgeber einen Nachfolger – und umgekehrt.



Hautkrebs: Flyer und Plakate klären auf



Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) startete kürzlich gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eine Präventionskampagne zum Thema Hautkrebs. Grund: Nur knapp jeder dritte Bundesbürger über 35 Jahre nutzt seinen Anspruch auf Hautkrebs-Früherkennung.

In einem Plakat für das Wartezimmer und in einem Patientenflyer hat die KBV alle wichtigen Informationen zur Hautkrebsvorsorge zusammengefasst. Der Flyer erklärt zum Beispiel detailliert, wie die Untersuchung abläuft. Er steht auch als Infoblatt in fünf Fremdsprachen zur Verfügung. Für Ärzte gibt es außerdem eine Praxisinformation mit Tipps und Hinweisen für die Praxis.

Die KV Nordrhein bietet alle Infomaterialien zur Kampagne im Internet an. Gedruckte Exemplare können bei der KBV bestellt werden unter versand@kbv.de

Infomaterial zum Download bei der KV Nordrhein unter www.kvno.de | [KV | 140731](mailto:KV|140731)

Gleich kostenlos mitbestellen

Diese Info-Flyer für Ihre Praxis zu den Themen Vorsorge und J1 stehen ebenfalls zur Verfügung.

<p>Stark bleiben!</p> <p>Der kostenlose Check-up für Erwachsene ab 35. Bleiben Sie gesund, gehen Sie zur Vorsorge!</p>	<p>Der Vorsorge-Checker</p> <p>Ihr persönliches Präventionsprogramm</p>	<p>YOUR NEXT TOP CHECK-UP J1</p> <p>J1 – die Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche Mit Gesundheits-Timer und Impftipp für 12- bis 17-Jährige</p>
<p>Check-up 35</p> <p><input type="text"/> Exemplare</p>	<p>Der Vorsorgechecker</p> <p><input type="text"/> Exemplare</p>	<p>J1 - Vorsorgeuntersuchung</p> <p><input type="text"/> Exemplare</p>

Bestellen Sie die Info-Flyer zu den Themen Vorsorge und J1 per Fax oder Mail bei uns.

Ihr Ansprechpartner

Gernot Grothe

E-Mail bestellung.koeln@kvno.de

Telefon 0221 7763 6267

Telefax 0221 7763 6266

++ bitte abtrennen

Newsletter, Internet und Facebook – Medien für MFA



Praxen ohne Personal – fast undenkbar. Kaum eine der 13.000 Arztpraxen in Nordrhein kommt ohne Medizinische Fachangestellte (MFA) aus. Sie prüfen die Lungenfunktion, nehmen Blut ab oder legen Verbände an, sie organisieren die Termine, bereiten die Abrechnung mit der KV vor und kümmern sich um Qualitätsmanagement. Und ihre Bedeutung für die Versorgung wird weiter wachsen.

Ein qualifiziertes Team wird immer wichtiger. Dabei kommt es auch auf aktuelle Informationen an. Die KV Nordrhein bietet deswegen den MFA in Kürze eigene Medien an, die sie mit Infos für ihre Arbeit in den Praxen versorgen. Im September starten ein MFA-Newsletter, eine eigene Rubrik im Internet-Angebot der KV Nordrhein und eine Facebook-Seite für MFA.



Wer Interesse an dem Newsletter hat, kann sich schon jetzt dafür registrieren. Und so geht's:

1. Klicken Sie auf der Internetseite www.kvno.de am unteren Seitenrand auf „Newsletter“.



2. Geben Sie Ihren Namen und Ihre E-Mail-Adresse ein und setzen Sie ein Häkchen hinter „Newsletter für Medizinische Fachangestellte“. Danach erhalten Sie eine E-Mail zur Bestätigung der Newsletter-Registrierung.

Nach erfolgreicher Anmeldung empfangen Sie regelmäßig einmal pro Quartal den neuen Newsletter, der sich mit seiner Themenauswahl gezielt an MFA richtet.

Kompakte Infos für die Praxis

PraxisNachrichten, so heißt der neue Newsletter, den die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) seit Mitte Mai wöchentlich verschickt. Mit diesem Angebot möchte die KBV einen umfassenden Überblick in Sachen Gesundheits- und Berufspolitik geben und aktuell, interessant und verständlich über Praxisthemen informieren.

Neben Nachrichten zu den politischen Aktivitäten der KBV bilden praxisrelevante Themen sowie Hinweise auf Informations- und Serviceangebote einen Schwerpunkt:

- Gesundheits- und Berufspolitik
- Wissenswertes zu Honorar und Abrechnung
- Nachrichten aus dem Arzneimittelbereich
- Neue Regelungen und Richtlinien
- IT-Neuerungen für die Praxis
- Tipps für die Praxisorganisation
- Informationen für Patienten

Mit dem Newsletter kommt die KBV einem in Befragungen vielfach geäußerten Wunsch der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten nach. Die PraxisNachrichten erscheinen jeden Donnerstag. Der Newsletter ist kostenlos und kann auf der Website der KBV abonniert werden unter www.kbv.de/praxisnachrichten

■ HEI

The advertisement features a pink background with a repeating pattern of lightbulbs and '@' symbols. At the top, the headline reads 'Hinterher ist man immer schlauer.' Below this, a white box contains the URL 'www.kbv.de/PraxisNachrichten'. A circular graphic with a blue border contains the text 'JETZT KOSTENLOS ABONNIEREN'. At the bottom, a white box contains the text: 'PraxisNachrichten – der wöchentliche E-Mail-Newsletter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, exklusiv für Ärzte und Psychotherapeuten.' The KBV logo is in the bottom right corner.

MFA-Fortbildung: Neue Impulse für den Praxisalltag

Mehr als 60 Medizinische Fachangestellte (MFA) kamen am 21. Mai zum Fortbildungstag ins Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf. Sie informierten sich über aktuelle Themen: Impfen, der Umgang mit demenzten Patienten, gynäkologische Vorsorgeuntersuchung und das Mammografie-Screening. Angeboten hatten die Veranstaltung das Institut für Qualität in der Medizin Nordrhein (IQM) und der Verband der medizinischen Fachberufe.

Auch das Thema Arbeitsschutz stand auf der Agenda: Klaus Halbedel ging in seinem Vortrag auf Verletzungsmöglichkeiten mit spitzen und scharfen Instrumenten ein. Der Allgemein- und Betriebsmediziner stellte Instrumente zur Blutabnahmen und Injektion/Infusion vor, bei denen keine oder eine geringe Gefahr von Stich- und Schnittverletzungen besteht. „Welche Einsatzmöglichkeiten einer Mitarbeiterin

in der Praxis bestehen beim Vorliegen einer Schwangerschaft?“ fragte Halbedel. Die Antwort gab er selbst: Die Schwanger darf nur so eingesetzt werden, dass sie sich und die Gesundheit des ungeborenen Kindes nicht gefährdet. Halbedel wies auf die vielfältigen Beschäftigungsverbote und -beschränkungen für Schwangere hin. Verboten ist beispielsweise die Arbeit an Sonn- und Feiertagen, schweres Heben und Tragen oder der Umgang mit bestimmten Gefahrstoffen.

Der Vorsitzende der KV Nordrhein, Dr. med. Peter Potthoff, betonte die Bedeutung der Tätigkeit der MFA im Praxisalltag. „Sowohl in der Verwaltung als auch bei der Kommunikation mit den Patienten sind Sie unsere unverzichtbare Unterstützung.“ Potthoff kündigte eine Reihe von Maßnahmen zur Information und Unterstützung der MFA an.

■ LEV

Ärztlicher Bereitschaftsdienst kompakt

Bislang gab es so gut wie kein Fortbildungsangebot, das den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst abdeckt. Zwar schreibt die Notfalldienstordnung für die Aufnahme in den Vertreterpool einen 80-stündigen Kurs vor, der aber vermittelt nur bedingt, was im Bereitschaftsdienst relevant ist. Jetzt gibt es ein passendes Angebot.

Zum Bereitschaftsdienst sind alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verpflichtet. Dabei wird vorausgesetzt, dass unabhängig von der individuellen fachärztlichen Karriere die Kenntnisse der gesamten Medizin durch Fortbildung aktuell gehalten werden.

Fit für die Vertretung

Schenkt man einzelnen Berichten Glauben, dann läuft im Bereitschaftsdienst manch-

mal nicht alles so, wie es sollte. Deshalb sollte das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) einen Kurs entwickeln, der den Ärzten in der Klinik, die Vertretungen übernehmen wollen, etwas über die ambulante Tätigkeit und deren Regularien bietet. Für niedergelassene Ärzte bietet der Kurs einen Überblick über die häufigsten Beschwerden, die es im ärztlichen Bereitschaftsdienst zu behandeln gilt.

In einer kleinen Gruppe aus Vertragsärz-

ten, die langjährig im Bereitschaftsdienst in verschiedenen Kreisen erfahren sind, einer Notärztin und einem Kinderarzt wurde unter Federführung des IQN ein 32-stündiger Kurs konzipiert.

Der allgemeine Teil befasst sich mit Regelungen der Notfalldienstordnung, mit Hinweisen zum Vorgehen vor Ort (bis hin zum Selbstschutz), der Ausrüstung, den Formularen sowie Todesfeststellung und Leichenschau. Bestandteil der Fortbildung ist auch ein 1,5-stündiges Repetitorium zu Arzneimittelinteraktionen und eine Unterrichtseinheit zum Umgang mit Gewaltopfern inklusive Hinweisen zur Dokumentation.

Typische Notdienst-Krankheiten

Der zweite Teil thematisiert die wichtigsten Erkrankungen, die im Bereitschaftsdienst zu behandeln sind. Im Mittelpunkt steht die Frage, woran ein abwendbar gefährlicher Verlauf zu erkennen ist und wann vor Ort mit welchen Mitteln eine sichere Versorgung gewährleistet werden kann.

Weitgehend an Leitsymptomen orientiert werden Krankheitsbilder dargestellt, darunter die großen Symptomkomplexe Thoraxschmerz, Luftnot, und Bauchschmerz sowie Schmerz als eigenständiges Symptom. Auch Erkrankungen aus den „kleinen“ Fächern stehen auf dem Programm sowie ein mehrstündiger Block zu Erkrankungen im Kindesalter. Auflockerung bietet ein Reanimationstraining,

Wells-Score: Liegt eine Lungenembolie vor?

Mit diesem Test ermitteln Sie die Wahrscheinlichkeit dafür, dass eine Lungenembolie vorliegt.

Kriterium	Punktzahl
Klinische Zeichen für eine tiefe Beinvenenthrombose	3
Andere Diagnosen sind unwahrscheinlich	3
Herzfrequenz > 100/min	1,5
Immobilisation > 3 Tage oder OP vor weniger als 4 Wochen	1,5
Frühere Lungenembolie oder tiefe Beinvenenthrombose	1,5
Hämoptyse	1
Neoplasie	1

Beurteilung
< 2 Punkte: geringe Wahrscheinlichkeit
2-6 Punkte: mittlere Wahrscheinlichkeit
> 6 Punkte: hohe Wahrscheinlichkeit

bei dem viele Ärzte erstmals die Anwendung von Larynx tuben kennenlernen.

Mit Hilfe von Scores können Ärzte die Situation vor Ort schnell einschätzen und Entscheidungen fällen. Der Wells-Score beispielsweise hilft die Wahrscheinlichkeit abzuschätzen, ob eine tiefe Beinvenenthrombose vorliegt; der CRB-65-Score kann herangezogen werden, um die Notwendigkeit einer stationären Einweisung bei ambulant erworbener Pneumonie abzuschätzen.

In 32 Stunden kann nicht die gesamte Medizin aufgefrischt werden. Je nach den persönlichen „Lücken“ muss auch nach dem Kurs vielleicht noch etwas nachgelesen werden. Im Bereitschaftsdienst hat jeder seine individuellen – auch fachlich bedingten – Grenzen.

Erfahrene Kolleginnen und Kollegen geben folgende Faustregeln vor:

- Wenn ein Besuch angefordert wurde, sollte man grundsätzlich hinfahren und sich ein Bild machen, egal wie „banal“ die Anforderung klingt.
- Nutzen Sie nur Medikamente und Instrumente, die Sie beherrschen.
- Wenn Sie sich unsicher sind, lieber einmal zu viel einweisen als einmal zu wenig.
- Sie müssen keinen Facharztstandard erfüllen, sondern sich fragen, ob diese Person ohne Gefahr oder unnötiger Verschlechterung des Krankheitsbildes bis zur nächsten Regelversorgung zurechtkommt.

Der Kurs schöpft aber auch aus der geballten Fachkompetenz der verschiedenen Kursteilnehmer. Oft wird diskutiert, wie mit einem Fall umzugehen ist. Dabei stellte sich mehr als einmal heraus, dass – je nach Temperament und eigener Vita – verschiedene Lösungswege möglich sind.

Wichtig ist, dass Sie die Kerninformationen (leserlich) dokumentieren. Dies dient der eigenen Absicherung und macht für Nachbe-

handler die gemachten Überlegungen oder Entscheidungen nachvollziehbar. Auch wenn Sie sich in „Behandlungsketten“ am Wochenende zunächst Ihr eigenes Bild machen sollten: Die Informationen der vorbehandelnden Kollegen sind wichtig, um zum Beispiel Verläufe beurteilen zu können.

Bei den Teilnehmern kam der Kurs gut an. 80 Prozent stimmten der Frage „Ich habe eine größere Sicherheit im Bereitschaftsdienst gewonnen“ überwiegend oder ganz zu. Der Kurs wurde inzwischen in das reguläre Angebotspektrum der Nordrheinischen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung übernommen.

■ DR. MED. DAGMAR M. DAVID, MPH

Der nächste viertägige Kurs findet statt am 28./29. November und 5./6. Dezember 2014. Mehr Infos bei Gudrun Müller-Linnert, Email gudrun.mueller-linnert@aekno.de, Telefon 0211 4302 2837 oder unter www.akademie-nordrhein.de | KV 140735

CRB-65-Score: Risiko einer Pneumonie bestimmen

Mit dem CRB-65-Score ist das Risiko einer V.a. Pneumonie einfach zu bestimmen:

- C = Confusion (Verwirrtheit)
- R = Respiratory (Atmung): Atemfrequenz > 30/min
- B = Blood pressure (Blutdruck):
Systolisch unter 90 mmHg oder diastolisch unter 60 mmHg
- 65 = Patient ist \geq 65 Jahre alt

Für jedes Kriterium gibt es einen Punkt. Diese sind mit unterschiedlicher Letalität assoziiert und geben dadurch einen Hinweis, ob Patienten ambulant versorgt werden können oder stationär oder gar intensivmedizinisch behandelt werden müssen.

Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen:

1. Risikoklasse 1 =
0 vorhandene Kriterien nach CRB-65
(Sterblichkeit niedrig: ca. 1%)
2. Risikoklasse 2 =
1 – 2 vorhandene Kriterien nach CRB-65
(Sterblichkeit mittel: ca. 8%)
3. Risikoklasse 3 =
3 – 4 vorhandene Kriterien nach CRB-65
(Sterblichkeit hoch: ca. 31 – 34%)

Präzise und einfach zu bedienen

Dokumentation mit der Digitalkamera

Die Anforderungen an die Dokumentation ärztlicher Diagnostik und Behandlung sind erheblich. Mängel offenbaren sich häufig erst beim Vorwurf eines ärztlichen Fehlers bei Einsichtnahme eines Gutachters. Der Bedarf an Hilfsmitteln zur Erleichterung der Dokumentation in der Praxis ist entsprechend groß. Dass Digitalkameras dabei eine wertvolle Unterstützung sein können, berichtet Dr. Oscar Pfeifer, Hausarzt aus Essen und Mitglied der Qualitätsmanagement-Kommission der KV Nordrhein.

Die Verfügbarkeit leistungsstarker Kameras und Beleuchtungseinrichtungen zu günstigen Preisen bietet im Zusammenhang mit den mittlerweile verbreiteten digitalen Archivierungssystemen der Praxissoftware eine gute Möglichkeit, die Dokumentation zu vereinfachen. In der hausärztlichen Versorgung sind reichlich abbildbare Verletzungen zu behandeln. Auch viele Krankheiten stellen sich mit bildlich erfassbaren Symptomen dar. Da-

mit kann die – häufig aufwändige – schriftliche Beschreibung des Befundes erheblich reduziert werden.

Abbildungen von Verletzungen sind nicht nur als präzise Dokumentation für den behandelnden Arzt wertvoll. Sie sind auch eine geschätzte Serviceleistung für Patienten, wenn sie Ansprüchen gegenüber einem potentiellen Unfallverursacher geltend machen möchten.



Digitale Hybridkamera mit aufladbarer Ringleuchte. (Die folgenden Bilder wurden exemplarisch ohne Beschriftung mit Patientendaten erstellt.)



Schon eine einfache Ausrüstung liefert gute Bildqualität. Auch Aufnahmen der Schleimhäute und in der Mundhöhle sind problemlos möglich.



Die Fotodokumentation ersetzt hier die schriftliche Beschreibung der einzelnen Läsionen weitgehend und ist in ihrer Evidenz deutlich überlegen. (Auf diesem Bild zeigt sich der Nachteil der Ausleuchtung mit einer OP-Leuchte. Die Bereiche außerhalb des kleinen Fokus sind zu dunkel und es entstehen störende Reflexe.)



Die Dokumentation der Versorgung dieser Wunde lässt sich ebenfalls durch ein Foto vereinfachen.

Die in diesem Beitrag gezeigten Fotografien wurden mit einer Hybridkamera erstellt. Diese erlaubt durch einen entsprechenden Schraubansatz am Objektiv die Anbringung einer LED-Leuchte.

Durch diese Einrichtung ist eine gute Ausleuchtung im Nahbereich gewährleistet. Der Betrieb der Kamera im Automatik- oder Halbautomatikbetrieb mit Makroschaltung ist für alle Aufnahmesituationen in der Praxis geeignet.

Einfach zu bedienen

Das Bedienen von Kameras dieses Typs verlangt keine besondere Übung in Fotografie. Die Fotodokumentation von Verletzungen und Wundbehandlungen als Routine-Praxisprozess kann nach kurzer Einweisung von jeder Mitarbeiterin übernommen werden.

Zur Ablichtung bringen wir in unserer Praxis im darzustellenden Bereich einen Einweg-Papierstreifen mit Zentimeter-Skalierung und

Angaben über den Patienten sowie Datum an. (Bei den Beispielbildern zu diesem Artikel haben wir darauf verzichtet, um die Vertraulichkeit zu wahren.)

Die Bilder werden direkt über Datenkabel an einen der Praxiscomputer in das Archivierungsprogramm übertragen oder in einer Datei abgelegt und aus dieser ausgelesen. Die Beschriftung der Fotos stellt sicher, dass die Zuweisung zum richtigen Patienten erfolgt.

Kommunikation mit Kollegen

Die Bilder unterstützen gelegentlich auch die Kommunikation mit fachärztlichen Kollegen – zum Beispiel, um im Überweisungsfall einen Ursprungsbefund mitgeben zu können. Dies ist auf Datenträger oder als Farbausdruck möglich. Das verfügbare Bildmaterial ist zudem eine gute Grundlage zur exemplarischen Schulung von Medizinstudenten sowie Assistenten. Gleichzeitig ist es auch bei der Falldiskussion in Qualitätszirkeln ein wertvolles Hilfsmittel.

■ DR. MED. OSCAR PFEIFER



Ein solcher Entlassungsbefund rechtfertigt nicht nur die Rückweisung in die Klinik, sondern stellt auch eine Diskussionsgrundlage für Schnittstellen- und Fehlermanagement mit den behandelnden Kollegen dar.

Gerade bei Dermatosen kann der kollegiale Rat eines befreundeten Dermatologen hilfreich sein. (Beachten Sie: Bilder niemals mit Patientendaten ins Netz stellen.) Bei ausreichender Auflösung der Fotografien sind Ausschnittsvergrößerungen problemlos möglich.

Auch Fehler und Konformitätsverletzungen in der eigenen Praxis können fotodokumentiert werden. In diesem Fall reichte schon der kommentarlose Aushang am „Infoboard“ als aufklärende und damit verhaltensändernde Maßnahme.

Sauber ist nicht immer rein

Häufig sind es die Hände, die Infektionen übertragen – und zwar die Hände der Ärzte und des Pflegepersonals. Als Quelle für Infektionen kommen Blut, Ausscheidungen, kontaminierte Oberflächen oder die Arbeitskleidung des Personals in Frage. Natürlich sind auch die eigenen Hände des Patienten oder erkrankte Mitpatienten mögliche Überträger.

Für das Personal besteht Infektionsgefahr durch den Handkontakt mit dem Patienten, durch kontaminierte Gegenstände oder bei Stichen mit benutzten Kanülen bzw. Nadeln. Auch hustende oder niesende Patienten und Mitarbeiter können Infektionen übertragen.

Was leistet Standardhygiene?

Standardhygiene ist die Grundlage erfolgreicher Prävention und wirkt der Übertragung vieler nosokomialer Infektionen wirksam entgegen. Dabei handelt es sich um Infektionen, die im Zuge eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einem Krankenhaus oder einer Pflegeeinrichtung auftreten,

ohne Hinweise darauf, dass die Infektion bereits bei der Aufnahme vorhanden oder in der Inkubationsphase war.

Leicht umsetzbare, kosteneffektive Standardhygiene-Maßnahmen sind diejenigen Maßnahmen, die zunächst bei allen Patientenkontakten einzuhalten sind, unabhängig von der jeweiligen Diagnose.

Die Maßnahmen zur Standardhygiene legt eine Praxis im individuellen Hygieneplan der Arztpraxis fest. Alle Praxismitarbeiter werden verpflichtet, diesen auch einzuhalten. Um die Übertragung von Infektionen zu vermeiden, spielt konsequente Händehygiene des medizinischen Personals eine entscheidende Rolle.

Der raumspezifische Hygieneplan

Bei der Flächendesinfektion sind die Flächen und Geräte besonders zu beachten, mit denen der Patient unmittelbar in Kontakt kommt.

1. Überlegen Sie: Was fasst der Patient an?
Was berührt der Patient?

4. Welche Einrichtungsgenstände sind noch im Raum?

2. Welche Geräte oder Teile kommen mit dem Patienten in direkten Kontakt?

5. Was muss bereitgestellt oder entsorgt werden?

3. Welche Teile oder Geräte bedient der Arzt oder das Personal bei der entsprechenden Untersuchung?

6. Welche besonderen Situationen oder Unfälle können auftreten?

Anwendungsbereiche der Standardhygiene

- Händehygiene
 - Hände waschen bei sichtbarer Verunreinigung (Schmutz, Ausscheidungen etc.)
 - Hände desinfizieren bei nicht sichtbarer Kontamination:
 - vor direktem Patientenkontakt
 - nach Haut- und Schleimhautkontakt, Kontakt mit Wundverbänden
 - nach Kontakt mit (potenziell) kontaminierten Gegenständen in Patientennähe
 - nach dem Ausziehen der Handschuhe
- Persönliche Schutzausrüstung (PSA)
 - Bedarfsgerechte Bereichskleidung tragen, zum Beispiel wenn erforderlich Handschuhe und Schutzkittel
 - beim Ablegen der PSA die Kontamination von Haut und Kleidung vermeiden
 - dieselben Schutzhandschuhe und Schutzkittel nicht bei mehreren Patienten verwenden

- Aufbereitung von Medizinprodukten (Instrumente, Geräte)
 - Eine sachgerechte Aufbereitung der Medizinprodukte (Instrumente, Geräte) wird nach validierten Verfahren durchgeführt.
 - Die einzelnen Arbeitsschritte der Aufbereitung wie Reinigung, Desinfektion und gegebenenfalls Sterilisation werden mit geeigneten Mitteln durch geschultes Personal durchgeführt, in Standard-Arbeitsanweisungen festgelegt und nachweislich eingehalten.

- Schutz vor blutübertragenen Erregern
 - Schutz des Personals vor blutübertragenen Erregern zum Beispiel durch stichsichere Instrumente wie Kanülen
 - nur sichere Injektions- und Infusionstechniken anwenden
 - Über die erforderlichen Maßnahmen bei Schnitt- oder Stichverletzungen wird das Personal intern (Hygieneplan) bzw. zusätzlich extern geschult.

Flächendesinfektion

Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI) hat die „Anforderungen an die Hygiene bei der Reinigung und Desinfektion von Flächen“ fixiert. In der RKI-Empfehlung heißt es: „Die hygienisch einwandfreie Durchführung der Hausreinigung und Flächendesinfektion im Krankenhaus und anderen medizinischen Bereichen dient sowohl der Sauberkeit als auch der Infektionsverhütung zum Patienten- und Personalschutz (...). Bei der Bewertung des unbelebten Umfeldes (alle den Patienten und das Personal umgebenden Flächen) muss unter dem Gesichtspunkt von Infektionsrisiken die ubiquitäre Präsenz von Mikroorganismen berücksichtigt werden (...).“

Um die Flächendesinfektion durchführen zu können, sind einige Voraussetzungen zu schaffen:

- Flächendesinfektionsmittel (gegebenenfalls viruzide) sind vorhanden. Sie sind beim Verbund für Angewandte Hygiene (VAH) gelistet.
- Personal ist qualifiziert und unterwiesen.
- Ausreichende Schutzkleidung (entsprechend den Herstellerangaben) steht bereit.
- Fußböden und Arbeitsflächen sollten fugenarm und leicht zu reinigen sowie wischdesinfizierbar sein. (Tepiche in Behandlungsräumen sind nicht akzeptabel).

Die Gegenstände, die Patienten berühren, stehen im Fokus der Flächendesinfektion. Dazu zählen zum Beispiel Türklinken, Anmeldetresen, Armaturen im Sanitärbereich, Stühle, Zeitschriften, Tische, Zeitschriften und Liegen. Legen Sie Standard-Arbeitsanweisungen fest:

- wie die Reinigung und Desinfektion der verschiedenen Bereiche zu erfolgen hat,
- wann, wie oft, womit und durch wen die Maßnahmen durchgeführt werden.

Was kann Standardhygiene nicht leisten?

Bei bestimmten, hochansteckenden Erkrankungen wie virusbedingter Diarrhöe, Atemwegserkrankungen wie Influenza oder Tuberkulose und in besonderen Situationen oder bei Unfällen sind die Standardhygiene-Maßnahmen diagnoseabhängig um „übertragungsspezifische Maßnahmen“ zu ergänzen. Diese Maßnahmen können beispielsweise das Tragen von Handschuhen und/oder Schutzkitteln, Mundschutz bei Kontakt mit dem Patienten oder kontaminierten Gegenständen erforderlich machen. Auch eine „Notfallration“ vollviruzid wirksamer Hände- und Flächendesinfektionsmittel vorzuhalten, ist für diese Fälle sinnvoll.

■ ANKE WESTERBERG

Wenn Sie Fragen rund um das Thema Hygiene in der Praxis haben, steht Ihnen die Hygieneberatung der KV Nordrhein zur Verfügung: Patrick Ziech, Telefon 0211 5970 8489, E-Mail: hygiene@kvno.de

Häufige Mängel bei der Flächendesinfektion

- Flächendesinfektionsmittel ist nicht VAH-gelistet.
- Lösung wird falsch angesetzt, keine schriftliche Arbeitsanweisung für die Reinigungskraft.
- Kein arbeitstäglicher Wechsel der Wischmops und Putztücher
- Sprühdeseinfektion wird durchgeführt statt Scheuer-Wischdesinfektion.
- Angaben im Hygieneplan fehlen: Wer, was, wie und wie oft wird desinfiziert?
- Geräte werden nicht desinfizierend aufbereitet, zum Beispiel US-Sonden, Stethoskope, RR-Manschetten).
- Viruswirksames Flächendesinfektionsmittel wird nicht für den Notfall vorgehalten, etwa für das Auftreten von Noroviren.
- Defekte Oberflächen (Möbiliar, Fußböden, ...), die eine sachgemäße Flächendesinfektion erschweren oder unmöglich machen

Neue Ziffern für MRSA-Leistungen

Seit Anfang April sind die MRSA-Leistungen über neue Ziffern abrechenbar. Im Mai häuften sich bei den Serviceteams der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein Fragen zu den neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) der MRSA-Vergütungsvereinbarung.

Ab wann gilt die Änderung?

Die Leistungen der MRSA-Vergütungsvereinbarung sind seit 1. April 2014 als „Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA“ im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (Abschnitt 30.12.) abgebildet.

Wie rechne ich MRSA-Leistungen jetzt ab?

Die Abrechnungsvoraussetzungen und die Bestimmungen im EBM haben sich nicht geändert – lediglich die Abrechnungsziffern

sind neu. Verwenden Sie bitte die neuen GOP.

Bitte beachten Sie, dass die GOP 30954 (bisher 86782) und 30956 (bisher 86784) ausschließlich von Ärzten, die eine Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen des Kapitels 32.3.10 besitzen, abgerechnet werden dürfen.

Was passiert mit alten MRSA-Ziffern in meiner Abrechnung des 2. Quartals 2014?

Wenn Sie versehentlich alte Abrechnungsziffern angesetzt haben, wandelt die KV Nordrhein diese in die neuen GOP um.

Kann ich jetzt MRSA-Screening-Untersuchungen abrechnen?

Nein, ein Screening auf MRSA zum Beispiel vor Aufnahme in ein Pflegeheim oder Krankenhaus ist nach wie vor nicht abrechnungsfähig.

Was ist, wenn ein Patient die Maßnahmen nicht selbst durchführen kann?

Hier gibt es seit 1. Mai 2014 eine Neuerung. Wenn die Maßnahmen zur MRSA-Sanierung bzw. -Eradikation nicht vom Patienten selber oder von einer im Haushalt lebenden Person durchgeführt werden können, ist die Verordnung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege durch den behandelnden Arzt möglich. Voraussetzung: Die Maßnahmen sind im Rahmen der vertragsärztlich abrechenbaren Behandlung und Betreuung von Patienten mit MRSA erforderlich. Das hat der gemeinsame Bundesausschuss beschlossen. Den Beschluss finden Sie unter www.gba.de | [KV | 140740](http://www.kv-nr.de)

Unter www.mrsa-ebm.de können Ärzte an einer zertifizierten Online-Fortbildung teilnehmen. Die Teilnahme ist Voraussetzung für die Genehmigung, die Sie benötigen, um MRSA-Leistungen abrechnen zu können. Auf der Seite finden Sie zudem Hinweise zur Abrechnung, Merkblätter zum Umgang mit MRSA und Tipps zur rationalen Antibiotikatherapie. Informationen finden Sie auch auf den Seiten des Robert Koch-Instituts (www.rki.de) und bei den MRSA-Netzwerken (www.mrsa-net.org).

MRSA-Therapie

Bisher: SGB V (§ 87 Abs. 2a Satz 3 bis 6)	Neu: EBM-(Kapitel 30.12)
86770	30940
86772	30942
86774	30944
86776	30946
86778	30948
86780	30950
86781	30952

MRSA-Labor

86782	30954
86784	30956

Brauche ich eine neue Genehmigung?

Nein, Ihre bisherige Genehmigung gilt weiter. Sie brauchen keinen neuen Antrag zu stellen.

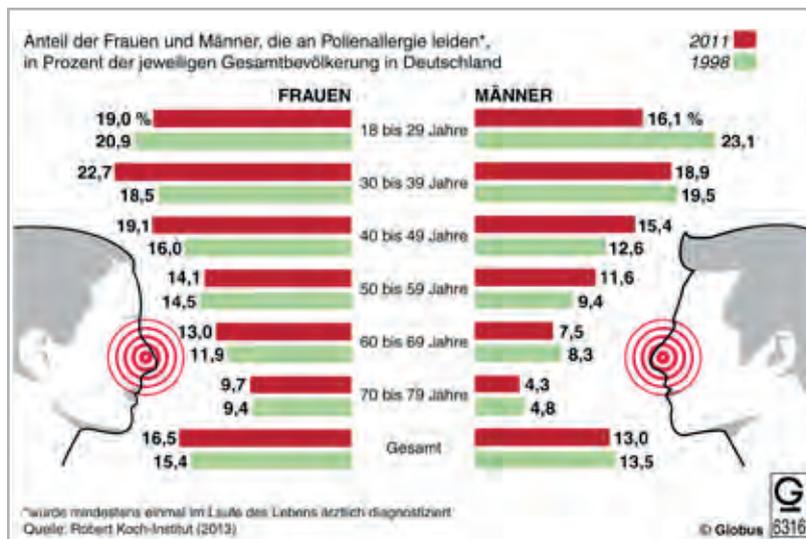
Muss ich neue Abrechnungsbedingungen im EBM-Abschnitt 30.12 beachten?

Nein. Es gelten unverändert dieselben Legenden und Abrechnungsbestimmungen.

Pollenallergiker und Pollenflugsaison 2014

In Deutschland sind fast 15 Prozent der Bevölkerung Pollenallergiker. Das zeigt eine Befragung des Robert Koch-Instituts. Frauen reagieren etwas häufiger allergisch als Männer: Die Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen war im Jahr 2011 mit 22,7 Prozent der Frauen bzw. 18,9 Prozent der Männer am häufigsten betroffen. Im Vergleich zum Jahr 1998 stieg die Zahl der an einer Pollenallergie leidenden Frauen um 1,1 Prozent, bei den Männern fiel sie dagegen um 0,5 Prozent.

Am häufigsten lösen die Pollen von Birke, Erle, Gräsern, Haselnuss, Beifuß, Roggen und Ambrosia Allergien aus. In diesem Jahr überstanden ist der Pollenflug von Haselnuss, Erle, Birke und Roggen. Nach der Prognose der Stiftung Deutscher Polleninformationsdienst sind die Pollen von Gräsern, Beifuß und Ambrosia noch bis zum 20. September unterwegs. Übrigens: Im Süden Deutschlands beginnen die Pollenflüge meist früher als im Norden.



Prognose der Pollenflugzeiten von fünf der wichtigsten Pollenarten im Jahr 2014



Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik in tiefenfundierter Psychotherapie

Kontakt Bettina Stormanns
Alte Kirchstraße 14
52379 Langerwehe

Telefon 02423 104 880

Telefax 02423 406 457

E-Mail bettinastormanns@aol.com

Ort Kreis Düren

Thema Methodenintegrierte Kinder- und Jugendlichen-Therapie

Kontakt Klaus Wieland
Pingsdorfer Straße 52-54
50321 Brühl

Telefon 02232 569 962

Telefax 02232 569 963

E-Mail info@wieland-psychotherapie.de

Ort Brühl

Kontakt

Sabine Stromberg
Telefon 0211 6970 8149

Katharina Ernst
Telefon 0211 5970 8361

Telefax 0211 5970 8160

E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de



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

Mehr Infos unter www.akademie-nordrhein.de/EVA



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein



Wichtige Prozesse mit Qualitätsmanagement sicher im Griff

In der Reihe Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement bietet die Nordrheinische Akademie einen Kurs für Praxen, die Qualitätsmanagement (QM) neu einführen und damit die gesetzlichen Vorgaben erfüllen wollen. Ebenso ist der Kurs geeignet für Praxen, die QM bereits eingeführt haben und sicherstellen wollen, dass die Anforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses erfüllt sind. Der Kurs richtet sich an Praxisinhaber und Medizinische Fachangestellte.

Themen der beiden Präsenzveranstaltungen sind Notfallmanagement, Schnittstellenmanagement, Teambesprechungen und Patientenbefragungen sowie Terminplanung und Fehlermanagement.

Voraussetzung ist die Teilnahme am Kurs Grundkenntnisse in Qualitätsmanagement mit Kenntnissen der Instrumente zur Prozessbeschreibung, Erstellung von Praxisanweisungen, Checklisten und Formblättern.

ZERTIFIZIERT | ■■■■■■ ■■■■■■ ■■■■■■ Punkte

Termin 16. Juli 2014 /
30. Juli 2014
15 bis 19.30 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Infos und Anmeldung Nordrheinische Akademie
tanja.kohnen@aekno.de

Telefon 0211 4302 2834

Telefax 0211 4302 2809

Gebühr 440 Euro für
ein Praxisteam
(Arzt oder Ärztin
und eine Mitarbeiterin)
140 Euro für
weitere Mitarbeiter
220 Euro für
Einzelpersonen

MFA: Guter Start in die Ausbildung

Für einen guten und erfolgreichen Start in die Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten sind einige Maßnahmen und Verhaltensregeln unerlässlich. Neben wichtigen Bestimmungen zum Datenschutz, zu Arbeitsplatzregeln und dem richtigen Umgang mit Patienten und Patientinnen sowie Kolleginnen sind auch fachliche Kenntnisse erforderlich. Über alle allgemeinen Anforderungen informiert Sie das Seminar „Guter Start in die Ausbildung“ der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Termin 16. Juli 2014
15 bis 17.30 Uhr

Ort Kassenärztliche Vereinigung
Sedanstraße 10–16
50668 Köln

Infos und Anmeldung Nordrheinische Akademie
Telefon 0211 4302 6341

Gebühr keine

Meine Praxis – organisiert und sicher!?

Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassungsphase können sich umfassend bei der eintägigen Fortbildungsveranstaltung „Meine Praxis – organisiert und sicher!?“ informieren. Im Mittelpunkt der Veranstaltung stehen das Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement, Rechtsfragen zum Notdienst und zu Kooperationen sowie der Arzt als Ausbilder und Arbeitgeber. Themen der weiteren Vorträge sind die Aufgaben und die Leistungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege und der Bereich Hygiene.

Die Teilnehmerzahl ist begrenzt, daher ist eine Anmeldung erforderlich.

ZERTIFIZIERT | ■■■■■■ ■■ Punkte

Termin 29. August 2014
10 bis 16.30 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Info IQN
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Telefon 0211 4302 2751

Anmeldung iqn@aekno.de

Veranstaltungen für Mitglieder

16.7./30.7.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement: „Wichtige Prozesse mit QM sicher im Griff“, Düsseldorf
■ 20.08.2014	KV Nordrhein: Vortrag „Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?“, Düsseldorf (für Hausärzte)
■ 27.08.2014	KV Nordrhein: Vortrag „Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?“, Köln (für Fachärzte)
29.08.2014	IQN: Fortbildung „Meine Praxis – organisiert und sicher !?“, Düsseldorf
03.09.2014	Nordrheinische Akademie: Fortbildung „Demenzkrankungen“, Köln
■ 03.09.2014	KV Nordrhein: Vortrag „Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?“, Düsseldorf (für Hausärzte)
11.09.2014	IQN/Nordrheinische Akademie: Fortbildung „Fehler' brauchen ‚Kultur‘“, Düsseldorf
17.09.2014	Nordrheinische Akademie: „Demenzkrankungen“, Krefeld-Hüls
■ 17.09.2014	KV Nordrhein: Vortrag „Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?“, Düsseldorf (für Hausärzte)
■ 24.09.2014	KV Nordrhein: „Richtig kodieren“, Köln

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

27.06.2014	KV Nordrhein: „Der Weg zu mehr Gelassenheit“ - Umgang mit stressigen Situationen, Köln
09.07.2014	IQN/Nordrheinische Akademie: Fortbildung „Diagnosekodierung in der Praxis – Grundlagenwissen“, Düsseldorf
16.07.2014	KV Nordrhein: „Guter Start in die Ausbildung – Einsteigerkurs“, Köln
16.07.2014	KV Nordrhein: „Exzellente Servicequalität am Telefon“, Köln
03.09.2014	Nordrheinische Akademie: „Medizinische Versorgung von Menschen mit Demenzerkrankungen“, Köln
03.09.2014	IQN/Nordrheinische Akademie: „Diagnosekodierung in der Praxis“, Düsseldorf
05.09.2014	IQN/Nordrheinische Akademie: „Diagnosekodierung in der internistischen, hausärztlichen oder gynäkologischen Praxis“ – Aufbaukurs, Düsseldorf
17.09.2014	KV Nordrhein: Kurs für Wiedereinsteigerinnen (Teil 2), Düsseldorf
17.09.2014	KV Nordrhein: „Gemeinsam sind wir stark: Teamorientierung führt zum Erfolg“, Köln
17.09.2014	Nordrheinische Akademie: „Demenzkrankungen“, Krefeld

Veranstaltungen für Interessierte und Patienten

03.09.2014	KV Nordrhein/Rheinische Post: „Wechseljahre“, Düsseldorf
22.09.2014	KV Nordrhein/VKKD/Rheinische Post: „Altersmedizin“, Düsseldorf

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.kvno.de oder 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

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666
Telefax 0221 7763 6450
E-Mail service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888
Telefax 0211 5970 8889
E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Formularversand

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

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 23 500

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

Vorschau „KVNO ■ aktuell“ 8 | 2014

■ Vertreter

Für Nordrhein in der KBV-VV

■ Versorgung

Die Vielfalt von Ermächtigungen

■ Datenschutz

Auf Nummer sicher in der Praxis

■ eHBA

Neue Anwendungen mit Mehrwert

Die nächste Ausgabe von „KVNO aktuell“
erscheint am 27. August 2014.

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

www.kvno.de



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein