

Hintergrund

Ermächtigung | 1.200 Ärzte aus
Kliniken arbeiten ambulant

Schwerpunkt

EBM | Aktuelle Änderungen –
Zeitplan für weitere Reform

Aktuell

Abrechnung | Sammelerklärung
ersetzt die Gesamtaufstellung

Verordnungen

Arzneimittel | Im Notdienst
gibt es Besonderheiten



© picture alliance | Bildagentur-online



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 EBM: Höhere Chronikerpauschale und weitere Änderungen

Aktuell

- 6 Sammelerklärung statt Gesamtaufstellung
- 9 Ab 1. Januar 2015 gilt nur noch die eGK
- 9 Bundessozialgericht kippt Schiedsspruch
- 10 Mitgliederbefragung: Ärztemonitor 2014
- 12 Kampagne kommt weiter gut an
- 14 Honorarverhandlungen auf Bundesebene
- 14 Gute Noten für Ärzte und Psychotherapeuten
- 15 Standpunkt: Die Posse um die Impfpässe

■ Praxisinfo

- 16 Arzneimittel-Check für Versicherte der AOK
- 16 Änderungen der DMP Diabetes mellitus
- 16 Kostenübernahme von Abtreibungen
- 17 Barmer GEK kündigt parenterale Ernährung
- 17 SAPV: Übersicht der teilnehmenden BKKen

- 17 Gestationsdiabetes: Eintrag in Mutterpass
- 17 Laborgemeinschaften: Keine Kostennachweise
- 17 Dokumentationsprüfungen für PDT und PTK ausgesetzt
- 18 Impfen: Übergangsregelung
- 18 Rehabilitations-Richtlinie angepasst
- 18 ASV: PVS unterstützt Abrechnung
- 18 Vereinbarung Zervix-Zytologie
- 19 Zuzahlungen bei physikalisch-medizinischen Leistungen

■ Verordnungsinformation

- 20 Arzneimittel im Notdienst: Ein paar Besonderheiten
- 21 KVNO extra zum Sprechstundenbedarf
- 21 Duale RAS-Blockade weiter nur in Einzelfällen
- 22 Heilmittel: Das Wichtigste kurz und knapp
- 22 Verordnung außerhalb des Regelfalls
- 23 Neue Festbeträge – mehr Zuzahlungen

Hintergrund

- 24 Ermächtigungen in Nordrhein

Berichte

- 30 Zankapfel Honorarverteilung
- 32 Beschlüsse der Vertreterversammlung
- 34 GlucoChat: Sicher vernetzt mit dem Arzt

Service

- 36 Bluthochdruck: Patienten suchen Rat
- 37 Aus dem Turm der Gesundheitsweisen
- 40 Datenschutzbeauftragter für die Praxis
- 43 Neuer Hausarzt-Strukturvertrag

In Kürze

- 44 Neue Organspende-Kampagne läuft
- 44 Alkohol-Entwöhnungsmittel: Nur ausnahmsweise
- 45 Kreisstellen: Umzug in die Essener Innenstadt
- 45 Qualitätszirkel suchen Mitglieder
- 46 Leistungen für Asylbewerber
- 46 116 117 ist alleinige Notdienst-Rufnummer



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

93 Prozent der niedergelassenen Hausärzte, 95 Prozent der Fachärzte und 99 Prozent der Psychotherapeuten haben beim jüngsten „Ärzte-monitor“ der Aussage zugestimmt: „Meine Arbeit macht mir Spaß“. Mehr als 10.000 Niedergelassene hat das Meinungsforschungsinstitut infas befragt.

Wie so oft, wenn Ärzte und ihre Vertreter über die Arbeit sprechen, folgt ein deutliches „Aber“: Ja, der Beruf ist schön, aber die Arbeits- und Rahmenbedingungen sind schwierig. Von wirtschaftlicher Unsicherheit berichteten die Befragten. Zwei Drittel gaben an, zu wenig Zeit für die Patienten zu haben – trotz oder gerade wegen ihrer hohen Arbeitsbelastung.

Erstaunlicherweise wird dieser Befund von der Politik hartnäckig ignoriert. Bei der Diskussion um lange Wartezeiten auf Facharzttermine spielen die Ressourcen und die Auslastung der Fachärzte ebenso wenig eine Rolle wie die Tatsache, dass auch Patienten in beträchtlichem Umfang zu vereinbarten Terminen gar nicht erscheinen.

Trotzdem werden nur die Ärzte in die Pflicht genommen. Auch dann, wenn eine AOK-Studie meldet, dass viele Patienten Schwierigkeiten haben, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Reflexartig ertönen aus der Politik Forderungen an die Ärzteschaft, sich mehr Zeit für die Patienten zu nehmen – als sei es Aufgabe der Ärzte, ihren Patienten ein Gesundheits-

system zu erklären, das die Politik zu verantworten und immer komplizierter gemacht hat.

Vorschnelle Reaktionen gab es auch bei der von der Techniker Krankenkasse angeregten Öffnung von Krankenhäusern in ländlichen Regionen. Haben die niedergelassenen Fachärzte auf dem Land so wenig zu tun, dass sie in unwirtschaftlich arbeitenden Kliniken beschäftigt werden müssen? Gibt es dort, wo die niedergelassenen Fachärzte tätig sind, überhaupt Krankenhäuser? Wir werden sicher über neue Möglichkeiten der Kooperation und Vernetzung reden müssen. Aber wir können und werden mit der nach wie vor guten ambulanten Versorgung in der Fläche nicht die Probleme der Kliniken lösen.

Vorschnell ist auch der mediale Abgesang auf das Mammografie-Screening. Den Höhepunkt der allzu einseitigen Berichterstattung über die Brustkrebs-Früherkennung bildete vor kurzem ein Artikel in der „Apotheken Umschau“. Es ist legitim und richtig, über Nutzen und Sinn der Screening-Programme zu debattieren. Dies aber müssen fachkundige Mediziner tun. Auf Beiträge in einer Marketingpostille der Apotheker können wir gut verzichten.

Herzliche Grüße

Dr. Peter Potthoff
Vorsitzender

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender

Viele Neuerungen gelten bereits seit 1. Juli 2014

Höhere Chronikerpauschale und weitere EBM-Änderungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben sich auf vier Änderungen am Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) verständigt. Die Änderungen gelten ab 1. Juli, also bereits im 3. Quartal 2014. Für Hausärzte und Pädiater gilt demnach eine neue Zuschlagssystematik und eine höhere Bewertung der EBM-Nummern 03221 | 04221. Die Änderungen hat der Bewertungsausschuss am 26. Juni beschlossen; die KV Nordrhein hat Ende Juni einen Sonder-Newsletter versandt.

Chronikerpauschalen

Beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal bleibt es wie bisher: Die Praxis rechnet die EBM-Nummer 03220 (Hausärzte) bzw. 04220 (Pädiater) ab. Erfolgt ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal ist zusätzlich die 03221 | 04221 ansetzbar. Das macht die Abrechnung einfacher. Denn bei mehrfachem Kontakt müssen die Nummern 03220 | 04220 nicht mehr in der Praxis gestrichen werden.

Ab 1. Juli führt die neue Systematik zu einer höheren Vergütung der Chronikerpauschale bei mindestens zwei persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten. Der Zuschlag ist mit 40 Punkten bzw. 4,05 Euro bewertet, der zu den 130 Punkten der 03220 | 04220 addiert wird.

KVNO fügt Chronikerpauschale automatisch zu

Die KV Nordrhein ergänzt die Abrechnung im 3. Quartal 2014 automatisch um die Chronikerpauschale 03220 | 04220, wenn Hausärzte bzw. Pädiater diese nicht zusammen mit den Zuschlagspauschalen 03221 | 04221 in der Abrechnung aufführen. Grund: Mehrere EDV-Anbieter konnten die Änderungen nicht rechtzeitig in das Quartals-Update integrieren, da der Beschluss des Bewertungsausschusses erst kurz vor Quartalsbeginn gefasst wurde. Daher können viele Praxen über die Software nur die Zuschlagsnummern 03221 | 04221 ansetzen. Die EDV-Anbieter werden die Änderungen im nächsten Quartals-Update übernehmen.

Somit erhält die Praxis bei der mehrfachen Inanspruchnahme 170 Punkte – anstelle von bislang 150 Punkten.

Erweitertes Ultraschall-Screening im zweiten Trimenon

Die EBM-Nummer 01771 dürfen Ärzte bei Mehrlings-Schwangerschaften ab 1. Juli 2014 auch mehrfach abrechnen. Da ein Arzt die fetalen Strukturen jedes Feten einzeln zu untersuchen und zu beurteilen hat, erhöht sich bei Mehrlingsschwangerschaften der in der EBM-Nummer 01771 abgebildete Behandlungsaufwand entsprechend der Zahl der Mehrlinge.

Die Durchführung von Ultraschalluntersuchungen mit Biometrie und systematischer Untersuchung der fetalen Morphologie durch einen besonders qualifizierten Arzt im zweiten Trimenon wurde zum 1. Januar 2014 in den EBM aufgenommen. Die zweite Anmerkung zur Nummer 01771 haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband ergänzt, sodass die Leistung mehrfach je Schwangerschaft entsprechend der Anzahl der Mehrlinge berechnungsfähig ist.

Zuschlag für konservativ tätige Augenärzte

Die EBM-Nummer 06225 dürfen konservativ tätige Augenärzte auch in Verbindung mit la-

serchirurgischen Leistungen abrechnen. Bislang galt: Wenn die laserchirurgischen Leistungen nach den Nummern 31341 bis 31348 EBM in der Abrechnung angesetzt wurden, war die Nummer 06225 ausgeschlossen. Dies ändert sich ab dem 3. Quartal 2014. Nun können sie den Zuschlag auch dann ansetzen, wenn sie laserchirurgische Leistungen erbringen. Vorausgesetzt, der Arzt rechnet keine weiteren Ausschlussleistungen ab, die auf regionaler Ebene den Ausschlussleistungen entsprechen oder in regional vereinbarten Pauschalen enthalten sind.

Die 06225 EBM wurde zum 1. Januar 2012 als Zuschlag zu den augenärztlichen Grundpauschalen in den EBM aufgenommen. Ziel ist, die konservativ tätigen Augenärzte zu unterstützen.



Kapselendoskopie

Bei obskuren Blutungen des Dünndarms können Vertragsärzte die Kapselendoskopie über den EBM abrechnen. Zur Durchführung und Auswertung der Kapselendoskopie gibt es jeweils zwei EBM-Nummern für Kinder und für Erwachsene. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär – ohne Mengenbegrenzung und zu festen Preisen. Rund 115 Euro gibt es für die Untersuchung, etwa 247 Euro für die Auswertung. Damit wird die Kapselendoskopie mit insgesamt 362 Euro honoriert.

Die Kosten für die Untersuchungskapsel sind darin nicht enthalten; sie können auf den Namen des Patienten mit der Quartalsabrechnung abgerechnet werden. Bitte kennzeichnen Sie die Sachkosten mit der Symbolnummer

99111 und fügen die Originalrechnung der Abrechnung bei. Sie erhalten sie nach Prüfung durch die Kassenärztliche Vereinigung zurück.

Die EBM-Nummern 13425, 13426, 04528 und 04529 werden im Anhang 3 des EBM mit einem „Stern“ gekennzeichnet und führen somit zum Ausschluss der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG).

Die Kapselendoskopie kommt bei Erkrankungen des Dünndarms zum Einsatz. Dabei schluckt der Patient eine Mini-Kamera, die Videobilder aus dem Dünndarm übermittelt. Die Untersuchung erfolgt nach den Vorgaben der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versor-

Mit einem Zuschlag zur Grundpauschale werden konservativ tätige Augenärzte unterstützt.

Abrechnung Kapselendoskopie

	Bei Kindern	Bei Erwachsenen
Durchführung	EBM 04528 1139 Punkte [rund 115 Euro]	EBM 13425 1139 Punkte [rund 115 Euro]
Auswertung	EBM 04529 2435 Punkte [rund 247 Euro]	EBM 13426 2435 Punkte [rund 247 Euro]



Bei der Kapselendoskopie sendet eine Mini-Kamera Bilder aus dem Dünndarm.

gung, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festgelegt hat.

Die Untersuchung dürfen Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie durchführen. Sie benötigen eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistung. Die Anforderungen, die die Ärzte erfüllen müssen, sind in der Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie aufgeführt. Diese trat am 1. Juli 2014 in Kraft und sieht eine Übergangsregelung für alle Ärzte vor, die bereits vorher Kapselendoskopien durchgeführt haben.

Dialysesachkosten

Die Sachkostenpauschalen für Dialysen sinken nicht weiter. Darauf haben sich die KBV und der GKV-Spitzenverband verständigt. Die Pauschalen waren zuletzt vor einem Jahr angepasst worden. Im Beschluss zur Anpassung der Dialysesachkosten vom März 2013 war die Option zu einer weiteren Absenkung ab 2015 enthalten.

Die KBV und der GKV-Spitzenverband hatten sich deshalb verpflichtet, bis zum 31. August dieses Jahres zu prüfen, ob zur Kosten- und Vergütungssituation aktuelle Daten und Erkenntnisse vorliegen. Der Verband Deutscher Nierenzentren hatte in dem Zusammenhang eine Kostenerhebung beim Institut für Mikrodaten-Analyse in Auftrag gegeben. Diese zeigte, dass die Pauschalen für nichtärztliche Sach- und Dienstleistungen, die bei der Versorgung von Patienten in Praxen niedergelassener Nephrologen anfallen, im EBM zu niedrig angesetzt sind. Die KBV hat das Gutachten in die Verhandlungen eingebracht und sich gegen eine weitere Absenkung ausgesprochen.

Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch

Frauenärzte erhalten seit 1. Juli 2014 eine höhere Kostenpauschale für den Bezug von Mifepriston bei einem medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruch. Statt 81,80 Euro sind es nun 89,25 Euro. Hintergrund ist, dass der Preis für das Medikament mit dem Wirkstoff Mifepriston gestiegen ist. Die Gynäkologen rechnen die Kosten für den Bezug von Mifepriston mit der Pauschale 40156 EBM ab.

Die Pauschale 40156 können sie nur ansetzen bei einem medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruch unter medizinischer und kriminologischer Indikation (01906 EBM). Weitere Einzelheiten sind in Kapitel 40 EBM geregelt.

Laborquote und Referenz-Fallwerte

Die bundeseinheitliche Labor-Abstufungsquote „Q“ für das 2. Halbjahr 2014 beträgt 91,80 Prozent. In der Tabelle finden Sie die Referenz-Fallwerte für das 2. Halbjahr 2014, die mit der Quote „Q“ multipliziert wurden.

Arztgruppe	Referenz-Fallwert
Rheumatologen, Endokrinologen	36,72 Euro
Nuklearmediziner, Hämatologen	19,28 Euro
Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen	3,67 Euro

Intravitreale Medikamenteneingabe

Abrechnung intraocularer Eingriff

Eingriff am rechten Auge: 31371 EBM / 1618 Punkte (rund 164 Euro)

Eingriff am linken Auge: 31372 EBM / 1618 Punkte (rund 164 Euro)

Eingriff an beiden Augen: 31373 EBM / 2130 Punkte (rund 220 Euro)

Für belegärztliche Eingriffe analoge GOP in Kapitel 36

Verlaufskontrolle nach intravitrealer Injektion

Kontrolle am rechten Auge: 06334 EBM / 100 Punkte (rund 10 Euro)

Kontrolle am linken Auge: 06335 EBM / 100 Punkte (rund 10 Euro)

Zusätzlich abrechenbar sind gegebenenfalls post- und präoperative EBM-Leistungen sowie die Anästhesie.

Die intravitreale Medikamenteneingabe zur Behandlung bestimmter Augenerkrankungen wie der feuchten altersbedingten Makuladegeneration (AMD) kommt zum 1. Oktober als neue Leistung in den EBM. Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ohne Mengenbegrenzung zu den vereinbarten Preisen. Zur Abrechnung hat der Bewertungsausschuss im EBM neue Nummern für den operativen Eingriff und für die

Verlaufskontrolle nach der Injektion festgelegt (siehe Tabelle oben).

Ärzte, die die intravitreale Injektion vornehmen, benötigen dafür eine Genehmigung. Eine Vereinbarung zur Qualitätssicherung, die die Anforderungen definiert, bereiten der GKV-Spitzenverband und der KBV vor. Sie soll zum 1. Oktober in Kraft treten.

■ MARION FLUCHT | FRANK NAUNDORF

EBM-Reform: Zeitplan der zweiten Stufe steht

Weitere Änderungen für die Hausärzte soll es zum 1. Januar 2015 geben. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband verständigt. Neuerungen am Facharzt-EBM soll es erst zum 1. Januar 2016 geben. Die KBV will generell sukzessive feste und kostendeckende Preise erreichen; Basisleistungen sollen aus den Versicherten- bzw. Grundpauschalen herausgenommen werden. Nach KBV-Angaben wollen die Kassen dagegen möglichst viele Behandlungen innerhalb der begrenzten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung belassen.

Ein Ziel der KBV bei Reform des Hausarzt-EBM ist, die Vergütung für technische Leistungen wie EKG, Sonografie und Spirometrie so zu verändern, dass sich die Gerätekosten auch bei geringer Auslastung amortisieren. Dies könnte zum Beispiel mit einer Vorhalte-

pauschale funktionieren. Außerdem sollen alle Hausarzt-Praxen die Möglichkeit erhalten, Leistungen an Medizinische Fachangestellte zu delegieren und diese abzurechnen – nicht nur in unterversorgten Gebieten wie bisher. Auch ein Zuschlag für angestellte nicht-ärztliche Praxisassistenten steht nun auf der Verhandlungs-Agenda.

Bei den Fachärzten steht unter anderem auf der Agenda, die inzwischen drei Jahre alten Bewertungen zu überarbeiten. Neue Gebührenordnungspositionen sollen dazu dienen, das Leistungsgeschehen entsprechend dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik abzubilden.

Ein Interview mit dem KBV-Vorsitzenden Dr. med. Andreas Gassen zu den Zielen bei der EBM-Reform finden Sie im Internet unter www.kv-on.de

KV | 140805

Ab dem 3. Quartal 2014

Sammelerklärung statt Gesamtaufstellung

Im 3. Quartal 2014 kommt auf die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein eine Änderung bei der Abrechnung zu: die Sammelerklärung ersetzt die Gesamtaufstellung – dabei ist die Erklärung übersichtlicher geworden.

„Ein weiterer Vorteil ist, dass Sie mit Ihrer Unterschrift alle für Ihre Abrechnung relevanten Punkte unterzeichnen“, erläutert Marion Flucht, Zentrale Koordination der Abrechnung I der KV Nordrhein. Die Erklärungen sind nun auch in ganz Nordrhein einheitlich, sprich: sie sehen in den Bezirksstellen Köln und Düsseldorf gleich aus. „Allerdings reichen Sie die Sammelerklärung nach wie vor bei der für Sie zuständigen Bezirksstelle ein“, sagt Flucht.

Die Sammelerklärung lässt sich auch elektronisch signieren und online an die Kassen-

ärztliche Vereinigung Nordrhein übermitteln. Das funktioniert derzeit allerdings ausschließlich via D2D. Die Softwarehäuser werden Ihnen die neue Sammelerklärung rechtzeitig vor Abrechnungsabgabe für Ihr System zur Verfügung stellen.

Die Sammelerklärungen erhalten die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein wie gewohnt vor Abgabe der Abrechnung per Post. Sie stehen aber auch zum Herunterladen auf der KV-Homepage bereit unter www.kvno.de | [KV | 140806](https://www.kvno.de/kvno/140806)

Details der Sammelerklärung

Es gibt drei Varianten der Sammelerklärung: für zugelassene Ärzte und Psychotherapeuten, für ermächtigte Ärzte und für Krankenhäuser (Institutsambulanzen). Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie verschiedene Punkte.

Zugelassene Ärzte und Psychotherapeuten

1 Sie bestätigen, dass die Abrechnung vollständig ist und die relevanten Bestimmungen des EBM, HVM, BMV-Ä, die Richtlini-

en des gemeinsamen Bundesausschusses oder die IT-Richtlinie, für die Abrechnung beachtet wurden. (Gilt analog für ermächtigte Ärzte und Institutsambulanzen.)

2 Beinhaltet im Wesentlichen den ursprünglichen Erklärungstext, den Sie von der bisherigen Gesamtaufstellung kennen. Die Felder für die namentliche Eintragung von genehmigten Assistenten/angestellten Ärzten und Vertretern ist übersichtlicher gestaltet. Achtung: Angestellte Ärzte, die im Zulassungsbescheid aufgeführt sind, müssen Sie nicht eintragen. Hier sind, sofern noch durch frühere Genehmigungen tätig, Dauerassistenten gemeint.

3 Sie bestätigen, dass für die Abrechnung, zum Beispiel von genehmigungspflichtigen Leistungen alle Voraussetzungen erfüllt sind. Sofern ein Vertreter in der Praxis tätig ist und dieser unter Ihrer Betriebsstätten-Nummer (BSNR) und Ihrer Lebenslan-

STICHWORT: Sammelerklärung

Die Sammelerklärung ist nach wie vor eine verpflichtende Erklärung zur Quartalsabrechnung. Sie basiert auf den Vorgaben des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) und des Bundesmantelvertrags (BMV-Ä). Ohne Sammelerklärung besteht kein Honoraranspruch. Eine Veränderung des Textes macht die Erklärung unwirksam mit der Folge, dass die KV Nordrhein die Abrechnung ablehnen kann.

gen Arztnummer (LANR) Leistungen ab-rechnet, bestätigen Sie hierdurch auch, dass die Qualifikationsvoraussetzungen auch für Ihren Vertreter vorliegen.

4 Die Angaben zur Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst ist übersichtlicher gestaltet. Wenn Sie mehr als acht Dienste eintragen müssen, benutzen Sie einfach ein zusätz-liches Blatt; bitte mit Stempel und Unter-schrift versehen.

5 Da der EBM zum Teil zu den unterschied-lichen Analyten (Blut, Urin, Liquor) identi-sche Nummern beinhaltet, ist eine Bestä-tigung nötig, dass nur die Untersuchungen abgerechnet wurden, für die ein Zertifikat vorliegt. (Gilt analog für ermächtigte Ärzte und Institutsambulanzen; siehe Punkt 4 bzw. Punkt 6 der jeweiligen Sammelerklärung.)

6 Der Bundesmantelvertrag schreibt vor, dass Laborleistungen des Abschnitts 32.3. persönlich zu erbringen sind. (Gilt analog für ermächtigte Ärzte und Institutsambu-lanzen; siehe Punkt 5 bzw. Punkt 7.)

7 Im EBM sind Leistungen enthalten (zum Beispiel in den Kapiteln 1.5, 5.4, 31.3, 31.4, 36.3 und 36.6), bei denen mehrere Ärzte zusammenarbeiten können, die aber nur ein Arzt insgesamt abrechnen darf. Wer die Leistung abrechnet, klären die Ärz-te untereinander. Der Unterzeichner be-stätigt, dass er als Behandlungsführer die Leistungen abrechnet und die Bestimmun-gen des EBM beachtet hat. (Bei ermächtigt-ten Ärzten Punkt 7.)

8 Bestätigung, dass bei der Abrechnung von Sachkosten, die tatsächlich realisiert-ten Preise in der Abrechnung angegeben sind. Originalrechnungen müssen Sie der Abrechnung beifügen. Wenn Sie Materi-alien in der Praxis quartalsübergreifend verbrauchen, reicht es, die Originalrech-nung einmal einzureichen. Sie erhalten sie nach Prüfung zurück. Für ein neu-es Material-Kontingent, das nicht durch die Rechnung bereits nachgewiesen wur-de, wird eine neue Originalrechnung be-nötigt. Diese erhalten Sie ebenfalls nach

Sammelerklärung III. Quartal 2014

[Vertragsarztstempel der Praxis]	BSNR								
	Fallzahl								

Ich versichere/Wir versichern:

- 1.** Die Abrechnung ist vollständig; die maßgeblichen Regelungen und Bestimmungen, besonders die des Sozialgesetzbuchs V, des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä), des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs und des Honorarverteilungsmaßstabs, der IT-Richtlinien der KV Nordrhein sowie der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung wurden beachtet.
- 2.** Die in Rechnung gestellten Leistungen habe(n) ich/wir selbst oder nichtärztliche Hilfskräfte unter meiner/unserer Aufsicht ausgeführt oder sie wurden von einem Vertreter (vgl. § 32 Ärzte-ZV) erbracht. Sofern ärztliche Assistenten und/oder angestellte Ärzte Leistungen erbracht haben, sind diese Ärzte durch die KV Nordrhein genehmigt. Alle Leistungen wurden an für alle beteiligten Ärzte genehmigten Standorten ausgeführt.

Bitte gegebenenfalls ausfüllen:

Tätigkeit in der Praxis		
Name des/der genehmigten Assistenten	von	bis
Tätigkeit in der Praxis		
Name des/der angestellten Arztes/Ärzte	von	bis
vertreten		
Name des/der Vertreters/Vertreter	von	bis

- 3.** Die Abrechnungsvoraussetzungen sind erfüllt bzw. ich/wir habe(n) mich/uns von deren Erfüllung persönlich überzeugt.
- 4.** An folgenden Tagen war(en) ich/wir zum organisierten ärztlichen Notfalldienst eingeteilt und habe(n) die abgerechneten Leistungen persönlich oder durch einen Vertreter in eigener Praxis bzw. in einer von der KV Nordrhein und der Ärztekammer Nordrhein genehmigten Notfallpraxis erbracht:

1. _____	2. _____	3. _____	4. _____
5. _____	6. _____	7. _____	8. _____

Ferner bestätige ich/bestätigen wir:

- 5.** Für alle qualitätsgebundenen Leistungen liegen die erforderlichen Genehmigungen bzw. Nachweise im Rahmen der erfolgreichen Teilnahme an den Ringversuchen vor. Es wurden nur die Materialien (Serum und/oder Urin und/oder Liquor) abgerechnet, für die ein gültiger Nachweis einer erfolgreichen Ringversuchsteilnahme vorliegt.
- 6.** Die Befunderhebung für Untersuchungen des Abschnitts 32.3 und entsprechende laboratoriumsmedizinische Leistungen der Abschnitte 1.7, 11.3 und 11.4 des EBM wurden durch mich persönlich erbracht.
- 7.** In den Fällen, in denen mehrere Ärzte bzw. Arztpraxen in demselben Arztfall die Leistung erbracht haben, besteht Einigkeit unter den beteiligten Ärzten/Praxen, dass nur ich allein/nur die unterzeichnende Arztpraxis die Leistungen abrechne(t) und/oder ich allein der behandlungsführende Arzt bin.
- 8.** Bei den Kosten für Materialien, die gemäß Abschnitt I Punkt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind, sind die tatsächlich realisierten Preise gegenüber der KV Nordrhein in Rechnung gestellt worden. Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligung, Bonifikation und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen (mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten) habe ich an die KV Nordrhein weitergegeben.
- 9.** Die Voraussetzungen zur Abrechnung der GOP 06225 EBM sind für alle Behandlungsfälle erfüllt.
- 10.** Die eingesetzte Software ist zertifiziert.

Mir/Uns ist bekannt, dass Honorarrückforderungen seitens der KV Nordrhein entstehen,
 ■ wenn die Abrechnung nicht den genannten Bestimmungen entspricht und/oder
 ■ wenn durch die Beschäftigung eines nicht genehmigten Assistenten/Vertreters Leistungen abgerechnet wurden.

Eine Veränderung des Erklärungstextes führt zur Unwirksamkeit der Erklärung mit der Folge, dass die KV Nordrhein die Abrechnung ablehnen kann.

Datum	Unterschrift des Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten (bei Berufsausübungsgemeinschaften ggf. eines Partners – ansonsten auf gesondertem Blatt – bzw. für ein Medizinisches Versorgungszentrum der ärztliche Leiter bzw. für Notfallpraxen der jeweils verantwortliche Arzt)
-------	--

Prüfung zurück. (Gilt analog für ermächtigte Ärzte und Institutsambulanzen; siehe Punkt 6 bzw. Punkt 8.)

- 9** Bestätigung, dass Sie die EBM-Nummer 06225 abrechnen, ohne andere operative Leistungen in diesem Quartal erbracht zu haben. Das gilt auch für operative Leistungen, die auf regionaler Ebene vereinbart sind oder in regional vereinbarten Pauschalen enthalten sind. Seit dem 1. Juli 2014

- 3** Bestätigung, dass die Abrechnungsvoraussetzungen wie Genehmigungen für den ermächtigten Arzt persönlich vorliegen.

Krankenhäuser (Institutsambulanzen)

- 2** Der ärztliche Leiter bestätigt, dass die Leistungen von berechtigten Personen erbracht wurden.
- 3** Der ärztliche Leiter ist verantwortlich für die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen.



Sammelerklärung III. Quartal 2014 | Ermächtigte Ärzte

BSNR

Fallzahl

[Arztstempel]

Ich versichere:

1. Die Abrechnung ist vollständig; die maßgeblichen Regelungen und Bestimmungen, besonders die des Sozialgesetzbuchs V, des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä), des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs und des Honorarverteilungsmaßstabs, der IT-Richtlinien der KV Nordrhein sowie der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung wurden beachtet.
- 2.** Die in Rechnung gestellten Leistungen habe ich selbst (persönlich) oder durch nichtärztliche Hilfskräfte unter meiner Aufsicht ausgeführt.
- 3.** Ich erfülle alle Abrechnungsvoraussetzungen.

Ferner bestätige ich:

4. Für alle qualitätsgebundenen Leistungen liegen die erforderlichen Genehmigungen bzw. Nachweise im Rahmen der erfolgreichen Teilnahme an den Ringversuchen vor. Es wurden nur die Materialien (Serum und/oder Urin und/oder Liquor) abgerechnet, für die ein gültiger Nachweis einer erfolgreichen Ringversuchsteilnahme vorliegt.
5. Die Befunderhebung für Untersuchungen des Abschnitts 32.3 und entsprechende laboratoriumsmedizinische Leistungen der Abschnitte 1.7, 11.3 und 11.4 des EBM wurden durch mich persönlich erbracht.
6. Bei den Kosten für Materialien, die gemäß Abschnitt I Punkt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind, sind die tatsächlich realisierten Preise gegenüber der KV Nordrhein in Rechnung gestellt worden. Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligung, Bonifikation und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen (mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten) habe ich an die KV Nordrhein weitergegeben.
7. In denjenigen Fällen, in denen mehrere Ärzte, auch Vertragsärzte, in demselben Arztfall die Leistung erbracht haben, besteht Einigkeit unter den beteiligten Ärzten, dass nur ich allein die Leistungen abrechne und/oder ich allein der behandlungsführende Arzt bin.
8. Die eingesetzte Software ist zertifiziert.



Sammelerklärung III. Quartal 2014 | Krankenhäuser

BSNR

Fallzahl

[Arztstempel]

Ich versichere:

1. Die Abrechnung ist vollständig; die maßgeblichen Regelungen und Bestimmungen, besonders die des Sozialgesetzbuchs V, des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä), des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs und des Honorarverteilungsmaßstabs, der IT-Richtlinien der KV Nordrhein sowie der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung wurden beachtet.
- 2.** Die in Rechnung gestellten Leistungen haben ausschließlich zur Leistungserbringung berechnete Personen erbracht.
- 3.** Ich trage die Verantwortung für die Erfüllung aller Abrechnungsvoraussetzungen.
- 4.** Die ambulanten Notfallleistungen werden ausschließlich durch das Krankenhaus und nicht durch einen ermächtigten Krankenhausarzt abgerechnet.

Ferner bestätige ich:

- 5.** Datum und Uhrzeit der ambulanten Notfallbehandlung sind angegeben. Die abgerechneten Notfallleistungen umfassen nur die medizinische Erstversorgung.
6. Für alle qualitätsgebundenen Leistungen liegen die Voraussetzungen bzw. Nachweise im Rahmen der erfolgreichen Teilnahme an den Ringversuchen vor. Es wurden nur die Materialien (Serum und/oder Urin und/oder Liquor) abgerechnet, für die ein gültiger Nachweis einer erfolgreichen Ringversuchsteilnahme vorliegt.
7. Die Befunderhebung für Untersuchungen des Abschnitts 32.3 und entsprechende laboratoriumsmedizinische Leistungen der Abschnitte 1.7, 11.3 und 11.4 des EBM wurden unter persönlicher Überwachung des verantwortlichen Arztes erbracht.
8. Bei den Kosten für Materialien, die gemäß Abschnitt I Punkt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind, sind die tatsächlich realisierten Preise gegenüber der KV Nordrhein in Rechnung gestellt worden. Rückvergütungen, wie Preisnachlässe, Rabatte, Umsatzbeteiligung, Bonifikation und rückvergütungsgleiche Gewinnbeteiligungen (mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten) habe ich an die KV Nordrhein weitergegeben.
9. Die eingesetzte Software ist zertifiziert.

schließen laserchirurgische Leistungen die Abrechnung nicht mehr aus (siehe Beitrag auf Seite 2-4).

- 10** Die eingesetzte Software für die Abrechnung muss zertifiziert sein. Sofern Software für Arzneimitteldatenbanken eingesetzt wird, gilt dies entsprechend. (Gilt analog für ermächtigte Ärzte und Institutsambulanzen; siehe Punkt 8 bzw. Punkt 9.)

Ermächtigte Ärzte

- 2** Bestätigung, dass die Leistungen persönlich erbracht wurden.

zungen. Beispiel: Erbringt ein Arzt im Rahmen der Notfallversorgung eine Sonografie, dann ist der ärztliche Leiter dafür verantwortlich, dass der ausführende Arzt entsprechend qualifiziert ist.

- 4** Notfalleleistungen sind ausschließlich über die Notfallabrechnung des Krankenhauses abzurechnen.
- 5** Alle Notfalleleistungen müssen nach der Vorgabe des HVM mit Uhrzeiten versehen werden. Es können nur die im Rahmen der Erstversorgung erforderlichen Leistungen abgerechnet werden. ■ KVNO

Ab 1. Januar 2015 gilt nur noch die eGK

Ab dem 1. Januar 2015 gilt ausschließlich die elektronische Gesundheitskarte (eGK). Gesetzlich Versicherte Patienten können Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte dann nur noch mit der neuen Karte konsultieren. Die Krankenversichertenkarten ohne Foto sind dann nicht mehr einsetzbar – und zwar unabhängig vom aufgedruckten Gültigkeitsdatum. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband geeinigt. „Es ist für alle Beteiligten gut, dass nun endlich Klarheit herrscht“, sagte der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. med. Andreas Gassen. Die Kassen hatten darauf gepocht, dass die Frist für die alte Chipkarte bereits Ende September 2014 auslaufe. Die KBV verwies darauf, dass die eGK noch nicht flächendeckend eingeführt sei – und setzte ihre Position durch. Rund 13 Millionen Fälle pro Quartal seien noch über die alten Karten abgerechnet worden.

Bei Versicherten, die ab Anfang 2015 keine eGK vorlegen, dürfen Praxen eine Privat-



vergütung verlangen, wenn der Patient nicht innerhalb von zehn Tagen eine gültige Karte nachreicht. Ausnahme: Bei den sonstigen Kostenträgern (zum Beispiel Heilfürsorge) gibt es weiterhin Krankenversichertenkarten. Diese bleiben künftig gültig. Eine eGK ohne Foto haben Kinder unter 15 Jahre und Versicherte mit einer Pflegestufe. ■ NAU

Im kommenden Jahr benötigen alle gesetzlich Versicherten eine eGK. Alte Chipkarten können Praxen nicht mehr einlesen. Ausführliche Infos zur eGK-Regelung finden Sie im Internet unter www.kvno.de

KV | 140809

Bundessozialgericht kippt Schiedsspruch

Das Bundessozialgericht in Kassel hat am 13. August den Schiedsspruch gekippt, der die Honorarverhandlungen in Sachsen-Anhalt für 2013 beendet hatte. Das Urteil sorgte bei einigen KVen für Ernüchterung – nicht nur in Sachsen-Anhalt. Denn die Richter stellten fest, dass die seit 2013 regional verhandelten Honorarzuwächse an das jeweilige Vorjahr gekoppelt bleiben müssen. Auch dann, wenn die Gesamtvergütung nicht ausreicht, um die volle Morbiditätslast der Versicherten zu finanzieren, was in etlichen Bundesländern der Fall ist – unter anderem in Nordrhein-Westfalen.

„Wir sind über das Urteil tief enttäuscht, denn danach sind die Krankenkassen nicht ver-

pflichtet, die volle Morbiditätslast der Versicherten zu tragen, obwohl dies von der Politik beabsichtigt war und auch so erklärt wurde. Wir werden die schriftliche Urteilsbegründung abwarten und überlegen, wie wir weiter vorgehen“, sagte Bernhard Brautmeier, stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Die fordert seit langem eine Angleichung der Mittel für die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung, die im Rheinland deutlich niedriger sind als andernorts. Jetzt ist die Politik dran: Laut Koalitionsvertrag will die Bundesregierung prüfen, wie unbegründete Unterschiede innerhalb der ärztlichen Vergütung aufgehoben werden können. ■ HSCH

„Unter Umständen ein schöner Beruf“

Zwei Jahre nach der ersten bundesweiten Befragung hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen neuen „Ärztemonitor“ in Auftrag gegeben. Wichtigstes Ergebnis: Ihre Arbeit macht 93 Prozent der niedergelassenen Haus-, 95 Prozent der Fachärzte und 99 Prozent der Psychotherapeuten Spaß. Mehr als acht von zehn Ärzten und Psychotherapeuten würden ihren Beruf erneut ergreifen und fast alle empfinden ihre Arbeit als nützlich. Aber 39 Prozent sind unzufrieden mit ihrer wirtschaftlichen Situation, 46 Prozent beklagen fehlende finanzielle Planungssicherheit. Und es fehlt Zeit für die Patienten – trotz hoher Arbeitsbelastung. KVNO aktuell sprach mit KVNO-Chef Dr. med. Peter Potthoff über die Ergebnisse.

Herr Dr. Potthoff, decken sich die zentralen Aussagen der Befragung auf Bundesebene mit den Angaben aus Nordrhein?

Wenn man sich die Auswertung des Monitors für Nordrhein anschaut, stellt man fest, dass Nordrhein ziemlich repräsentativ für die Bundesebene ist – zumindest was die Ergebnisse der Befragung betrifft. Das war auch vor zwei Jahren schon so. Beispiel: Dass die Arbeit Spaß macht, sagen in Nordrhein 91 Prozent der Haus- und 94 Prozent der Fachärzte sowie 98 Prozent der Psychotherapeuten. Den Beruf nochmal ergreifen würden in Nordrhein 83 Prozent der Befragten – das sind sehr hohe Werte, wie auf Bundesebene.



KVNO-Vorsitzender
Dr. Peter Potthoff

Neben der großen emotionalen Bindung und der hohen Identifikation mit dem Beruf gibt es kritische Punkte, etwa die schwierige wirtschaftliche Gesamtsituation vieler Ärzte. Wie stellt sich die Lage in Nordrhein dar, gerade mit Blick auf die Benachteiligung Nordrhein-Westfalens bei der Vergütung der ambulanten ärztlichen Versorgung?

Es fällt immer schwerer, nachvollziehbare Gründe für diese Benachteiligung, also die

erheblichen Differenzen zwischen den Regionen, zu finden. Wir wissen, wie es dazu kam, aber ich kann das keinem mehr erklären. Wir arbeiten seit langem an einer Änderung, denn die unterschiedliche Vergütung gleicher Arbeit ist inakzeptabel. Diese Hypothek schleppen wir ständig mit uns herum, daran können auch unsere regional verhandelten Honorarzuwächse nichts ändern. Insofern überrascht es auch nicht, dass in Nordrhein deutlich mehr Ärzte mit ihrem Einkommen unzufrieden sind als im Bundesdurchschnitt.

Was kann die KV Nordrhein tun, um das Problem der fehlenden wirtschaftlichen Planungssicherheit wenn nicht zu beheben, so doch abzumildern?

Wir versuchen, die Honorarentwicklung so nachhaltig wie möglich zu gestalten. Zu oft gelten Regelungen nur für wenige Quartale, zu oft werden kurzfristig wirksame Entscheidungen über Änderungen bei der Honorarverteilung getroffen. Wir brauchen einen Honorarverteilungsmaßstab, der länger gilt. Auch die Bundesebene muss erkennen, dass Stabilität und Kalkulierbarkeit entscheidend sind für unsere Mitglieder – und oft wichtiger als geringfügige temporäre Zuwächse.

Im Monitor wird auch die Sorge laut, dass die Nachfolgersuche immer schwieriger wird

und die eigene Praxis daher ihre Funktion als Altersvorsorge verliert.

Dass die Praxis die Altersvorsorge sichert, hat niemand versprochen – die Praxis ist ein Wirtschaftsbetrieb mit eigenen Investitionen und Risiken. Ich weiß, dass der Erlös aus dem Praxisverkauf früher oft als Sicherheit betrachtet wurde, aber die Zeiten haben sich geändert. Jeder sollte sich beizeiten auch anders absichern, was die Ärzte ja auch tun.

Die jüngste AOK-Studie hat ergeben, dass sich viele Patienten im Gesundheitssystem nicht zurechtfinden und ihre Ärzte nicht verstehen, was Bundesgesundheitsminister Gröhe bereits dazu veranlasst hat, zu fordern, die Ärzte müssten Patienten mehr Zeit und Aufmerksamkeit schenken. Genau die haben die Ärzte laut Monitor aber nicht, obwohl sie viel arbeiten. Ein Teufelskreis?

Mit Verlaub – die Rahmenbedingungen, unter denen die Ärzte und Therapeuten tätig sind, hat vor allem die Politik zu verantworten. Sie muss den Bürgerinnen und Bürgern das System erklären. Das ist nicht Aufgabe der Ärzte. Es ist nicht das Problem der Mediziner, dass wir ein hochkomplexes GKV-System haben. Ein solches System zu schaffen und sich dann darüber aufzuregen, dass die Patienten es nicht mehr verstehen, finde ich unglaublich.

Entsprechen die Aussagen des Monitors insgesamt Ihrer persönlichen Erfahrung als Facharzt und KV-Vorsitzender?

Da muss ich zwei Antworten geben. Aus Sicht des KV-Vorsitzenden decken sich die Ergebnisse, insbesondere die Zufriedenheit mit der ärztlichen und therapeutischen Tätigkeit, nicht mit meinen Erfahrungen als KV-Chef. Das ist aber auch nicht zu erwarten, denn das Gros der zufriedenen Mitglieder ist sehr viel seltener Gegenstand meiner täglichen Arbeit als die kleine Gruppe derer, die mit den Bedingungen ihrer Arbeit nicht zufrieden sind. Da ich aber auch Arzt bin, kenne und erlebe ich die schönen Seiten des Berufs und kann daher gut nachvollziehen, dass so viele Kolleginnen und Kollegen glücklich mit ihrer Arbeit sind.

Heißt: Die Arbeit ist gut, die Umstände sind es häufig nicht?

So ist es. Problematisch ist besonders das überbordende Verwaltungselement, die Menge an Regelungen und Vorschriften, die zunehmende Einschränkung der Freiheit des ärztlichen Handelns – durch gesetzliche Regelungen, aber auch durch wirtschaftliche Zwänge. Da wünsche ich mir andere Verhältnisse, wie es sie ja andernorts auch gibt. Dazu muss man zum Beispiel nur nach Skandinavien blicken.

■ DIE FRAGEN STELLTE DR. HEIKO SCHMITZ

Die Befragung hat das Meinungsforschungsinstitut infas im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des NAV-Virchow-Bundes durchgeführt. Mehr als 10.000 Niedergelassene haben von Februar bis Mai 2014 an den telefonischen Interviews für den Ärztemonitor 2014 teilgenommen.

Nochmal Arzt werden

Die meisten Mitglieder der KV Nordrhein würden den Beruf als Arzt oder Psychotherapeut wieder wählen. Auf die Frage: „Wenn ich heute nochmal die Wahl hätte, würde ich diesen Beruf wieder ergreifen“ antworteten die Befragten wie folgt:



Quelle: Ärztemonitor 2014

Kampagne kommt weiter gut an

Die Imagekampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ ging im Frühjahr auch mit Ärzten aus Nordrhein in die zweite Runde – und hat nach wie vor einen hohen Wiedererkennungswert. Das ist das Ergebnis der dritten Forsa-Umfrage im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), bei der in diesem Frühjahr 1.000 Personen telefonisch zur Werbe- und Kampagnenwahrnehmung befragt wurden.



zent. 40 Prozent der Kampagnenwahrnehmer erinnern sich an den Slogan „Ich lerne ständig Neues. Damit für Sie alles beim Alten bleibt.“, gefolgt von „Ich behandle jeden individuell. Aber alle gleich gut.“. Die Botschaften kommen an – und werden auch zunehmend mit dem konkreten Absender in Verbindung gebracht. Apropos: Im September erreicht die Praxen ein weiteres Infopakete in-

Frech, witzig, anders: Models, Motive und Aussagen der bundesweiten Nachwuchskampagne erreichen die Zielgruppe.

Demnach lag die Kampagnenwahrnehmung im Mai 2014, unmittelbar nach der ersten großen Plakatierungswelle, bei 17 Prozent und damit auf dem hohen Niveau von 2013 – obwohl das Media-Budget für die Plakatschaltungen deutlich geringer ist als im Vorjahr. Am stärksten wird die Kampagne über die Außenwerbung wahrgenommen.

Effizient arbeitet aber auch der „Werbekanal Praxis“: Immerhin 18 Prozent der Befragten gaben an, eine Kampagnen-Broschüre in der Praxis gesehen zu haben. Im September 2013 lag dieser Wert noch bei elf Pro-

zent. 40 Prozent der Kampagnenwahrnehmer erinnern sich an den Slogan „Ich lerne ständig Neues. Damit für Sie alles beim Alten bleibt.“, gefolgt von „Ich behandle jeden individuell. Aber alle gleich gut.“. Die Botschaften kommen an – und werden auch zunehmend mit dem konkreten Absender in Verbindung gebracht. Apropos: Im September erreicht die Praxen ein weiteres Infopakete in-

klusive eines Flyers in zwei Versionen – mal sind die Ärzte, mal die Psychotherapeuten Absender. Die sehr gut gestartete Kampagne für die Niederlassung www.lass-dich-nieder.de nimmt ebenfalls im Herbst wieder Fahrt auf: Im November gibt es eine neue Plakatwelle und Promotions an Uni-Standorten. Für Anfang November ist auch ein „Tag des Nachwuchses“ in Berlin geplant, an dem der Bundesgesundheitsminister teilnehmen soll. ■ HEI | HSCH

Die Kampagnenseite im Internet finden Sie unter www.ihre-aerzte.de



Wir sind die Qualität von morgen.

Allein oder zusammen? Stadt, Land oder am Fluss? Mit Spezialgebiet oder so ganz allgemein? Was wir morgen für unsere Patienten tun können, fragen wir uns schon heute. Denn Information ist das beste Mittel gegen den drohenden Ärztemangel. Alle Fragen und Antworten zur ärztlichen Niederlassung für Studenten und Mediziner in der Facharztausbildung auf:

www.lass-dich-nieder.de



Honorarverhandlungen auf Bundesebene

Die Honorarverhandlungen auf Bundesebene starten Mitte August – und die Kassenärztliche Bundesvereinigung geht offensiv in die erste Runde. Schon Mitte Juli hat KBV-Chef Dr. med. Andreas Gassen erste Zahlen genannt und klar gemacht, wohin die Reise gehen muss. Wichtiger Bestandteil der ersten Forderungen: die Erhöhung des kalkulatorischen Arztlohns, der seit 2008 auf dem Niveau eines Oberarztgehaltes von 105.000 Euro stagniert. Der kalkulatorische Arztlohn ist die Berechnungsgrundlage der Vergütung,

die ein Arzt erzielen soll, wenn er 51 Wochenstunden GKV-Patienten behandelt.

Mittlerweile wurden die Gehälter der Krankenhausärzte durch Tarifierhöhungen allerdings deutlich angehoben: Das durchschnittliche Jahresgehalt eines Oberarztes liegt inzwischen bei etwa 133.000 Euro. „An dieser Hono-



KBV-Chef
Andreas Gassen

rarsteigerung haben die niedergelassenen Kollegen keinen Anteil genommen. Hier besteht erheblicher Nachholbedarf, den wir auch einfordern werden“, kündigte Gassen an. Auf nahezu drei Milliarden Euro beziffert die KBV den Nachholbedarf – damit sei klar, dass dies „nicht in einem Schritt gelingen“ könne.

Weitere Punkte, die die KBV in die Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen einbringen wird, sind steigende Praxiskosten sowie die Morbiditätsentwicklung der Bevölkerung. In den Verhandlungen auf Bundesebene legen die KBV und der GKV-Spitzenverband die Höhe des Orientierungswertes fest, der maßgeblich den Preis ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen bestimmt. Außerdem werden für alle KV-Bereiche die krankheits- und altersbedingten Veränderungsdaten berechnet. Wichtig ist der KBV auch, dass das Thema Einzelleistungen in den Verhandlungen zur Sprache kommt. „Im gedeckelten Gesamtbudget ohne Einzelleistungsvergütung ist auf Dauer die Versorgung so nicht mehr umzusetzen“, sagte Gassen. ■ HSCH

Gute Noten für Ärzte und Psychotherapeuten

Konstant ist am deutschen Gesundheitswesen eigentlich nur die stete Veränderung. Stabil ist jedoch auch das Votum der Versicherten, wenn es um die Zufriedenheit mit ihren Ärzten und Psychotherapeuten geht. Bei der jüngsten Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beschrieben jetzt 92 Prozent der Befragten ihr Vertrauensverhältnis zum letztbesuchten Arzt als „gut“ oder „sehr gut“. Ebenfalls 92 Prozent der Versicherten schätzten die Fachkompetenz ihres zuletzt besuchten Arztes als „gut“ oder „sehr gut“ ein. „Diese Werte zeigen, dass die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen hervorragende Arbeit leisten und diese von den Patienten geschätzt wird“, sagte Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV. Die Werte in Nordrhein liegen sogar noch knapp über dem Bundesdurchschnitt: 94 Prozent vertrauen ihrem letztbesuchten Arzt, 93 Prozent halten ihn für kompetent.

Auch das Thema Wartezeiten wurde abgefragt. Dabei wurden die Wartezeiten objektiv nur von wenigen als zu lang

empfunden. Nur einem von zehn Befragten hat es bei seinem letzten Arztbesuch zu lange gedauert, bis ein Termin zustande kam. 62 Prozent der Befragten erhielten innerhalb von drei Tagen einen Arzttermin. Wartezeiten von mehr als drei Tagen gab es in der Regel eher bei Fach- als bei Hausärzten – allerdings suchten zwei Drittel der Befragten einen Facharzt ohne Überweisung auf. „Wir haben in Deutschland die freie Arztwahl. Das wird sehr geschätzt. Aber es zeigt sich, dass der ungesteuerte Zugang dazu führt, dass es in den Praxen von besonders stark nachgefragten Ärzten zwangsläufig zu Wartezeiten kommt“, so Gassen.

Von den Plänen der Bundesregierung, Terminservicestellen zu errichten, haben 36 Prozent der Versicherten gehört. Zwei Drittel der Befragten empfanden eine zentrale Vergabestelle als gut, jedoch glaubten nur 30 Prozent, dass sich damit Wartezeiten verkürzen lassen – was auch daran liegt, dass 72 Prozent nicht zu irgendeinem, sondern zum Wunscharzt möchten. ■ HSCH

Die Posse um die Impfpässe

Christiane Thiele

Wer bezahlt die Impfpässe? Nach wie vor gibt es keine klare Regelung für die Bereitstellung der Impfnachweise. Sicher ist: Die Vertragsärzte brauchen die Pässe nicht zu bezahlen. Müssen sich also die Patienten die Pässe selber besorgen und dafür zahlen? Die Kinder- und Jugendärztin Christiane Thiele aus Viersen meint, dass die Krankenkassen am Zuge sind, ihren Versicherten die Impfausweise kostenlos zur Verfügung zu stellen.

Impfen ist eine klassische ärztliche Tätigkeit, die wir gerade im pädiatrischen sowie im allgemeinärztlichen Bereich mehrfach täglich durchführen. Neben der Einhaltung von medizinisch fachlichen Standards wie Aufklärung der Patienten und korrekter Durchführung der Impfung, sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, dem Patienten ein Dokument über die durchgeführte Impfung auszuhändigen.

Gesetzlich nicht geregelt ist die Form der Dokumentation. Aber niemand wird bestreiten, dass sich der internationale Impfpass bewährt hat. Darüber, woher wir diese Impfpässe beziehen, mussten wir uns bislang wenig Gedanken machen: Die Hersteller von Impfstoffen und große Apotheken versorgten uns damit in ausreichender Zahl.

Aufgrund einer Änderung der Gesetzeslage zur Vermeidung von Korruption kündigten uns in den letzten Monaten die meisten Firmen an, dass die Bereitstellung kostenloser Impfpässe bald enden wird. Doch wer kommt künftig für die Kosten auf? Im Rahmen der GOÄ können wir ihn wohl recht problemlos dem Patienten in Rechnung stellen. Der EBM gibt uns diese Möglichkeit leider nicht.

Wir könnten unsere Patienten nun bitten, sich stets selbst einen Zettel mitzubringen, auf dem wir die Impfung dokumentieren, und diese lose Blattsammlung doch bitte sorgfältig aufzubewahren. Alternativ können wir bei Ausstellung eines von uns gekauften Impfpasses die Kosten von den Patienten zurück verlangen. Das bedeutet einen unverhältnismäßigen Aufwand, da wir alle wissen, wie verständnisvoll unsere Patienten auf diese Aufforderung reagieren werden und wie selten sie zufällig gerade ihr Geld nicht dabei haben.

Auch unsere MFA haben dank der mittlerweile nahezu unüberschaubaren, weil völlig uneinheitlichen GKV-Leistungen, die von uns gemanagt werden müssen, bereits so viele verwaltungstechnische Aufgaben, dass eine Vollzeit-Kraft ausgelastet ist – ohne auch noch eine Impfpass-Kasse zu verwalten und zusätzliche Quittingen auszustellen. Diese uns entstehenden Personalkosten werden viel zu häufig bei Kostenermittlungen gar nicht adäquat berücksichtigt. Eine denkbare, recht naheliegende Lösung wäre natürlich, dass wir die Impfpässe kaufen und dann verschenken – genau darauf setzen of-

fenbar die Krankenkassen. Als Kinder- und Jugendärztin und somit klassische Erstaussstellerin von Impfpässen bin ich, wie viele meiner Kollegen, hierzu allerdings nicht bereit. Unsere ohnehin schon sehr niedrige und unseren immensen Beratungsaufwand nicht abbildende Honorierung lässt definitiv keinen Spielraum für weitere Inklusivleistungen.

Es ist deshalb dringend erforderlich, die Bezahlung der Impfpässe rasch verbindlich zu klären. Ob nun analog zum gelben Vorsorgeheft durch die GKV, zu beziehen über die Druckerei (Krankenhäuser) beziehungsweise die KV (niedergelassene Ärzte) oder in Form einer Impfpassausstellungsziffer im EBM, mag diskutiert werden. Wir Ärzte werden jedenfalls keine Impfpässe kaufen, um sie dann zu verschenken.



Christiane Thiele fordert die Kassen auf, Impfpässe zur Verfügung zu stellen.

Arzneimittel-Check für Versicherte der AOK

Das Arzneimittel-Assessment war Bestandteil des Hausarztvertrages, den die AOK Rheinland/Hamburg zum 30. Juni 2014 gekündigt hat. Nach Mitteilung der AOK können Ärzte das Arzneimittel-Assessment auch im 3. Quartal 2014 abrechnen, wenn die AOK dies vor dem 30. Juni beauftragt hat. Das gilt auch für die Fälle, in denen der Patient erst nach dem 30. Juni die Einverständniserklärung unterschrieben hat.

Die alten Symbolnummern 92317 für den fundierten Arzneimittelcheck beziehungsweise 92318 für den fachübergreifenden und/oder sektorübergreifenden fundierten Arzneimittelcheck bleiben weiterhin gültig. Sollten diese Symbolnummern nicht mehr in Ihrer Software enthalten sein, können Sie diese für die Abrechnung im 3. Quartal 2014 manuell anlegen.

Änderungen der DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

Aufgrund diverser Nachfragen zu den Veränderungen bei der DMP-Vergütung stellen wir die wichtigsten Änderungen bei der Abrechnung der Laborleistungen noch einmal heraus. Die Betreuungspauschalen 90310, 90310A und 90321 bei den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 sinken um jeweils zwei Euro. Die in den Leistungsinhalten genannten Laborleistungen sind nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechnungsfähig.

Für die Laborleistungen beauftragen die Mitglieder von Laborgemeinschaften ihre Laborgemeinschaft per Überweisung nach Muster 10a. Vertragsärzte, die keiner Laborgemeinschaft angehören, können die Laborleistung per Überweisung nach Muster 10 an einen Laborarzt in Auftrag geben. Werden die Laborleistungen in der Praxis des Vertragsarztes erbracht, sind diese Laborleistungen durch den Vertragsarzt selbst abrechnungsfähig.

Bei Patienten, die an einem Hausarztvertrag teilnehmen, der nicht über die KV Nordrhein abgerechnet wird, können die in den DMP-Betreuungspauschalen genannten Laborleistungen einmal per Überweisung nach Muster 10a beziehungsweise 10 in Auftrag gegeben werden. Bei diesen Hausarztverträgen handelt es sich um Vollversorgungsverträge, bei denen weitere Laborleistungen in den dortigen Vergütungspauschalen enthalten sind.

Die Abrechnung dieser Patienten über die KV Nordrhein erfolgt ausschließlich mit der zutreffenden DMP-Betreuungspauschale (Symbolnummer 90321 oder 90310 bzw. 90310A) und wird gekennzeichnet mit der Symbolnummer 88192 (Kennziffer Selektivvertrag). Durch die Kennzeichnung mit der Symbolnummer wird sichergestellt, dass bei der Ermittlung des Laborbudgets eine Berücksichtigung erfolgt.

Merkblatt: Kostenübernahme von Schwangerschaftsabbrüchen

Das Familienministerium des Landes Nordrhein-Westfalen hat ein Merkblatt zur Kostenübernahme von Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen herausgegeben – inklusive der ab 1. Juli 2014 geltenden Einkommensgrenzen. Das Merkblatt kann über die Internetseite des Ministeriums kostenlos bestellt werden.

Über die Internetseite des Familienministeriums, Rubrik Service/Publikationen, können kostenlose Druckexemplare des Merkblattes bestellt oder heruntergeladen werden: www.mfkjks.nrw.de | KV | 140816

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 | 140816

Barmer GEK kündigt Vertrag über parenterale Ernährung

Die Barmer GEK hat die Vereinbarung zur Versorgung der Patienten mit parenteralen Ernährungslösungen zum 30. September 2014 gekündigt. Eine Abrechnung von Leistungen ist ab dem 1. Oktober nicht mehr möglich.

SAPV: Übersicht der teilnehmenden BKKen

Im Internetangebot der KV Nordrhein finden Sie eine Übersicht der an der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) in Nordrhein teilnehmenden Betriebskrankenkassen.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV 140817**

Screening Gestationsdiabetes: Eintrag in Mutterpass

Zur Dokumentation des Screenings auf Gestationsdiabetes hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entsprechende Felder auf den Seiten 6 und 22 des Mutterpasses unter den Überschriften „Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf“ eingefügt:

Nr. 50 Gestationsdiabetes

- Vortest durchgeführt: ja/nein
auffällig: ja/nein
- Diagnosetest durchgeführt: ja/nein
auffällig: ja/nein

Die alten Mutterpässe können aufgebraucht werden. Bis der geänderte Mutterpass vorliegt, wird empfohlen, den Eintrag per Hand vorzunehmen.

Laborgemeinschaften: Vorerst keine Kostennachweise nötig

Laborgemeinschaften müssen der KV Nordrhein seit dem 1. Juli und bis Ende 2017 kei-

ne Kostennachweise mehr vorlegen. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband geeinigt. Eine komplette Aufhebung der Vorgabe konnte jedoch mit den Kassen nicht vereinbart werden. Bis Ende 2016 soll geprüft werden, wie sich die Änderung auswirkt. Dann wird entschieden, ob die Regelung ab 2018 wieder eingeführt wird.

Dokumentationsprüfungen für PDT und PTK ausgesetzt

Die Dokumentationsprüfungen für die Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT) und die Phototherapeutische Keratektomie (PTK) werden bis zum 31. Dezember 2016 ausgesetzt. Das beschlossen die Partner des Bundesmantelvertrages.

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

Impfen: Übergangsregelung zur neuen Vergütung

Seit 1. Januar 2014 gelten die neuen Vergütungen bei den Schutzimpfungen der regionalen Impfvereinbarung der KV Nordrhein. Aufgrund der kurzfristigen Umstellung führt die Frequenztafel für das 2. Quartal 2014 noch die alten Symbolnummern (SNR 89XXXH und 89110C) auf. Hierbei werden jedoch die neuen Vergütungen berücksichtigt.

Rehabilitations-Richtlinie angepasst

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat Änderungen der Rehabilitations-Richtlinie beschlossen, die Ende Juni in Kraft getreten sind. Die Änderungen betreffen im Wesentlichen die Anlage 1. Durch die Änderung in Paragraph 4 wurde ein dynamischer Verweis auf die deutschsprachige Version der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) im Internet vorgenommen. Sie wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegeben und kann von der Internetseite des DIMDI heruntergeladen werden. Nach Anpassung der historischen Darstellung und einigen redaktionellen Änderungen wurde die Anlage 1 grundsätzlich beibehalten.

Die Rehabilitations-Richtlinie finden Sie in der jeweils gültigen Fassung unter www.dimdi.de | KV 140818

ASV: PVS unterstützt Abrechnung und Dokumentation

Neben allgemeinen Anforderungen für alle Indikationen der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gibt es weitere Qualitätsvorgaben, die das ASV-Team erfüllen muss. Dazu gehören die Dokumentationspflicht aller Befunde, einschließlich Diagnosen nach ICD-10-GM und das Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit. Zur Tumor-Klassifikation

ist der TNM-Status mit R- und G-Code nach UICC einzugeben.

Die Praxisverwaltungssoftware (PVS) unterstützt Ärzte und Psychotherapeuten mit einer ASV-Genehmigung bei der Abrechnung und Dokumentation ihrer Leistungen. Die KBV hat die Softwarehäuser über die Anforderungen informiert, um die Software ASV-tauglich zu machen. Wenn Sie sicher sein wollen, ob Ihre Software angepasst wurde, fragen Sie bei Ihrem PVS-Anbieter nach. Sonst besteht das Risiko, die ASV-Leistungen nicht im Rahmen der KV-Abrechnung elektronisch übermitteln zu können.

Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie

Die Partner des Bundesmantelvertrages haben sich auf eine Aktualisierung der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie zum 1. Januar 2015 geeinigt. Bereits am 1. Juli 2014 hat die Münchner Nomenklatur III die Nomenklatur II abgelöst. Aufgrund neuer Erkenntnisse zur Tumorbilogie des Zervixkarzinoms wurde das Befundschema angepasst. Um die statistische Auswertung zu verbessern und zur weltweiten Vergleichbarkeit, kann das deutsche Modell nun auch in die international gebräuchliche Klassifikation des Bethesda-Systems übersetzt werden. Die bekannte Einteilung in Gruppen mit römischen Ziffern bleibt, enthalten sind aber weitere Untergruppen. Die Befunde können damit klarer zugeordnet werden.

Mit der Anpassung der Qualitätssicherungsvereinbarung muss die neue Nomenklatur III ab 2015 dann bei der Befunddokumentation und für die Jahresstatistik genutzt werden. Die Jahresstatistik 2014 wird noch nach der Münchner Nomenklatur II mit den derzeit geltenden Mindestvorgaben erstellt. Ärzte können aber seit 1. Juli bedenkenlos nach der Nomenklatur III dokumentieren, da die

Gruppeneinteilung erhalten geblieben ist und die Befunde leicht auf die frühere Einteilung übertragen werden können.

Pünktlich zum 1. Januar 2015 soll auch das Muster 39 zur Dokumentation der zytologischen Untersuchung an die Münchner Nomenklatur III angepasst und anwenderfreundlicher gestaltet werden. Die Münchner Nomenklatur III ist noch nicht in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt. Die Systeme sollen zum 1. Quartal 2015 aktualisiert werden.

Die Münchner Nomenklatur III finden Sie im Internet der Deutschen Gesellschaft für Zytologie unter www.zytologie.org/muenchner-nomenklatur oder beim Verband Deutscher zytologisch tätiger Assistenten unter www.vdca.de Die aktuelle und die ab 2015 gültige Qualitätssicherungsvereinbarung finden Sie unter www.kvno.de **KV | 140819**

Zuzahlungen bei physikalisch-medizinischen Leistungen

Die gesetzlichen Krankenkassen haben mit dem Verband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten eine neue Vergütungsvereinbarung geschlossen. Diese Vereinbarung ist auch Grundlage für die Berechnung der Zuzahlungen für die in der Arztpraxis erbrachten physikalisch-medizinischen Leistungen. Die Zuzahlungsbeträge bei den Primär- und Ersatzkassen werden am 1. Oktober 2014 angepasst.

Folgende neue Zuzahlungsbeträge sind von den Patienten in der Arztpraxis zu bezahlen, sofern der Patient nicht durch seine Krankenkasse von der Zuzahlung befreit wurde. Bei einer Zuzahlungsbefreiung ist die Kennzeichnung mit dem Buchstaben A erforderlich:

Zuzahlungsbeträge bei neurophysiologischen Übungsbehandlungen und physikalischer Therapie ab 1. Oktober 2014

EBM-Nr.		Primärkassen	Ersatzkassen
30300	Sensomotorische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen von Organsystemen auf neurophysiologischer Grundlage als Einzelbehandlung, gegebenenfalls einschließlich Einweisung der Bezugsperson(en) in das Verfahren, je vollendete 15 Minuten, insgesamt höchstens 60 Minuten	1,10 €	1,55 €
30301	Sensomotorische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen von Organsystemen auf neurophysiologischer Grundlage als Gruppenbehandlung (2 bis 6 Teilnehmer), gegebenenfalls einschließlich Einweisung der Bezugsperson(en) in das Verfahren, je vollendete 15 Minuten, insgesamt höchstens 60 Minuten, je Teilnehmer, je Sitzung	0,90 €	0,85 €
30400	Massagetherapie lokaler Gewebeeränderungen eines oder mehrerer Körperteile und/oder Bindegewebsmassage, Periostmassage, Kolonmassage, manuelle Lymphdrainage, je Sitzung	1,05 €	1,05 €
30402	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 400 kPa [4 bar]), je Sitzung	1,50 €	1,80 €
30410	Atemgymnastik als Einzelbehandlung und Atmungsschulung, gegebenenfalls einschließlich intermittierender Anwendung manueller Weichteiltechniken, Dauer mindestens 15 Minuten, je Sitzung	1,45 €	1,15 €
30411	Atemgymnastik und Atmungsschulung als Gruppenbehandlung (3 bis 5 Teilnehmer), Dauer mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer und Sitzung	0,55 €	0,50 €
30420	Krankengymnastik (Einzelbehandlung), Fakultativer Leistungsinhalt: intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken, Anwendung von Geräten, Durchführung im Bewegungsbad, Dauer mindestens 15 Minuten, je Sitzung	1,45 €	1,70 €
30421	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung), Fakultativer Leistungsinhalt: intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken, Anwendung von Geräten, Durchführung im Bewegungsbad, (3 bis 5 Teilnehmer), Dauer mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer und Sitzung	0,55 €	0,70 €

Arzneimittel im Notdienst: Ein paar Besonderheiten

Die Verordnung von Arzneimitteln im Notdienst unterliegt denselben Bestimmungen wie die Verordnung während der normalen Sprechzeiten. Für eine problemlose Belieferung der Rezepte durch die Notdienst habenden Apotheken sollten Ärzte ein paar zusätzliche Punkte beachten:

- **Name und Telefonnummer angeben:** Die Verordnung muss gemäß der Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) neben der Berufsbezeichnung auch den Namen des verordnenden Arztes enthalten. Der Name ist wichtig, damit bei Rückfragen gleich der richtige Ansprechpartner gefunden wird. Wenn das Rezept „i.V.“ unterschrieben wird, muss der Name des Vertreters ebenfalls auf dem Rezept angegeben werden. Eine Telefonnummer auf dem Rezept erleichtert den Kontakt.
- **Austausch zulassen:** Notdienst habende Apotheken können nachts oder am Wochenende nicht oder nur eingeschränkt vom Großhandel beliefert werden. Daher sollte der Austausch von Präparaten weitgehend ermöglicht werden. Also kein Aut-idem-Kreuz setzen oder nach Wirkstoff verordnen.
- **Bei kleinen Antibiotikapackungen** kann innerhalb der Spannbreite ausgetauscht werden. So dürfte der Apotheker eine 14er Packung Amoxicillin-Tabletten gegen eine 10er Packung austauschen. Bestenfalls sollte die Therapiedauer vermerkt werden.
- **Wenn ein und dasselbe Arzneimittel häufig im Notdienst verordnet wird,** kann es zu Lieferschwierigkeiten der Notdienst habenden Apotheke kommen. Während der Notdienstzeiten ist eine Nachlieferung über den Großhandel in der Regel nicht möglich. Regionen, in denen sich Ärzte und Apotheker auf bevorzugte Präparate im Notdienst verständigt haben, haben positive Erfahrungen gemacht. Es hat sich gezeigt, dass eine vorherige Absprache über die bevorzugten Präparate die Abläufe für beide Seiten erleichtert und damit auch patientenfreundlicher gestaltet.
- **Kleine Packungen:** aus wirtschaftlichen Gründen sollten Sie im Notdienst kleine Packungen verordnen. Besonders eine Dauermedikation mit großen Packungen sollte beim jeweiligen Haus- oder Facharzt stattfinden. Bei der Verordnung von Antibiotika hingegen sollte auch bei der Verordnung im Notdienst der Einnahmezeitraum bis zur nächsten Kontrolle oder dem voraussichtlichen Therapieende abgedeckt werden.
- **Noctu-Zeichen:** Wenn der Patient das Rezept außerhalb der offiziellen Öffnungszeiten einlöst, fällt eine Notdienstgebühr von 2,50 Euro je Rezept an. Es sei denn, in der Praxis wurde das Noctu-Kreuz gesetzt. In diesen Fällen erhält die Apotheke die Notdienstgebühr über die Krankenkasse.
- **Betäubungsmittel:** Bei der Verordnung von Betäubungsmitteln (BtM) ist darauf zu achten, dass jeder Arzt seine eigenen BtM-Rezepte verwendet. Im Ausnahmefall können Betäubungsmittel auf einem Kassen- oder Privatrezept verschrieben werden, wenn dieses mit dem Vermerk „Notfall-Verschreibung“ gekennzeichnet ist. Möglichst vor Abgabe des Arzneimittels hat der Apotheker mit dem Arzt Rücksprache zu nehmen. In der Folge hat derselbe Arzt die Pflicht, unverzüglich ein gültiges, mit dem Buchstaben „N“ markiertes BtM-Rezept, der Apotheke nachzureichen. Eine Notfall-Verschreibung für Substitutionsmittel ist nicht möglich.
- **Betriebsstätten- und Arztnummer angeben:** Die Rezepte vollständig ausfüllen. Die BSNR und LANR des Dienstinhabers angeben. Ausnahme: BtM-Verordnung.

Allgemeine Hinweise zum korrekten Ausfüllen eines Kassenrezeptes finden Sie unter www.kvno.de
KV | 140820

KVNO extra zum Sprechstundenbedarf online

Die dritte Broschüre der Reihe Verordnungsmanagement ist erschienen. In dieser Ausgabe dreht sich alles um das Thema Verordnung von Sprechstundenbedarf (SSB). Sie erhalten Hintergrundinformationen, die SSB-Vereinba-

rung im Wortlaut, Übersichten zu Impfstoffen und Hinweise zur Prüfung im Sprechstundenbedarf.

Die Broschüre steht in unserem Internet-Angebot für Sie bereit unter www.kvno.de | KV | 140820



Duale RAS-Blockade weiter nur in Einzelfällen

Als Hemmstoffe des Renin-Angiotensin-Systems (RAS) stehen ACE-Hemmer, Sartane und der Reninhemmer Aliskiren zur Verfügung. Die Wirkstoffe dienen derzeit zur Behandlung des Bluthochdrucks und bei Herzinsuffizienz. Ein positiver Effekt der dualen Blockade des RAS zur Behandlung des Bluthochdrucks oder der diabetischen Nephropathie wird diskutiert. Ihm stehen Sicherheitsbedenken gegenüber wegen erhöhter Risiken für Hyperkaliämie, Hypotension und akutem Nierenversagen.

Der europäische Ausschuss für Risikobewertung im Bereich der Pharmakovigilanz (PRAC) hat die Risiken der Kombination verschiedener RAS-Hemmstoffe bewertet. Auf der Basis von Studienergebnissen, inklusive der nicht publizierten VA-Nephron-D-Studie, kommt der Ausschuss zu folgenden Empfehlungen:

- Eine Therapie mit einer dualen Blockade des Renin-Angiotensin-Systems (RAS) wird nicht empfohlen.
- Eine duale RAS-Blockade sollte nicht bei Patienten mit diabetischer Nephropathie angewendet werden.

- Falls eine duale RAS-Blockade unbedingt notwendig ist, soll diese nur unter Aufsicht eines Spezialisten und unter häufiger, engmaschiger Überwachung der Nierenfunktion, der Elektrolytwerte und des Blutdrucks erfolgen.
- Bei Patienten mit Diabetes mellitus oder Niereninsuffizienz (GFR < 60ml/min) ist die gleichzeitige Anwendung von ACE-Hemmern oder AT1-Antagonisten mit Aliskiren weiterhin kontraindiziert.

Der Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) der European Medicines Agency (EMA) hat der Bewertung des PRAC zugestimmt. Die Europäische Kommission muss nun einem Durchführungsbeschluss zustimmen, zum Beispiel zur Änderung der Fachinformationen.

Detaillierte Informationen finden sich im Bulletin zur Arzneimittelsicherheit des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und des Paul-Ehrlich-Instituts unter www.bfarm.de und www.pei.de | KV | 140821

Stichwort: PRAC

Wer überwacht und bewertet eigentlich die Humanarzneimittel in Europa? Dafür ist der Ausschuss für Risikobewertung im Bereich der Pharmakovigilanz (PRAC) zuständig. Der PRAC setzt sich aus je einer Wissenschaftlerin bzw. Wissenschaftler der Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sowie weiteren unabhängigen Wissenschaftlern zusammen.

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

Heilmittel kompakt: Das Wichtigste kurz und knapp

Heilmittel-Verordnungen bereiten in vielen Praxen einige Probleme. Das liegt oft daran, dass es sich bei der Heilmittelverordnung um eine Urkunde handelt, die nur der verordnende Arzt ändern darf. Der Therapeut muss mit der Verordnung in die Lage versetzt werden, den Patienten nach Ihren ärztlichen und therapeutischen Vorgaben zu behandeln, um das gesetzte Therapieziel zu erreichen.

Der Therapeut ist verpflichtet, die Verordnung auf Richtigkeit, Plausibilität und Vollständigkeit zu prüfen, bevor er die Behandlung beginnt. Kommt er dieser Verpflichtung nicht nach, so läuft er Gefahr, dass die Krankenkassen seine Leistungen nicht vergüten. Deswegen kommt es häufig zu Rückfragen bzw. Änderungswünschen aus den Therapiepraxen, die den reibungslosen Praxisablauf belasten und zu einem

unnötigen Mehraufwand führen. Mit kompakten Beiträgen rund um das Thema „Verordnung von Heilmitteln“ möchten wir Sie unterstützen, den Mehraufwand zu vermeiden. Hierzu starten wir in der heutigen Ausgabe mit dem Thema: Verordnung außerhalb des Regelfalls.

In den nächsten Ausgaben von KVNO aktuell greifen wir folgende Themen auf:

- Verordnung außerhalb des Regelfalls und Langfristgenehmigung
- Begrifflichkeiten „Therapiepause und Therapieunterbrechung“
- Therapie in Einrichtungen
- Patientenindividuelle Diagnose
- Langfristverordnung/Langfristgenehmigung
- Höchstverordnungsmenge bei Massage-techniken und Standardisierte Heilmittelkombination

Verordnung außerhalb des Regelfalls

Es handelt sich immer dann um eine Verordnung außerhalb des Regelfalls, wenn die nach dem Heilmittel-Katalog vorgegebene Höchstverordnungsmenge überschritten wird und das gesetzte Therapieziel (noch) nicht erreicht wurde. Beispiel: Verordnung von WS2. Die Erstverordnung umfasst bis zu sechs Einheiten, zwei weitere Folgeverordnungen von jeweils sechs weiteren Einheiten sind möglich. Ist die für WS2 vorgesehene Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls von 18 Einheiten ausgeschöpft, kann bei weiter bestehender Therapiebedürftigkeit außerhalb des Regelfalls verordnet werden.

Hinweis: Außerhalb des Regelfalls ist nicht außerhalb des Budgets. Die Verordnungskosten belasten ebenfalls das Ausgabenvolumen der Praxis, sofern sie nicht als Praxisbesonderheit herausgerechnet werden. Die Verordnung von Leistungen außerhalb des Regelfalls

ist nach Erreichen der Höchstverordnungsmenge ohne Unterbrechung möglich. Bei der Verordnung außerhalb des Regelfalls ist eine besondere Begründung mit prognostischer Einschätzung (unter anderem zum Therapieziel und Verlauf) auf der Heilmittel-Verordnung anzugeben.

Die Verordnung von Leistungen, die nicht den Bestimmungen der Heilmittel-Richtlinie entsprechen und/oder nicht im Heilmittel-Katalog genannt sind, ist nicht zulässig. Ausgeschlossen ist somit zum Beispiel die Behandlung von Lese- und Rechtschreibschwäche, Delfintherapie oder Yoga. Die Verordnung ist auch dann nicht möglich, wenn zusätzlich das Feld „außerhalb des Regelfalls“ angekreuzt wird. Außerhalb des Regelfalles bedeutet also keineswegs außerhalb der Heilmittel-Richtlinie, sondern bezieht sich lediglich auf eine zeitliche Komponente.

Fragen und Antworten zu den Heilmittel-Richtlinien haben der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgestimmt. Sie finden den Katalog im Internet-Angebot der KV Nordrhein unter www.kvno.de KV | 140822

Neue Festbeträge – mehr Zuzahlungen

Am 1. Juli sanken die Festbeträge für 13 Arzneimittelgruppen. Für sechs weitere Gruppen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Festbeträge eingeführt. Einige Hersteller haben angekündigt, ihre Preise nicht zu senken. Die Zahl der zuzahlungsbefreiten Medikamente ist deswegen um etwa ein Drittel auf rund 3.500 Präparate gesunken. Patienten müssen nun entweder die Mehrkosten selber tragen oder auf andere Präparate oder Wirkstoffe umgestellt werden.

Neue Festbeträge gelten beispielsweise für die verordnungstarken Gruppen der Sartane und ACE-Hemmer, Betablocker und Calcium-Antagonisten, Statine und Protonenpumpenhemmer. Berlin-Chemie und Daiichi Sankyo haben angekündigt, dass sie ihre Preise für ihr Sartan nicht senken werden. So müssen beispielsweise Patienten bei Olmesartan (Olmetec und Votum) oder Olmesartan/ HCT (Olmetec plus/ Votum plus) ab 1. Juli über 80 Euro zuzahlen. Weitere Gruppen mit niedrigeren Festbeträgen sind: Triptane und Setrone, Alpha-blocker, Fluorchinolone und Triazole. Außerdem sind vier Kombinationen betroffen.

Bisher ist nicht bekannt, inwieweit die Reimporteure ihre Preise anpassen werden. Olmesartan-Generika stehen nicht zur Verfügung, sodass nur durch den Wechsel auf ein anderes Sartan die Mehrkosten für den Patienten umgangen werden können. Kombinationen von Olmesartan mit Amlodipin sind von den neuen Festbeträgen nicht betroffen. Hier bestehen weiterhin deutliche Preisunterschiede zur freien Kombination generischer Sartane mit Amlodipin.

Zum Beispiel Sortis

Das bekannteste Beispiel für Mehrkosten, die durch den Patienten zu tragen sind, ist Sortis. Auch hier hatte der Hersteller den Verkaufspreis nicht auf Festbetragsniveau gesenkt, was dazu führte, dass das Präparat fast nicht mehr



verordnet wurde. Erst mit dem Patentablauf konnten Generikahersteller Atorvastatin zum Festbetrag anbieten. Für sechs neue Wirkstoffe hatte der G-BA erst im Dezember neue Festbeträge festgelegt: Anastrozol, Ciclopirox, Exemestan, Letrozol, Levetiracetam, Tolperison.

Festbeträge sind in der gesetzlichen Krankenversicherung Höchstpreise für bestimmte Arzneimittel: Das Festbetragssystem für Arzneimittel ist mit dem Gesundheitsreform-Gesetz im Jahr 1988 eingeführt und später erweitert worden, sodass auch sogenannte Jumbogruppen, wie beispielsweise alle Statine oder alle Sartane bei der Preisbildung zusammen genommen werden können. Übersteigt der Preis eines Arzneimittels den Festbetrag, muss der Versicherte die Mehrkosten selber tragen. Wenn der Preis eines Arzneimittels 30 Prozent unter dem Festbetrag liegt, müssen Versicherte keine Zuzahlung leisten. Zusätzlich können Krankenkassen in den Rabattverträgen vereinbaren, dass die rabattierten Arzneimittel von der Zuzahlung befreit sind.

Eine Übersicht zuzahlungsbefreiter Arzneimittel finden Sie im Internetangebot des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) unter www.dimdi.de | [KV | 140823](#)

Patienten müssen seit 1. Juli häufiger für Medikamente zuzahlen, da der Gemeinsame Bundesausschuss viele Festbeträge gesenkt hat.

Ermächtigungen in Nordrhein

Es gibt zahlreiche Ermächtigungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Im Bereich der KV Nordrhein sind es derzeit rund 1.200. Ermächtigungen muss der Zulassungsausschuss erteilen, wenn die vertragsärztliche Versorgung durch die zugelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten nicht sichergestellt wird und es einen Bedarf für eine Ermächtigung gibt. Es gibt jedoch auch Ermächtigungen, die bedarfsunabhängig zu erteilen sind.

Die häufigste Form der Ermächtigung ist die von Krankenhausärzten. Gibt es eine quantitative oder qualitative Versorgungslücke und ist der Krankenhausarzt befähigt, diese Lücke zu schließen, kann er beim Zulassungsausschuss einen Antrag auf Ermächtigung stellen.

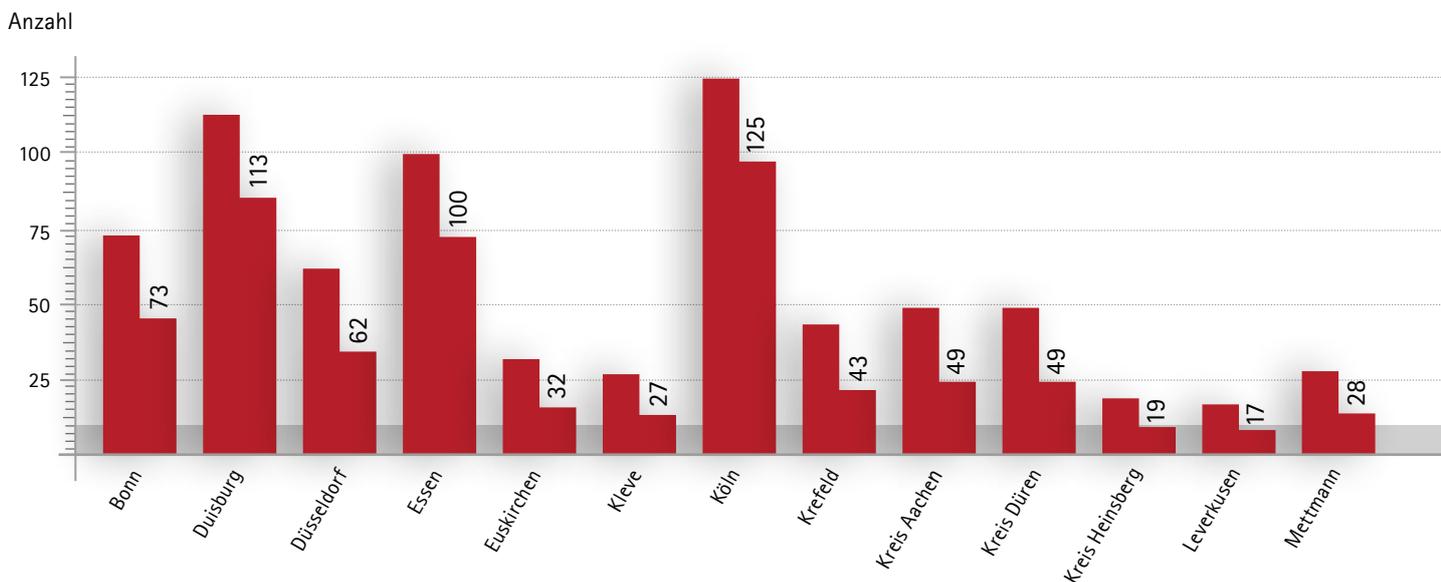
Die beiden unterschiedlichen Bedarfssituationen für die Ermächtigung eines Krankenhausarztes sind wie folgt zu unterscheiden: Es könnte ein quantitativ allgemeiner Bedarf vorliegen, wenn in einem Planungsbereich zu wenig niedergelassene Ärzte vorhanden sind, um einen bestimmten Bedarf an vertragsärztlichen Leistungen zu decken. Andererseits könnte ein qualitativ spezieller Bedarf vorlie-

gen, wenn der Krankenhausarzt über besondere Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethoden verfügt, die für die Versorgung notwendig sind und von den niedergelassenen Ärzten nicht oder in nicht ausreichendem Maße angeboten werden. Die Ermächtigung ist inhaltlich auszugestalten, das heißt, im Bescheid sind konkret die Leistungen festzulegen, die im Rahmen der Ermächtigung zu erbringen sind. Darüber hinaus werden alle Ermächtigungen in der Regel auf zwei Jahre befristet.

Vorfahrt für persönliche Ermächtigungen

Es gelten der Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte vor den Ermächtigten und der Vorrang der Ermächtigung von Krankenhaus-

Ermächtigungen nach Kreisstellen



ärzten vor der Ermächtigung anderer Ärzte. Ferner gilt der Vorrang der persönlichen Ermächtigung, also der Ermächtigung des Arztes vor der sogenannten Institutsermächtigung, also zum Beispiel der Ermächtigung eines Krankenhauses.

Die Ermächtigung ist eine Statuserteilung und kann nicht rückwirkend erteilt werden. Die ermächtigten Ärzte nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Das bedeutet, dass eine weitgehende Gleichstellung mit den Vertragsärzten erfolgt.

Der Facharztstandard gilt selbstverständlich auch für ermächtigte Krankenhausärzte. Der ermächtigte Arzt hat die Grenzen des Fachgebietes zu beachten. So darf etwa ein Internist ohne entsprechenden Schwerpunkt Leistungen aus dem Schwerpunkt nicht erbringen und abrechnen, er darf für diese Leistungen folglich auch nicht ermächtigt werden.

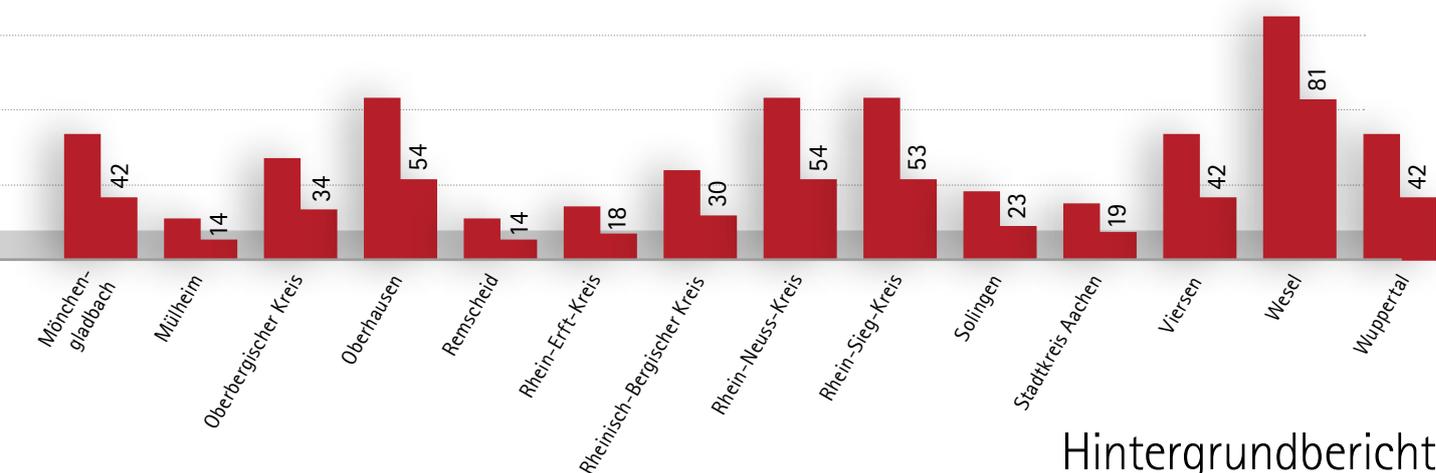
Die Leistungserbringung kann nur in dem Umfang erfolgen, der in dem Ermächtigungsbeschluss festgelegt ist. Für die beschriebenen Leistungen muss ein Bedarf bestehen. Ferner muss der Arzt in seiner fachlichen Qualifikation und von der ihm zur Verfügung stehen-

den apparativen Ausstattung dazu in der Lage sein, die im Ermächtigungsumfang beschriebene Tätigkeit tatsächlich auszuüben.

So hat das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) festgestellt, dass ein Krankenhausarzt, der privat ein technisches Gerät betreibt, nicht für eine Leistung mit diesem in seinem Privateigentum stehenden medizinischen Gerät ermächtigt werden kann. Denn er habe weder besondere Kenntnisse hinsichtlich der Behandlungsart noch besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in seiner Funktion als Krankenhausarzt angewendet (LSG NRW, Urteil vom 13. Januar 1999, - L 11 KA 185/98 -). Dies ist jedoch Voraussetzung für eine Ermächtigung als Krankenhausarzt.

Genehmigung nötig

Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus dem Arzt eine Nebentätigkeitsgenehmigung für die Ausübung der Ermächtigung erteilt. Wird die Genehmigung nicht erteilt, kann keine Ermächtigung ausgesprochen werden. Ist der Krankenhausarzt nur geringfügig beschäftigt, kann keine Ermächtigung erteilt werden. Dementsprechend hat das Bundessozialgericht (BSG Urteil vom 20. März 2013 – B 6 KA 26/12



R -) bestätigt, dass eine Ermächtigung, die an eine Tätigkeit in einer Klinik geknüpft ist, endet, wenn der Krankenhausarzt nur noch eine geringfügige Tätigkeit wahrnimmt. Im zur Entscheidung stehenden Fall ging es um eine Tätigkeit im Umfang von vier Wochenstunden zur konsiliarischen Untersuchung und Weiterbildung von Krankenhausmitarbeitern.

Außerdem hat das BSG festgestellt, dass ein Arzt mit einer derartigen Tätigkeit nicht mehr als Krankenhausarzt im Sinne der Ermächtigungsvorschriften gilt. Erforderlich ist, dass ein Arzt hauptberuflich in einem Krankenhaus tätig ist. Konkret: Die Hälfte des für den vollzeitbeschäftigten Krankenhausarzt vorgesehen Stundenvolumens darf nicht unterschritten werden. So kommt nach den Vorschriften auch kein Arzt für eine Ermächtigung in Betracht, der etwa bei einem Gesundheitsamt oder Versicherung tätig ist und nebenberuflich in einem Krankenhaus eine Koronarsportgruppe leitet.

Der ermächtigte Krankenhausarzt wird Mitglied in der KV. Die vertraglichen Regelungen sind auch für ermächtigte Ärzte verbindlich. Bei Pflichtverstößen kommen Disziplinarmaßnahmen oder auch der Entzug der Ermächtigung in Betracht. Eine Ermächtigung kann entzogen werden oder in Ausnahmefällen ruhen. So wurde zum Beispiel die Entziehung der Ermächtigung eines Krankenhausarztes gerichtlich bestätigt, der zwecks Umgehung des Facharztfilters in Arztbriefen an Vertragsärzte darauf hingewiesen hatte, dass im Rahmen einer prästationären Abklärung diagnostische Leistungen erbracht werden könnten, weshalb eine stationäre Einweisung erforderlich sei. Den Patienten sollte aber vorab mitgeteilt werden, dass sie nicht stationär aufgenommen werden würden. (Hessisches LSG vom 24. Juni 2009, Aktenzeichen: - L 4 KA 11/07 -).

Leistungen persönlich erbringen

Oft wird übersehen, dass die vertragsärztliche Tätigkeit im Rahmen der Ermächtigung

persönlich auszuüben ist. Das bedeutet, dass in der Regel keine Beschäftigung von Assistenten oder Stationsärzten möglich ist. Eine solche Beschäftigung kommt nur in Betracht, wenn auch der Vertragsarzt medizinische Fachangestellte einsetzen dürfte, etwa zum Anlegen von Verbänden.

Ebenso kommt auch eine Vertretung nur bei den gesetzlich vorgesehenen Gründen, Krankheit, Fortbildung, Urlaub oder Wehrübung in den vorgeschriebenen zeitlichen Rahmen in Betracht. Das bedeutet also, dass ein Krankenhausarzt, der im Rahmen der stationären Tätigkeit im Krankenhaus tätig wird, sich nicht in der Ambulanz von einem anderen Arzt vertreten lassen kann.

Wird dennoch ein anderer Arzt tätig, erfolgt eine Honorarkürzung (LSG Niedersachsen-Bremen vom 27. Oktober 2006, - L 3 KA 209/04 ER -). Weitere Maßnahmen wären ein Disziplinarverfahren oder der Entzug der Ermächtigung. Das Gebot der persönlichen Leistungserbringung gilt auch für die Verordnung von Medikamenten. Im Übrigen stellt auch die Arzneimittel-Verschreibungsverordnung klar, dass die Verschreibung die eigenhändige Unterschrift der verschreibenden Person enthalten muss.

Die Tätigkeit kann auch nur an dem Ort ausgeübt werden, für den die Ermächtigung erteilt wird. Möchte der Arzt noch an weiteren Standorten des Krankenhauses dieselben Leistungen erbringen, ist für jeden weiteren Standort unerlässlich, eine weitere Ermächtigung zu beantragen und zu erhalten.

Grundsatz ist, dass für eine Ermächtigung eine Bedarfsprüfung erfolgt. Diese erfolgt zum Beispiel bei den beschriebenen Ermächtigungen der Krankenhausärzte oder aber auch für die Ermächtigung eines Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ). Es gibt jedoch auch Ermächtigungen die erteilt werden, ohne dass eine Bedarfsprüfung erfolgt. Dies gilt zum Beispiel

für Hochschulambulanzen, die in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang eine Ermächtigung erhalten können. Ebenfalls bedarfsunabhängig werden psychiatrische Institutsambulanzen, psychiatrische Krankenhäuser, psychiatrische Ambulanzen der allgemein Krankenhäuser sowie Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen für zytologische Diagnostik und Krebserkrankungen oder Geburtsleitung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge ermächtigt.

Überweiserkreis meist begrenzt

Dem Vorrang der Vertragsärzte ist nach den gesetzlichen Regelungen in der Regel dadurch

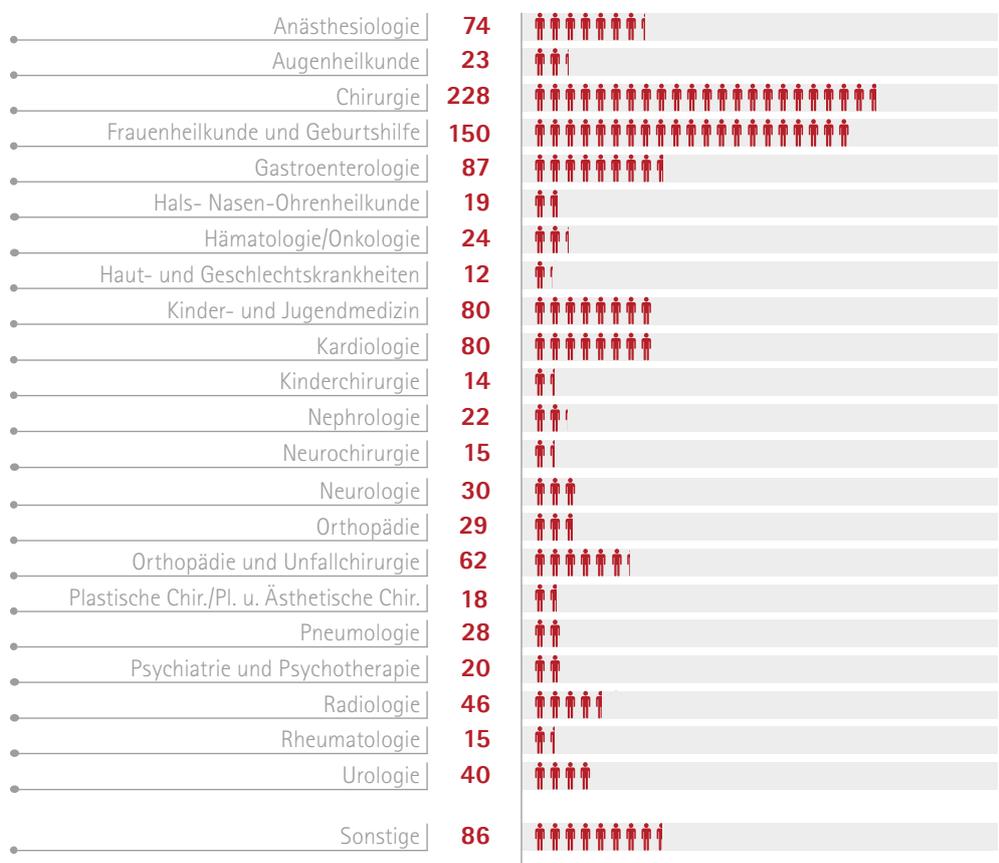
Rechnung zu tragen, dass der Überweiserkreis für den Ermächtigten auf eine Fachgruppe beschränkt wird. Danach kommt eine uneingeschränkte Ermächtigung auf Überweisung aller Vertragsärzte meist nicht in Betracht.

Für Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer Operationen stehen, kann in der Regel keine Ermächtigung erteilt werden. Poststationäre Leistungen, die gemäß Paragraph 115 a des Sozialgesetzbuchs V mit der Fallpauschale abgegolten wären, können nicht Gegenstand einer Ermächtigung eines Krankenhausarztes sein.

Persönliche Ermächtigungen in Nordrhein

Fachgruppe **Anzahl der Ermächtigungen**

Die Tabelle zeigt die Zahl der persönlichen Ermächtigungen je Fachrichtung in Nordrhein. Dargestellt sind alle Fachrichtungen mit mehr als zehn Ermächtigungen. Alle Übrigen sind unter dem Punkt „Sonstige“ zusammengefasst. Insgesamt verfügen derzeit rund 1.200 Ärzte im Rheinland über eine persönliche Ermächtigung.



Wichtig für den Antrag

Die schriftliche Zustimmung des Krankenhausträgers, der den Arzt beschäftigt, ist zwingend dem Antrag auf Ermächtigung beizufügen. Ebenfalls ist die Berechtigung zum Führen einer Gebietsbezeichnung dem Antrag beizufügen.

Die Ermächtigungsmöglichkeit gilt auch für Ärzte in Krankenhäusern, Vorsorge- und Reha-Einrichtungen, stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation mit einem begrenzten Personenkreis, beispielsweise Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder Beschäftigte eines abgelegenen oder vorübergehenden Betriebes. Der begrenzte Personenkreis muss sich gerade aus der Begrenztheit einer Einrichtung an einem bestimmten Ort ergeben. Abgelehnt wurde beispielsweise eine solche Ermächtigung für die Gruppe aller Mitarbeiter kirchlicher oder caritativer Einrichtung in einem Ort.

Der Bundesmantelvertrag (Paragraph 24, Absatz 2, Satz 4) regelt seit Oktober 2013, dass ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen nur dann Überweisungen ausstellen dürfen, wenn die Zulassungsgremien mit der Ermächtigung eine Überweisungsbefugnis erteilen. Außerdem müssen im Beschluss die Leistungen fixiert sein, für die eine Überweisung ausgestellt werden darf.

Für neue Ermächtigungszeiträume muss die Frage der Überweisung geklärt werden. Problematisch sind die sogenannten „Altfälle“. Sofern für die bereits bestehenden Ermächtigungen eine Überweisungsbefugnis notwendig ist, wird davon ausgegangen, dass der Ermächtigte überweisen darf. Für den neuen Ermächtigungszeitraum ist jedoch die Überweisungsmöglichkeit ausdrücklich in den Beschluss aufzunehmen.

■ IRINA NEULEBEN

Ermächtigungsumfang unter kvno.de

Die rund 1.200 ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten im Rheinland sind als Mitglieder der KV Nordrhein natürlich auch über die Suche im Internet-Angebot der KVNO abrufbar. Dabei ist auch immer der konkrete Ermächtigungsumfang angegeben. Klicken Sie einfach beim Ermächtigten unter dem Punkt „Tätigkeitsbereiche“ auf die „Erläuterung“.

Ermächtigungstext - Internet Explorer

Dr. Julia Faber

Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
kinderärztlich tätig

Umfang der Ermächtigung bis 31.01.2014

1. auf Überweisung von zugelassenen Fachärzt:innen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

konstante Leistung eines/r niedergelassenen Vertragsarzt/-Arztin und erforderliche Untersuchung des/des allergischen Patienten/-in unter Aufsicht/Überwachung der amulanten einheimischen und angelegenen Behörde.

2. auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzt:innen

Planung der Geburtshilfe durch beide Vertragsärzt:innen/Ärztinnen der Geburtsklinik gemäß der Mutterschaftsrichtlinien nach der Nr. 11733 SGB V

Leistungen, die durch den Krankenträger gemäß § 115 a SGB V angelegt wurden oder für die der Krankenträger gemäß § 115 a SGB V zuständig ist sind hier dieser Ermächtigung ausgenommen.

Suche nach Ärzten und Psychotherapeuten in Nordrhein

5 Treffer entsprechen Ihren Suchkriterien

Name	PLZ	Ort
Dr. med. Faber Julia	40214	Düsseldorf
Dr. med. Faber Wolfgang	41022	Düsseldorf
Dr. med. Faber-Peters, Elke	41749	Düsseldorf
Dr. med. Faber Michael	41142	Düsseldorf
Dr. med. Faber, Angelika	41465	Düsseldorf, Düsseldorf
Dr. med. Faber, Sabine	41173	Düsseldorf
Faber-Berlin, Ulrike	40201	Düsseldorf
Faber, Ulrike	40244	Düsseldorf

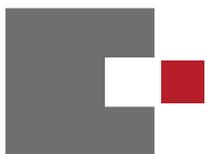
Adresse & Kontakt
Telefonnummer: 0214 1234567
E-Mail: info@kvno.de
Web-Adresse: www.kvno.de

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

Extra für MFA:

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

Jetzt registrieren!
www.kvno-newsletter.de



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Zankapfel Honorarverteilung

Neues vom Notdienst: Die Delegierten der KV Nordrhein konkretisierten die vor zwei Jahren beschlossene Reform. Doch noch immer bleiben viele Fragen offen. Heftig debattiert wurde einmal mehr über die Vergütung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Nordrhein – begleitet von einer Demonstration von Orthopäden und Chirurgen, die auf Honorarverluste aufmerksam machten.

Einmal mehr war die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein mehr als eine Versammlung ihrer Delegierten: Rund 200 in Nordrhein niedergelassene Orthopäden und Chirurgen machten auf die Honorarverluste ihrer Fachgruppen in den vergangenen Jahren aufmerksam. Willkommen geheißen wurden die Ärzte von Dr. med. Frank Bergmann, Vorsitzender der VV der KV Nordrhein.

Bergmann äußerte Verständnis für die von den protestierenden Kolleginnen und Kollegen vorgebrachten Anliegen, machte aber zugleich deutlich, dass die finanzielle Misere der ambulanten Versorgung in Nordrhein kein Problem einzelner Gruppen sei. „Jede Fachgruppe in Nordrhein muss ein Interesse daran haben, auf ihre Unterfinanzierung aufmerksam zu machen. Die fachärztlichen Umsätze sind hier niedriger als in anderen Bundesländern“, sagte Bergmann.

Die Orthopäden beklagten freilich vor allem den Honorarrückgang ihrer Fachgruppe und sehen darin vor allem ein Verteilungsproblem – besonders seit die Stützungsmaßnahmen, die in der Vergangenheit die größten Härten abgefedert hätten, von der VV beendet wurden. Ein Antrag auf deren Wiedereinführung wurde in der VV mit deutlicher Mehrheit abgelehnt. Eine Rückkehr zu den Stützungen, und damit zu noch niedrigeren Fallwerten der nicht gestützten Fachgruppen, so der Tenor, könne nicht die Antwort auf die strukturelle Unterfinanzierung sein.

Widersprüchliche Gutachten

Weitere auf die Vergütung bezogene Themen der Versammlung waren die jüngste Honorarvereinbarung in Nordrhein, die einen Zuwachs bei der vertragsärztlichen Vergütung von 3,39 Prozent beinhaltet, sowie die Auswirkungen der Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) auf Bundesebene. Kritisch äußerte sich Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein, über das Gutachten des Sachverständigenrats zur Entwicklung im Gesundheitswesen (siehe Seiten 33 bis 35). „Das Gutachten kommt zu sehr widersprüchlichen Befunden“, so Potthoff. „Erstaunlich ist, mit welcher Beharrlichkeit der Rat am Dogma einer fachärztlichen Überversorgung in den Städten festhält; dabei sind es die Sachverständigen selbst, die angesichts der demografischen Herausforderungen für eine räumliche Zentralisierung der fachärztlichen Versorgung plädieren.“ Auch die Empfehlungen zum Abbau der unterstellten Überkapazitäten seien ambivalent: „Ländliche Krankenhaus-Standorte sollen durch externe Zuschläge gestützt, Landpraxen aber durch einen internen Finanzausgleich zu Lasten der übrigen Ärzte bezuschusst werden“, sagte Potthoff. Dies sei nicht hinnehmbar.

Den Blick auf die regionale Honorarentwicklung in Nordrhein richtete Bernhard Brautmeier, der stellvertretende KV-Vorsitzende. Im Mittelpunkt stand dabei der Honorarabschluss der KV Nordrhein mit den nordrhei-

nischen Krankenkassen. Zusätzliche Vereinbarungen wurden zur Fortführung der Förderung im haus- und fachärztlichen Bereich, zur Vergütung bestimmter Einzelleistungen und zur Förderung des ambulanten Operierens getroffen. Auch die erweiterte Impfeinbarung stellte Brautmeier vor, bei der mit den Kassen zusätzliche Mittel vereinbart wurden, etwa für eine „Impfberatung“.

Kritik am neuen Strukturvertrag

Ein weiteres Thema von KV-Vize Brautmeier war der seit dem 1. Juli geltende Hausärzter-Strukturvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg als Nachfolgevereinbarung zu dem von der AOK einseitig gekündigten Hausarztvertrag. Der neue Strukturvertrag stieß in der Versammlung auf fast einhellige Ablehnung. Mit großer Mehrheit beschlossen die Delegierten einen Antrag, der die Kündigung des bisherigen Vertrags durch die AOK Rheinland/Hamburg verurteilt und die Kasse auffordert, das neue Vertragswerk zu ergänzen oder wegfallende Extravergütungen zu kompensieren. Zwischenzeitlich haben die KV Nordrhein und die AOK Rheinland/Hamburg Gespräche aufgenommen, die dazu führen werden, dass der neue Hausarzt-Strukturvertrag schon zum 1. Oktober dieses Jahres um weitere Module ergänzt wird.

Einen kritischen Blick warf Brautmeier auf die Auswirkungen der EBM-Reform im vierten Quartal 2013, die in Nordrhein einen Rückgang des Leistungsbedarfs verursacht hat, sowie auf die inzwischen terminierte Weiterentwicklung der hausärztlichen EBM-Reform, die innerhalb der KVen umstritten und auch von der KV Nordrhein kritisch gesehen wird. Beschlossen ist eine bessere Vergütung der Chronikerpauschale (siehe Seite 2).

Notdienst: Eckdaten für Dienstbelastung

Beschlüsse gefasst wurden auf der Vertreterversammlung auch beim Dauerthema Notdienst. Nach wie vor geht es darum, die geplante und von der Mehrheit der Delegierten



bereits 2012 verabschiedete Reform des Bereitschaftsdienstes zu konkretisieren. Beschlossen wurden Anträge, die im Notdienstausschuss der Vertreterversammlung vorbereitet worden waren – dorthin hat sich ein Teil der Sacharbeit verlagert, wobei in der Diskussion deutlich wurde, dass auch im Notdienstausschuss unterschiedliche Auffassungen über Notwendigkeit und Tempo der Reform bestehen.

Mit klaren Mehrheiten jedoch wurden Beschlüsse verabschiedet, nach denen der Vorstand darauf hinwirken soll, dass die Einteilungshäufigkeit der zur Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichteten Ärzte auf maximal acht Pflichtdienste pro Jahr und der zeitliche Umfang der Pflichtteilnahme auf 50 Stunden im Jahr begrenzt werden. Flächendeckend ausgebaut werden sollen der kinder- und der augenärztliche sowie der HNO-Notdienst in Nordrhein. Mit der Auswahl eines einheitlichen Dienstplanprogrammes und der weiteren Ausgestaltung eines neu zu gestaltenden Fahrdienstes beauftragte die VV den sie beratenden Notdienstausschuss ebenso wie mit der Vorlage eines konkretisierten Konzeptes zur Umsetzung der 2012 in Eckpunkten verabschiedeten Reform.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Orthopäden und Urologen protestierten am Rande der Vertreterversammlung gegen „Honorardumping“.

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein fasste am 27. Juni 2014 die folgenden Beschlüsse.

Reform des Bereitschaftsdienstes

Maximal acht Pflichtdienste pro Jahr

Der Vorstand der KV Nordrhein möge (ggf. unterstützt durch den Notdienstausschuss der VV der KV Nordrhein) darauf hinwirken, dass zeitnah die Organisation des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes (sogenannter vertragsärztlicher Notdienst) dahingehend modifiziert wird, dass die Einteilungshäufigkeit der zur Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichteten Ärztinnen und Ärzte auf maximal acht Pflichtdienste pro Jahr und pro voller Vertragsarztzulassung (bzw. Arzt/Ärztin) begrenzt wird und zudem der zeitliche Umfang der Pflichtteilnahme am

vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst auf ein Maximum von 50 Stunden pro Jahr und pro voller Vertragsarztzulassung (bzw. Arzt/Ärztin) begrenzt wird.

Der Notdienstausschuss der VV der KV Nordrhein wird gebeten, die Überarbeitung des organisierten Notdienstes in dem vorstehend beschriebenen Sinne fortzuführen.

Antrag: Notdienstausschuss der VV

Kinderärztlicher Bereitschaftsdienst in Notdienstpraxen

Der Vorstand der KV Nordrhein möge (ggf. unterstützt durch den Notdienstausschuss der VV der KV Nordrhein) darauf hinwirken, dass zeitnah die Organisation des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes (so genannter vertragsärztlicher Notdienst) dahingehend modifi-

ziert wird, dass ein flächendeckender vertragsärztlicher kinderärztlicher Bereitschaftsdienst in Notdienstpraxen angeboten wird.

Antrag: Notdienstausschuss der VV

HNO-Bereitschaftsdienst in Notdienstpraxen

Der Vorstand der KV Nordrhein möge (ggf. unterstützt durch den Notdienstausschuss der VV der KV Nordrhein) darauf hinwirken, dass zeitnah die Organisation des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes (so genannter vertragsärztlicher Notdienst) dahingehend

modifiziert wird, dass ein flächendeckender vertragsärztlicher HNO-Bereitschaftsdienst in Notdienstpraxen angeboten wird.

Antrag: Notdienstausschuss der VV

Ophthalmologischer Bereitschaftsdienst in Notdienstpraxen

Der Vorstand der KV Nordrhein möge (ggf. unterstützt durch den Notdienstausschuss der VV der KV Nordrhein) darauf hinwirken, dass zeitnah die Organisation des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes (sogenannter vertragsärztlicher Notdienst) dahingehend modi-

fiziert wird, dass ein flächendeckender vertragsärztlicher ophthalmologischer Bereitschaftsdienst in Notdienstpraxen angeboten wird.

Antrag: Notdienstausschuss der VV

Auswahl eines einheitlichen Dienstplanprogrammes

Die Vertreterversammlung beauftragt den Notdienstausschuss der VV der KV Nordrhein mit der Auswahl eines einheitlichen Dienst-

planprogrammes.

Antrag: Notdienstausschuss der VV

Neugestaltung des Fahrdienstes

Die Vertreterversammlung beauftragt den Notdienstausschuss der VV der KV Nordrhein sich mit der Neugestaltung des Fahrdienstes auseinanderzusetzen und dabei sowohl die regionalen Gegeben-

heiten, individuellen Bedürfnisse und die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Antrag: Notdienstausschuss der VV

Vorlage eines Konzeptes

Der Notdienstausschuss der VV der KV Nordrhein legt zur nächsten VV ein mit Zahlen unterlegtes Konzept vor.

Antrag: Dr. Lothar Rütz

Kündigung kritisiert – AOK soll korrigieren

Die W der KV Nordrhein verurteilt die Kündigung des Hausarztvertrages durch die AOK Rheinland/Hamburg, da dieser insbesondere Hausbesuche gefördert hatte und dadurch eine kostendeckende Versorgung multimorbider Patienten zu Hause und in Pflegeheimen ermöglichte. So wird ein erster Schritt zu einer humanen, patientenorientierten und für die Ärzteschaft kostendeckenden ambulanten Versorgung multimorbider Patienten abrupt beendet.

Der neue Hausärzte-Strukturvertrag ist als Ersatz nicht akzeptabel, da er völlig unzureichende Betreuungspauschalen enthält, deren Kombinierbarkeit nur vorgegaukelt und in der Praxis kaum zu realisieren ist und die zudem gerade DMP-Patienten ausschließen. Die geforderte Neueinschreibung der Patienten stellt ein unsinniges, bürokratisches Hindernis dar.

Der neue Hausärzte-Strukturvertrag wird durch den Wegfall einer Kostendeckung bei Hausbesuchen – insbesondere in dringenden Fällen – letztlich dazu führen, dass multimorbide Patienten nicht mehr ambulant versorgt werden können, sondern über den akuten Einsatz von Rettungsärzten vermehrt in Krankenhäuser eingeliefert werden. Dies wird zu erheblichen Kostensteigerungen und damit einer Belastung des Gesundheitssystems führen.



Die W der KV Nordrhein fordert die AOK Rheinland/Hamburg auf, dringend für folgende Korrekturen zu sorgen:

- Hausbesuche müssen für Hausärzte wie auch für Fachärzte kostendeckend möglich sein.
- Betreuungspauschalen müssen adäquat sein.
- DMP-Patienten dürfen nicht ausgeschlossen werden.
- Ein umfassendes, individuelles, wirtschaftliches Medikamenten- und Therapie-/Pflegermanagement muss honoriert werden.
- Neueinschreibungen sind nicht erforderlich.

Antrag: Allianz für Nordrhein

Deutscher Ärztetag

VSDM ist keine ärztliche Aufgabe

Die einschlägige Beschlusslage der W der KV Nordrhein lehnt das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) als nicht-ärztliche Aufgabe ab. Diese Position wurde auch erneut vom Deutschen Ärztetag in Düsseldorf 2014 eindeutig bestätigt.

Inzwischen wurden die Tests in die Hände der Industrie gelegt, wobei – ebenfalls entgegen der geltenden ärztlichen Beschlusslage – keine dezentralen Speichermedien in der Hand der Patienten

zur Testung vorgesehen sind. Die vorhandenen elektronischen Gesundheitskarten erlauben keine sichere Prüfung der Identität des Trägers, weil die Fotos nicht identitätsgeprüft sind.

Deshalb sowie auf Basis dieser Beschlusslage sieht die W der KV Nordrhein keine Grundlage dafür, dass sich Ärzte in Nordrhein an Tests zur Einführung des VSDM beteiligen.

Antrag: Wolfgang Bartels, Dr. Ludger Wollring, Dr. Lothar Rütz

Umsetzung der Beschlüsse des Deutschen Ärztetages

Es ist geltende Beschlusslage der KV Nordrhein, dass mit den derzeit bestehenden Honoraren der Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) die Sicherstellung der Versorgung in einigen Fachgebieten nicht mehr gewährleistet ist. Damit der Sicherstellungsauftrag der KV Nordrhein wieder erfüllt werden kann, müssen die Beschlüsse des 117. Deutschen Ärztetages Nummer VII-81 (Ärztetangel in der ambulanten Versorgung ist

auch Folge von Unterfinanzierung und fehlender Planungssicherheit) und VII-97 (Erhalt der Freiberuflichkeit der Ärzte als Grundstock für gute Arbeitsbedingungen in der Praxis des niedergelassenen Arztes), hier Satz 1 bezüglich des EBM und Satz 2 umgehend umgesetzt werden. Das Zeitfenster hierzu ist das 3. Quartal 2014.

Antrag: Wolfgang Bartels

Änderungen am Honorarverteilungsmaßstab

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) wird in mehreren Punkten modifiziert. Die Änderungen treten am 1. Oktober 2014 in Kraft. Der HVM im Wortlaut wird in der September-Ausgabe des Rheinischen Ärzteblatts amtlich veröffentlicht; er ist zudem im Internet-Angebot der KV Nordrhein abrufbar unter www.kvno.de | **KV 140833**

Sicher vernetzt mit dem Arzt

Messung des Blutzuckerspiegels, Dokumentation der Ergebnisse, Besuche beim Arzt – wer an Diabetes mellitus Typ 1 erkrankt ist, muss im Alltag einiges beachten. Das Pilotprojekt „GlucoChat“ soll nun helfen, die Betreuung junger Diabetes-Patienten zu verbessern. Das Prinzip: In einem geschützten sozialen Netzwerk können sich Betroffene mit Ärzten und Betreuern austauschen. Voraussetzung ist, dass keine persönliche Anwesenheit des Patienten erforderlich ist. Zurzeit wird das Projekt an einem Krankenhaus in Düren getestet.

Facebook und WhatsApp sind aus dem Alltag der meisten Jugendlichen nicht mehr wegzudenken. Zur Kommunikation krankheitsbezogener Inhalte scheiden diese Anwendungen aus Datenschutzgründen jedoch aus. Aber es geht auch anders, wie das Projekt „GlucoChat“ zeigt. Hierbei handelt es sich um eine Anwendung, bei der die Beteiligten verschlüsselt kommunizieren. „Ähnlich wie beim Telefonieren über das Internet via Skype laden die Teilnehmer die Anwendung auf ihren Rechner“, erklärt Dr. Guido Weber von der careon GmbH. Das Unternehmen ist auf Software für Gesundheitsmanagement spezialisiert und hat das Projekt technisch umgesetzt.

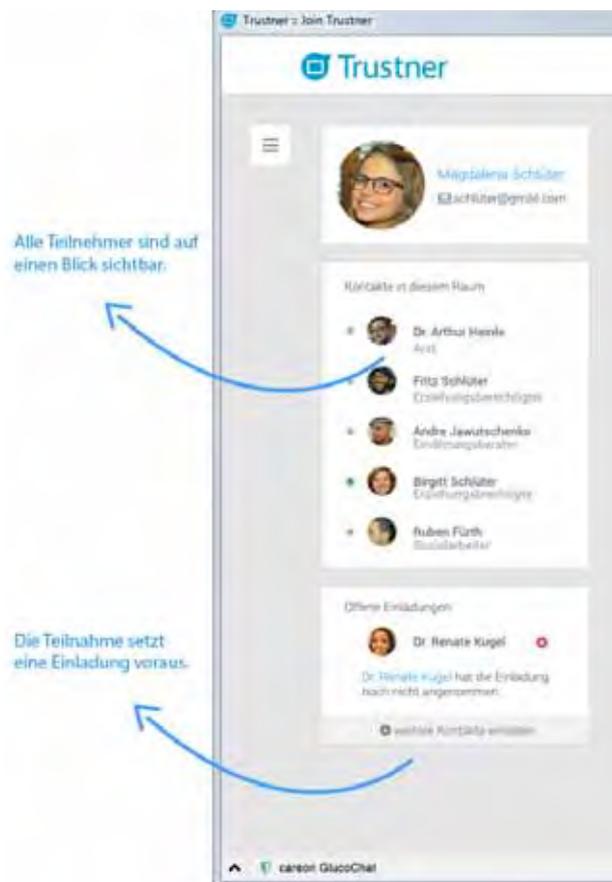
Die Basis von „GlucoChat“ ist eine Anwendung aus dem Bereich Trustner Health, bei der sämtliche Nachrichten von einem Ende zum anderen verschlüsselt sind – eine wichtige Voraussetzung zur elektronischen Kommunikation im Gesundheitswesen. „Bei der Erstellung des Datenschutzkonzeptes für den ‚GlucoChat‘ haben wir natürlich Hinweise des Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW beachtet“, sagt Hans-Joachim Marschall von der Abteilung IT in der Arztpraxis der KV Nordrhein, die das Projekt leitet.

16-Jähriger ist erster Testpatient

Zurzeit wird „GlucoChat“ an der Diabetes-Ambulanz der Kinderklinik am St.-Marien-Hospital Düren getestet. Dort entstand auch die Idee. „Wir hatten den Wunsch, moderne Möglichkeiten der Telekommunikation für junge, chronisch kranke Patienten zu nutzen“, sagt Alexander Bey, Oberarzt der Diabetes-Ambulanz und Ärztlicher Leiter des Projektes. Seit drei Monaten ist die Software nun verfügbar und der erste Patient testet „GlucoChat“ bereits – ein 16-Jähriger, der seit fünf Jahren Diabetes hat und in der Klinik

in Düren betreut wird. Weitere Testpersonen sollen in den nächsten Wochen folgen.

„Diabetes kann für die Erkrankten und ihre Familien frustrierend sein“, weiß der Oberarzt aus Düren, denn Betroffene müssen mehr auf ihre Gesundheit achten als Menschen ohne Diabetes. Gerade für Jugendliche sei das nicht immer leicht. Daher gebe es immer wieder junge Diabetiker, die ihre Blutzuckerwerte manipulierten. „Manche Patienten messen ihren Blutzucker direkt nach dem Händewaschen. Durch die Verdünnung mit Wasser erzielen sie einen niedrigeren Wert. Ich habe auch schon erlebt, dass der Blutzucker Spiegel eines Haustiers gemessen wurde, etwa des



Die Benutzeroberfläche zeigt angemessene

Kaninchens. Erst beim Vergleich mit dem Langzeitblutzuckerwert merken wir dann, dass hier etwas nicht stimmt“, so Bey.

Derartige Fälschungen kann „GlucoChat“ zwar nicht verhindern, aber es kann die Betreuung dort erleichtern, wo nicht unbedingt ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich ist. „Als es einmal nicht so gut lief, hat der Patient mir sein Blutzuckertagebuch geschickt und wir haben gemeinsam einige Veränderungen an seinem Insulinplan vorgenommen. Außerdem brauchte er für seinen Urlaub eine Bescheinigung, aus der hervorging, dass er sein Diabetes-Equipment mit ins Flugzeug nehmen dürfte“, sagt Bey. Alternativ hätte er zum Telefon greifen oder eine E-Mail schreiben müssen, wobei der Arzt nur verschlüsselt auf diese E-Mail hätte antworten dürfen.

Alle Angaben auf einen Blick

Einen Chat eröffnen kann nur der Arzt. Dazu muss er der careon GmbH zunächst eine beglaubigte Kopie seiner Approbationsurkunde vorlegen, um sich als Arzt zu authenti-

fizieren. Anschließend erhält er per Post eine Arzt-PIN zur Anmeldung und kann einen Chatraum anlegen. Danach hat er die Möglichkeit, Patienten per E-Mail einzuladen, am „GlucoChat“ teilzunehmen. Eine schriftliche Einwilligung des Patienten ist jedoch vorab nötig.

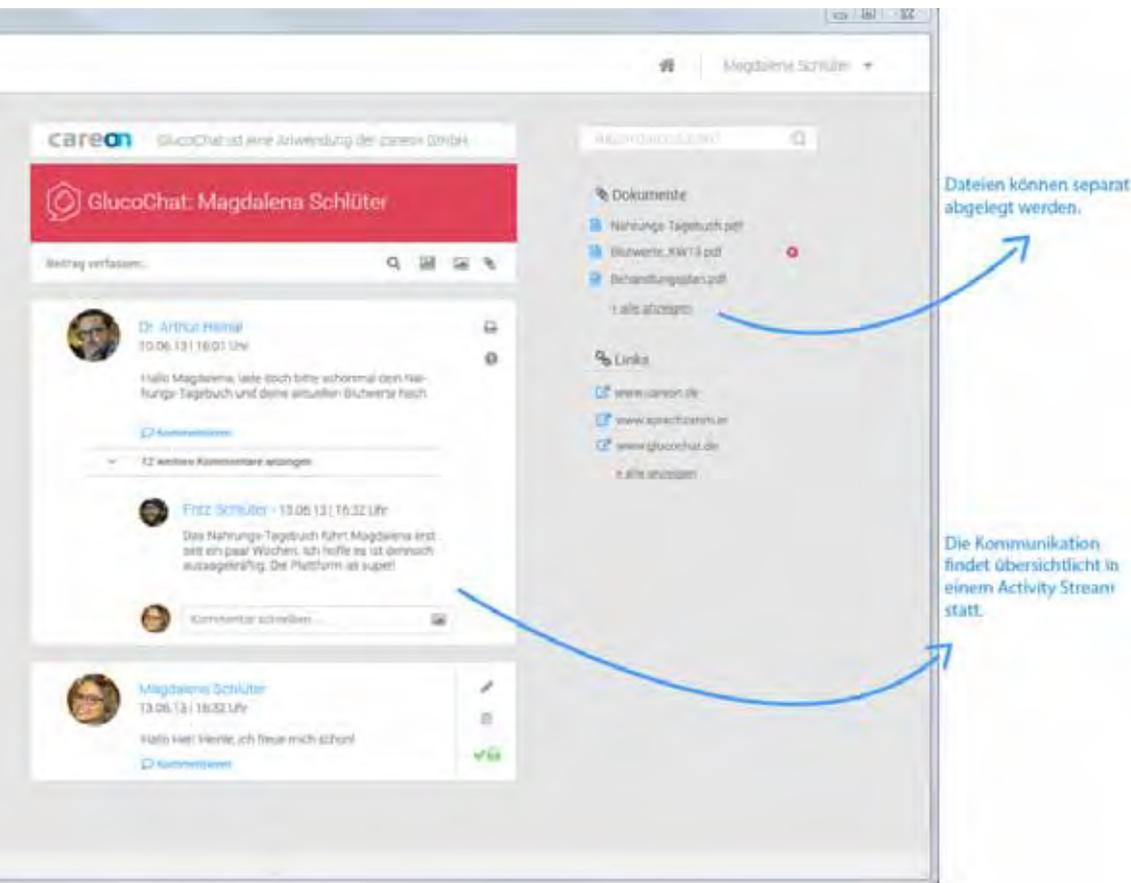
Aufgebaut ist der Chatraum ähnlich wie die bekannten Netzwerke Facebook oder Xing. Die Teilnehmer können ein Profilbild von sich hochladen und sehen ihre Kontakte auf einen Blick. Die Nachrichten werden chronologisch angezeigt – die aktuellste Meldung steht oben. Obwohl der Arzt den Chat einrichtet, ist die Kommunikation im Chat patientenzentriert. Das bedeutet, dass der Patient Inhalte löschen kann, wenn er dies möchte. Und er kann bestimmen, ob weitere Teilnehmer den Chatraum betreten dürfen, etwa Eltern, Psychologen, Ernährungsberater oder Lehrer.

Es besteht für das medizinische Personal aber auch die Möglichkeit, mit dem Patienten in einem separaten Chatraum zu kommunizieren. Das kann zum Beispiel dann sinnvoll sein, wenn die Beziehung zwischen dem Jugendlichen und seinem

Umfeld gerade konfliktgeladen ist, weiß Bey. Für ihn und den ersten Testkandidaten fällt die Bilanz nach den ersten Wochen jedenfalls positiv aus.

Zukunftspotential

Zunächst läuft das vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen geförderte Projekt noch bis Ende 2015. Doch die Projektbeteiligten haben schon Ideen, wie es danach weitergehen könnte. So wäre beispielsweise, immer unter Berücksichtigung des Datenschutzes, eine GlucoChat-Version für mobile Endgeräte wie Smartphones und Tablets denkbar.



und noch nicht bestätigte Kontakte, die Nachrichten der Teilnehmer sowie im Chatraum eingestellte Dokumente.

■ SIMONE HEIMANN

Bluthochdruck: Patienten suchen Rat

Fast 80 Zuhörer kamen Ende Juni zur zweiten Kooperationsveranstaltung von KV Nordrhein und Volkshochschule (VHS) in Köln. Über das Thema „Bluthochdruck“ informierten sich Patientinnen und Patienten im Rahmen der neuen Veranstaltungsreihe „Gesundheit im Gespräch“, die im „Forum Volkshochschule“ am Neumarkt stattfindet.

Neben den stets sehr gut besuchten Ratgeber-Veranstaltungen für Patienten in Düsseldorf, die von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein seit Jahren zusammen mit dem Medienpartner Rheinische Post angeboten werden, spricht die KV Nordrhein (KVNO) nun auch in Köln an Gesundheitsthemen Interessierte mit eigenen Veranstaltungen an – in der Domstadt in Zusammenarbeit mit der Volkshochschule. Beim zweiten KV-Gastspiel in Köln beschäftigten sich die Besucher in der

von KVNO-Sprecher Heiko Schmitz moderierten Veranstaltung mit dem Thema Bluthochdruck.

Die Botschaft von Ärztin, Sport- und Ernährungsmedizinerin Prof. Christine Graf (Deutsche Sporthochschule Köln) lautete: „Bewegung schützt vor nahezu allem: Herzinfarkten, Schlaganfällen, Demenz, Tumorerkrankungen,

Diabetes, Depression“. Sie ging insbesondere auf Ursachen und begünstigende Faktoren der Erkrankung ein – von den Erbanlagen bis zum Lebensstil. Eine zentrale Rolle spielten dabei zu wenig Bewegung, ungesunde Ernährung, Übergewicht und Stress. Wer Blut-

hochdruck vermeiden oder mit einem bereits vorhandenen Bluthochdruck gut leben können will, achtet auf sein Gewicht, moderaten Alkoholgenuß und regelmäßige körperliche Bewegung. Die Ärztin riet, Ausdauer- und Krafttraining in den Alltag so weit möglich zu integrieren und Spaß an der Bewegung zu haben. Ziel: fünf Mal wöchentlich 30 Minuten.

Bluthochdruck schmerzt nicht

Der Kölner Internist, Kardiologe und Sportmediziner Dr. Thomas Schramm wies in seinem Vortrag auf besondere Probleme bei Bluthochdruck hin: „Bluthochdruck tut nur selten weh, führt unbehandelt aber zu vielfältigen Erkrankungen. Permanent hohe Blutdruckwerte führen zu Schädigungen von Herz, Gefäßen und Organen wie Gehirn, Augen und Nieren.“ Eine lange Zeit bestehende Druckerhöhung führe auch zu Veränderungen der Gefäßwände, so dass sich dort Arteriosklerose leichter bilden kann.

Dauerhaft erhöhter Blutdruck ist Todesursache Nummer eins – weit vor dem Rauchen und hohen Cholesterinwerten. Vor der richtigen Empfehlung zur Therapie steht die Diagnostik mit der Anamnese und den klinischen Untersuchungen. In individueller Absprache mit jedem Patienten muss die beste Therapie für jeden einzelnen Betroffenen gefunden werden. Schramm appellierte an die Patienten, mit dem Arzt zu sprechen, wenn ein Arzneimittel nicht passt. „Setzen Sie nicht einfach ihre Medikamente ab, sprechen Sie mit Ihrem Arzt, es gibt immer eine Alternative.“ ■ IBO



Der Blutdruck lässt sich leicht messen. Doch die arterielle Hypertonie wird oft spät erkannt, weil sie anfangs kaum Beschwerden bereitet.

Aus dem Turm der Gesundheitsweisen

Alle zwei Jahre wieder legt der Sachverständigenrat Gesundheit sein Gutachten „zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen“ vor. So formuliert das Sozialgesetzbuch den Auftrag an die „Gesundheitsweisen“. Das aktuelle Gutachten wurde Ende Juni Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) überreicht.

Unter dem Titel „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ widmen sich die sieben Sachverständigen unter dem Vorsitz des Frankfurter Allgemeinmediziners Prof. Ferdinand Gerlach auf 629 Seiten einer breiten gesundheitspolitischen Themenpalette. Die Neuordnung der Arzneimittelversorgung und die verbesserte Regulierung von Medizinprodukten stehen dabei ebenso auf der Agenda des Rates wie Reformperspektiven für die Rehabilitation und die pflegerische Langzeitversorgung.

Für die niedergelassenen Haus- und Fachärzte von herausragendem Interesse ist der zweite Teil des Gutachtens mit der Überschrift „Bedarfsgerechte Versorgung aus der Perspektive ländlicher Regionen“. Dieser Teil nimmt die ambulante Versorgung in Stadt und Land in den Fokus.

(Haus-)Ärztmangel auf dem Land

Zentraler Befund des Gutachtens: Die ambulante Versorgung ist durch erhebliche Allokationsprobleme gekennzeichnet, die sich noch verschärfen werden. Konkret moniert der Rat die räumliche Fehlverteilung der Versorgungskapazitäten zwischen ländlichen und urbanen Regionen. Mit anderen Worten: Einer Unterversorgung auf dem Land steht nach Ansicht der Gesundheitsweisen eine teils ausgeprägte Überversorgung in vielen (Groß-)Städten entgegen.

Zudem kritisiert der Rat eine „mangelnde Ausgewogenheit des Verhältnisses von haus- und



fachärztlicher Versorgung“. Dieses Missverhältnis resultiere aus dem anhaltenden Trend zur Spezialisierung auf Kosten der primärärztlichen Versorgung. Es trägt maßgeblich dazu bei, dass der demographisch bedingte Bedarf an Hausärzten bei weitem nicht gedeckt werden kann. Lücken entstünden vor allem auf dem Land.

Vorschläge der Gesundheitsweisen

Folgt man der Argumentation der Gesundheitsweisen, so haben es die bislang von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bzw. von der gemeinsamen Selbstverwaltung ergriffenen Maßnahmen nicht vermocht, die (drohende) Unterversorgung in ländlichen Räumen zu verhindern. Daher fordern die Sachverständigen einschneidende Maßnahmen.

► Lesen Sie bitte weiter auf Seite 39:

Prof. Ferdinand M. Gerlach (r.), Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung im Gesundheitswesen, übergibt Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe das Gutachten der „Gesundheitsweisen“ über die Entwicklung der Versorgung in ländlichen Regionen.

KOMMENTAR: Fragwürdige Empfehlungen

Die Argumentation des Rates ist durchaus kritikwürdig: So irritiert etwa die reflexartige Betonung einer städtischen, fachärztlichen Überversorgung. Der Rat verweist zwar selbst auf die methodischen Unschärfen bei der Messung von Versorgungsbedarfen („Versorgungsgrade sind arbiträre Größen“). Dennoch beruft er sich auf jene historisch fortgeschriebenen Verhältniszahlen als Messlatte für eine mutmaßliche Überversorgung.

Dabei ist die massive Mitversorgung des jeweiligen Umlandes durch großstädtische Fachärzte evident: Ein Drittel aller Konsultationen in Kölner Facharztpraxen gilt Patienten mit Wohnsitz außerhalb Kölns. Es gibt also starke Hinweise darauf, dass diese Mitversorgungsfunktion der Zentren weit stärker ausfällt, als sie in den nach Siedlungsdichte differenzierten Verhältniszahlen berücksichtigt ist.

Somit relativiert sich der Befund einer städtischen Überversorgung ganz erheblich. Ganz zu schweigen von den veränderten Präferenzen der jungen Ärztegeneration (mehr Teilzeit, mehr Anstellungsverhältnisse, Wandel der Work-Life-Balance etc.) und deren Auswirkungen auf das effektive fachärztliche Versorgungsangebot. Manche nominelle „Überversorgung“ in unseren Zentren dürfte vor diesem Hintergrund schon heute nur noch auf dem Papier bestehen.

Die Idee des Rates, einer KV beim Unterschreiten eines bestimmten Versorgungsgrads den Sicherstellungsauftrag zu entziehen, scheint wenig durchdacht. Diese Empfehlung wird von dem fundamentalen Irrtum getragen, dass der Sicherstellungsauftrag beliebig teilbar sei: nach Fachgruppen, nach Regionen oder nach Trägern. Ein Wirrwarr konkurrierender Zuständigkei-

ten wäre in diesem Szenario programmiert. Ganz zu schweigen von der Frage, über welche grundsätzlich anderen Optionen Länder, Kommunen oder Krankenkassen verfügen sollten, um etwa die prekäre Nachwuchssituation bei den Hausärzten zu lösen.

Auffällig ist schließlich auch die Asymmetrie der Rats-Empfehlungen zwischen stationärem und ambulantem Sektor. Eine Asymmetrie, die der Rat

in der Vergangenheit unter dem Stichwort „Wettbewerb mit ungleichen Spießen“ stets gegeißelt hatte. Entgegen seiner bisherigen Linie schlägt der Rat nun vor, die Sicherstellungs-

zuschläge für Krankenhäuser auf dem Land sowie den Aufbau „Lokaler Gesundheitszentren“ in bzw. an den Krankenhäusern aus GKV- und Steuermitteln zu finanzieren. Im ambulanten Bereich hingegen sollen die Landarztpraxen durch einen internen Finanzausgleich gestützt werden, also zu Lasten der Gesamtvergütung und damit zu Lasten der Regelversorgung.

Zugespitzt wird diese Forderung noch durch die Empfehlung, zur Finanzierung des Landarztzuschlags einen Ausgleich zwischen den KV-Regionen aufzubauen. Dies wäre nicht nur eine Neuauflage des West-Ost-Transfers im System der ambulanten Vergütung. Die Empfehlung bedeutete auch das Aus für eine zentrale Forderung der beiden KVen in Nordrhein-Westfalen: nämlich endlich eine bundesweite Angleichung der Vergütung je Versicherten zu erreichen. ■ JOHANNES REIMANN



Johannes Reimann leitet das Referat Gesundheitspolitik der KV Nordrhein.

- **Landarztzuschlag:** Ein auf zehn Jahre garantierter Vergütungszuschlag von 50 Prozent auf alle ärztlichen Grundleistungen sowie auf Leistungen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Regionen, die von Unterversorgung bedroht sind. Dies betrifft Regionen, in denen der hausärztlicher Versorgungsgrad unter 90 Prozent liegt). Die Finanzierung des Zuschlags erfolgt aus der Gesamtvergütung der betreffenden KV-Region. Bei „Überforderung“ einzelner KVen soll ein überregionaler Ausgleichsmechanismus etabliert werden.
- **Pflicht zum „Praxisaufkauf“** durch die KV von Facharztpraxen in Planungsregionen mit einem Versorgungsgrad ab 200 Prozent (Ausnahme Psychotherapie). Danach müssten in Nordrhein aktuell 113 Facharzt-sitze „stillgelegt“ werden.
- **Übergang des Versorgungsauftrags:** Sinkt der Versorgungsgrad in einer Planungsregion bei Hausärzten oder der fachärztlichen Grundversorgung unter 75 Prozent, geht der Sicherstellungsauftrag an die Krankenkassen bzw. an das Land über. Zur Finanzierung der Versorgung in diesen Regionen ist eine überproportionale, das heißt eine um bis zu 100 Prozent erhöhte Bereinigung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vorgesehen.
- **Entlastung der Hausärzte durch Delegation und Substitution:** Besonders verbesserungswürdig aus Sicht des Rates ist die Kooperation mit anderen Gesundheitsberufen und die Nutzung telemedizinischer Anwendungen.
- **Gestaffelte Selbstbeteiligung bei Direktinanspruchnahme** der jeweils nächsten Versorgungsebene: Dadurch soll der ungesteuerte Zugang zu Fachärzten und Klinikambulanzen unterbunden und die Lotsenfunktion der Hausärzte gestärkt werden.
- **Stärkung der Allgemeinmedizin** durch ein vergütetes Pflichtquartal in der Allgemeinmedizin. Außerdem sollen weitere Lehrstühle für Allgemeinmedizin entstehen und die Weiterbildungsförderung reformiert und aufgestockt werden.
- **Entwicklung des ländlichen Krankenhauses** in Richtung eines „Lokalen Gesundheitszentrums“, mit dem Ziel die ambulante/vertragsärztliche und stationäre Versorgung auf dem Land unter einem (Krankenhaus-) Dach zu bündeln. ■ SIMONE GRIMMEISEN



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

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

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

Datenschutzbeauftragter für die Praxis

Wann muss überhaupt ein Datenschutzbeauftragter in der Arztpraxis bestellt werden? Auf diese Frage gibt es unterschiedliche Antworten. Die gängige Meinung besagt, dass dies erst notwendig wird, wenn in der Praxis mehr als neun Personen ständig personenbezogene Daten erheben, verarbeiten und nutzen.

Da alle Gesundheitsdaten als besonders schützenswert einzustufen sind, sollten Ärzte abgesehen vom „Muss“ überlegen, ob nicht unabhängig von der Zahl der Beschäftigten grundsätzlich eine Person damit beauftragt wird, sich um den Datenschutz zu „kümmern“. Das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) muss auch unabhängig von der Frage der Bestellung eines Datenschutzbeauftragten umgesetzt werden. Zudem besteht für die Arztpraxen eine Meldepflicht, die eine Praxis-EDV als „automatisiertes Verfahren“ zur Verarbeitung personenbezogener Daten einsetzen und keinen Datenschutzbeauftragten haben.

Qualifikationsanforderungen

Zu den Qualifikationsanforderungen besagt das BDSG, dass zum Datenschutzbeauftragten nur bestellt werden darf, „wer die zur Erfüllung seiner Aufgaben erforderliche Fachkunde und Zuverlässigkeit besitzt. Zur Fachkunde gehört jedoch nicht nur die Kenntnis des BDSG; der Datenschutzbeauftragte muss sich auch in Gesetzen wie dem Bürgerlichen

Gesetzbuch, dem Strafgesetzbuch oder dem Betriebsverfassungsgesetz auskennen. Zusätzlich sind bereichsspezifische Gesetze und Richtlinien wie das Sozialgesetzbuch, das Infektionsschutzgesetz sowie die (Muster-)Berufsordnung zu beachten.

Auch allgemeine IT-Kenntnisse sowie die Kenntnis des EDV-Systems müssen vorhanden sein. Hierzu gehören:

- Passwortschutz und Passwortrichtlinien
- Rechteverwaltung innerhalb des Netzwerkes sowie der Praxis-EDV
- Protokollierung von Vorgängen mittels Log-Files
- Datensicherungen
- Möglichkeiten der elektronische Datenübermittlung sowie Verschlüsselung der Daten.

Achtung: Zum Datenschutzbeauftragten darf nicht benannt werden, wer zur Geschäftsführung sowie zur EDV gehört, da hier leicht Interessenskonflikte entstehen können! Bis dato gibt es keine verbindlichen Regelungen, wie und wo diese Fachkunde zu erwerben ist und ob eine entsprechende Prüfung abzulegen ist. Theoretisch ist also auch ein reines Selbststudium denkbar. Hiervon ist indes schon aufgrund der Fülle der mitgeltenden Richtlinien und Gesetze abzuraten.

Stellung und Unterstützung

Der Datenschutzbeauftragte untersteht gemäß gesetzlicher Vorgaben direkt der Geschäftsführung und ist in der Ausübung seiner Fachkunde weisungsfrei. Weiterhin muss er durch die Geschäftsführung in der Ausübung seiner Aufgaben unterstützt werden.

Hierzu sind ihm zum einen die entsprechende Zeit sowie ein finanzieller Freiraum einzuräumen. Zum anderen müssen dem Datenschutzbeauftragten Dokumente zur Verfügung gestellt werden, aus welchen unter anderem hervor-

Datenschutz-Fortbildungen

Fortbildungen zum Erwerb der Fachkunde bieten Institutionen und Firmen an, zum Beispiel der TÜV oder das Unabhängige Landesdatenschutzzentrum Schleswig-Holstein in Kiel. Der Berufsverband der Datenschutzbeauftragten Deutschlands hat ein Berufsbild formuliert. Im Internet findet man viele Angaben zu entsprechender Fachliteratur. Einige Verlage bieten eine Kombination aus Nachschlagewerken und begleitenden Checklisten und Handlungshilfen an.

Eine Einführung in den Datenschutz bietet die Nordrheinische Akademie im Rahmen der Fortbildungen der Reihe Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement (PQR). Mehr Informationen hierzu finden Sie unter www.akademienordrhein.info | KV | 140840

geht, mit welchen Daten zu welchem Zweck gearbeitet wird, an welchen Stellen (und auch Geräten) die Daten verarbeitet werden und welche Sicherungsmaßnahmen bereits getroffen wurden.

Aufgaben

Die Aufgaben des Datenschutzbeauftragten sind im Bundesdatenschutzgesetz festgelegt. Hierzu gehören:

- Umsetzung / Einhaltung des BDSG und anderer Vorschriften über den Datenschutz
- Überwachung der ordnungsgemäßen Anwendung der Datenverarbeitungsprogramme (hier sind vor allem die technisch-organisatorischen Maßnahmen zu beachten)
- Schulung und Sensibilisierung der mit der Datenverarbeitung betrauten Beschäftigten
- Durchführung von Vorabkontrollen
- Durchführung von jährlichen Datenschutzaudits (empfohlen).

Weiterhin muss der Datenschutzbeauftragte auf Antrag ein sogenanntes „öffentliches Verzeichnis für jedermann“ erstellen. Der Aufbau und Inhalt dieses Verzeichnisses richtet sich nach den im Rahmen der Meldepflicht zu machenden Angaben. Hierzu gehören neben der Angabe der verantwortlichen Stelle auch Aussagen zur Art der personenbezogenen Daten, welche erhoben, verarbeitet und genutzt werden, sowie Angaben, welche Maßnahmen zum Schutz der Daten eingeführt und umgesetzt werden.

Lösungen

Grundsätzlich gibt es die Möglichkeit, zwischen der Bestellung eines internen und eines externen Datenschutzbeauftragten zu unterscheiden. Die Bestellung eines externen Datenschutzbeauftragten bringt folgende Vorteile mit sich:

- Der Erwerb der Fachkunde entfällt.
- Die betrieblichen Abläufe und umgesetzten Sicherheitsmaßnahmen werden objektiv durch einen Außenstehenden überprüft.

Allerdings sind auch folgende Nachteile nicht außer Acht zu lassen:

- Bei der Überwachung der EDV-Systeme besteht sehr schnell die Gefahr, dass eine „Offenbarung fremder Geheimnisse“ und somit auch eine Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht vorliegen.
- Der externe Datenschutzbeauftragte muss sich auf die Informationen verlassen, die ihm zur Verfügung gestellt



werden. Da hier die Gefahr besteht, dass diese Informationen nicht vollständig sind, ist es von großer Bedeutung, dass sich der Datenschutzbeauftragte im entsprechenden Fachbereich gut auskennt.

Auch bei der Bestellung eines internen Datenschutzbeauftragten sind Vor- und Nachteile gegeneinander abzuwägen. Vorteile sind:

- Der interne Datenschutzbeauftragte kennt die Strukturen der Praxis ebenso wie die Stärken und Schwächen der einzelnen Mitarbeiter.
- Da der interne Datenschutzbeauftragte in der Regel zu den ärztlichen Mitarbeitern gehört, besteht hier nicht die Gefahr der „Offenbarung fremder Geheimnisse“.
- Auftretende Fragen im Zusammenhang mit dem Datenschutz kann man „mal eben im Vorbeigehen“ behandeln.

Zu den Nachteilen gehören:

- der Erwerb der Fachkunde
- die für den Datenschutz notwendige Zeit, die der interne Datenschutzbeauftragte dann an anderer Stelle fehlt
- die fehlende Objektivität bei der Überprüfung der Einhaltung des BDSG.

In Bezug auf die Bestellung eines internen oder externen Datenschutzbeauftragten gibt es keine Pauschallösung, die für alle die richtige ist.

■ ANKE SONNEMANN | JOACHIM STRELECKI,
QUDAMED – QUALITÄTSMANAGEMENT UND DATENSCHUTZ-
DIENSTLEISTUNGEN IM MEDIZINISCHEN BEREICH

Bei uns werden Sie sicher fündig!

KVbörse

Von Praxisübernahme über
Kooperationen bis hin zu
medizinischen Geräten:

www.kvboerse.de



Neuer Hausarzt-Strukturvertrag

Seit Juli gibt es einen neuen Hausarzt-Strukturvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg. Im Juli und August gingen bei den Serviceteams der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein dazu viele Fragen ein.

Gilt der frühere Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung mit der AOK Rheinland/Hamburg und der SVLFG (ehemals LKK) ab 1. Juli 2014 weiter?

Nein. Diesen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b des Sozialgesetzbuchs V hat die AOK Rheinland/Hamburg wie auch die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) zum 30. Juni gekündigt.

Muss ich als Hausarzt eine Teilnahmeerklärung ausfüllen, um an dem neuen Strukturvertrag teilzunehmen?

Nein, Sie müssen keine Teilnahmeerklärung ausfüllen. Hausärzte nehmen durch Abrechnung der Symbolnummer 91324 an dem Vertrag teil. Sie müssen allerdings viermal jährlich an einem Qualitätszirkel teilnehmen.

Wer informiert die Patienten über den gekündigten HZV-Vertrag bzw. über den neuen Hausärzte-Strukturvertrag?

Die AOK Rheinland/Hamburg informiert ihre Versicherten über das Ende des Vertrages bzw. den neuen Hausärzte-Strukturvertrag.

Was muss ein Patient tun, um an dem Vertrag teilzunehmen?

Alle Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg, die an dem Strukturvertrag teilnehmen möchten, müssen dies erklären. Dafür gibt es eine Teilnahmeerklärung. Die vom Patienten unterschriebene Erklärung bleibt in der Praxis des behandelnden Arztes. Auf Wunsch des Patienten stellt die Praxis ihm eine Kopie der Erklärung

aus. Weitere Unterlagen erhält der Patient nicht. Wechselt der Patient den Hausarzt, muss er seine Teilnahme bei diesem erneut erklären.

Welche Symbolnummern kann der teilnehmende Hausarzt abrechnen? Wie erfolgt die Abrechnung durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein?

Der Hausarzt kennzeichnet die Behandlungsfälle lediglich mit der Symbolnummer 91324. Die KV Nordrhein setzt die zutreffenden Betreuungspauschalen automatisch zu, sofern eine entsprechend gesicherte Diagnose nach der Anlage 1 des Hausärzte-Strukturvertrag durch den Arzt kodiert wurde.

Welche Vergütung erhält der Hausarzt maximal pro eingeschriebenen Patienten?

Der Hausarzt erhält in Abhängigkeit von den kodierten Diagnosen einen Höchstbetrag 7,50 Euro je Behandlungsfall. Die Betreuungspauschalen können mehrfach je Behandlungsfall zugesetzt und miteinander kombiniert werden, maximal bis zu dem Höchstbetrag von 7,50 Euro. Die entsprechenden Ausschlussindikationen sind hierbei zu beachten.

Beispiel: Patient A (gekennzeichnet mit der Symbolnummer 91324) hat folgende gesicherte Diagnosen: E89.0 G, I20.8 G, F45.40 G, C77.0 G, I70.24 G. Dafür setzt die KV Nordrhein drei Mal die Betreuungspauschale 91320 und zwei Mal die Nummer 91321 zu. Aufgrund der Höchstgrenze in Höhe von 7,50 Euro erhält der Hausarzt für diesen Patienten 7,50 Euro.

Weitere Fragen und Antworten zu den Hausarzt-Verträgen finden Sie im Internet unter www.kvno.de
KV | 140843

Neue Organspende-Kampagne läuft

„Ich entscheide. Es tut gut, etwas geklärt zu haben.“ Mit diesem Slogan wirbt Schauspieler Klaus J. Behrendt alias Kommissar Max Bal-lauf aus dem Kölner Tatort für die Entscheidung zur Organspende. Behrendt ist einer von vielen prominenten Paten und Unterstützern der Organspende-Kampagne 2014, die das Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

gemeinsam mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) durchführt.

Die Kampagne soll dazu motivieren, sich über das Thema Organspende zu informieren und die persönliche Entscheidung in einem entsprechenden Ausweis zu dokumen-

tieren. „Jede Organspende kann Leben retten. Aber nur der Organspendeausweis schafft Klarheit, denn hier wird die persönliche Entscheidung festgehalten. Er gibt den Angehörigen die Gewissheit, in einer schwierigen Situation das Richtige zu tun“, erklärt dazu Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe.

Neben Großflächen-Plakaten und Zeitungsanzeigen bietet eine eigene Internetseite viele Infos zum Thema, unter anderem Reportagen von Menschen, für die das Thema Organspende zum Arbeitsalltag gehört, aber auch Geschichten von Spendern und Angehörigen und Interviews mit den prominenten Kampagnenunterstützern – darunter auch Komiker und Schauspieler Ralf Schmitz und Moderator Markus Lanz. Soziale Medien wie Facebook, Twitter oder Youtube werden ebenfalls in die Kampagne mit eingebunden. ■ SIG

Weitere Infos: www.organspende-geschichten.de

KV | 140844



Alkohol-Entwöhnungsmittel: Nur ausnahmsweise

Die Arzneimittel-Richtlinie wurde in Anlage III um den Punkt Alkoholentwöhnungsmittel erweitert. Danach können Mittel zu diesem Zweck nur in Ausnahmefällen auf einem Kassenrezept verordnet werden und zwar:

- um die Aufrechterhaltung der Abstinenz bei alkoholkranken Patienten im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzepts mit begleitenden psychosozialen und soziotherapeutischen Maßnahmen zu unterstützen,
- um die Reduktion des Alkoholkonsums bei alkoholkranken Patienten zu unterstützen, die auf eine Abstinenztherapie hingeführt werden, für die aber entspre-

chende Therapiemöglichkeiten nicht zeitnah zur Verfügung stehen. Die Verordnung kann bis zu drei Monate erfolgen; in begründeten Ausnahmefällen kann sie um längstens weitere drei Monate verlängert werden. Die Einleitung darf nur durch in der Therapie der Alkoholabhängigkeit erfahrene Ärzte erfolgen.

Die Änderung der Arzneimittel-Richtlinie war nötig, um die Verordnungsfähigkeit des neuen Präparates Selincro (Wirkstoff Nalmefen) zu regeln. Nalmefen ist ein Opiodrezeptor-Antagonist und soll das Verlangen, Alkohol zu trinken, reduzieren. Nach Auskunft des Herstellers wird Selincro am 1. September in Deutschland eingeführt. ■ HON

Kreisstellen: Umzug in die Essener Innenstadt

Am 5. August 2014 sind die Kreisstellen Essen, Mülheim und Oberhausen der KV Nordrhein umgezogen. Die Telefonnummern haben sich nicht verändert. Die neue Anschrift lautet:

Lindenallee 29-41, 45127 Essen

Kreisstelle Essen

Simone Busbach 0201 3841 6112

Sabine Emmrich 0201 3841 6113

Kreisstelle Mülheim

Kerstin Aufermann 0201 3841 6116

Kreisstelle Oberhausen

Susann auf der Springe 0201 3841 6111

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Balintgruppe Brüggen
Kontakt Marlene Barghoorn
In der Haag 1-3
41379 Brüggen
Telefon 02163 578 433
Telefax 02163 519 776
E-Mail praxis.barghoorn@web.de
Ort Kreis Viersen
Jeden 1. Mittwoch
im Monat 15-16:30 Uhr

Thema Psychotherapie im Rahmen
sexualtherapeutischer
Problemfelder
Kontakt Dr. med. Matthias Lang
Hohenstauenring 57a
50674 Köln
Telefon 0221 5607 499
Telefax 0221 5607 498
E-Mail praxis@
dr-matthias-lang.de
Ort Kreis Köln

Thema Psychoanalytische und
tiefenpsychologische
Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapie
Kontakt Rosemarie Krienke
Gertrudisplatz 30
40229 Düsseldorf
Telefon 0211 5203 720
E-Mail rosemarie-krienke@web.de

Thema Ambulant-Stationärer
QZ Psychotherapie
Kontakt Dipl.-Psych.
Burkhard Ciupka-Schön
Sollbrüggenstraße 52
47800 Krefeld
Telefon 02151 782 575
E-Mail burkhard-ciupka-schoen@
web.de

Thema Gruppentherapie
Kontakt Dr. med. Agnes Friederici
Lommet 8
47929 Grefrath
Telefon 02158 2600
Telefax: 02158 911 571
E-Mail afrigref@web.de
Ort Kreis Viersen

Thema QZ Duisburg Süd
Kontakt Dipl.-Psych.
Maximilian Müller
Raiffeisenstraße 58
47259 Duisburg
Telefon 0170 2816046
E-Mail mmuellerddorf@
googlemail.com

Kontakt

Sabine Stromberg
Telefon 0211 6970 8149

Katharina Ernst
Telefon 0211 5970 8361

Telefax 0211 5970 8160
E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de

Asylbewerber: Eingeschränkte Leistungen

Im Zusammenhang mit der Behandlung von Asylbewerbern weisen wir noch einmal auf deren eingeschränkten Leistungsanspruch hin. Anders als Sozialhilfeempfänger (SGB XII), die gegenüber den Sozialämtern den gleichen Leistungsanspruch haben wie GKV-Versicherte, gewährt das Asylbewerberleistungsgesetz nur die Behandlung in Fällen akuter Erkrankungen und bei Schmerzzuständen.

Bezahlt wird von den Sozialämtern der Städte und Gemeinden, die für die Versorgung der Asylbewerber im Krankheitsfall zuständig sind, die in diesen Fällen erforderliche ärztliche und zahnärztliche Versorgung zur Genesung, Besserung oder Linderung von Krankheiten, inklusive der nötigen Arznei- und Verbandmittel. Das gilt auch bei Überweisungen. Problem: Für den zweiten Arzt ist der eingeschränkte Leistungsanspruch häufig nicht erkennbar, so dass die Patienten wie gesetzliche Versicherte behandelt werden.

Die Stadt Dormagen hat der KV Nordrhein im Namen der Sozialämter im Rhein-Kreis Neuss einen Vorschlag übermittelt, der das Problem

lösen könnte. Die Kommunen regen an, den Überweisungen eine Kopie der kommunalen Kostenzusicherung, also des Krankenscheins vom Sozialamt, hinzuzufügen. Damit wäre auch der zusätzlich konsultierte Arzt über den eingeschränkten Anspruch des zu Behandelnden informiert. Für die Kommunen gibt es dazu keine Alternative: Die Sozialämter im Rhein-Kreis wollen künftig sehr viel genauer kontrollieren, ob auf abgerechnete Leistungen tatsächlich ein Anspruch bestand.

Der Leistungsanspruch für Asylbewerber:

- notwendige, nicht aufschiebbare Behandlungen akuter Erkrankungen und Schmerzen
- Mutterschaftsvorsorgeleistungen
- Kinderfrüherkennungsuntersuchungen
- Schutzimpfungen
- Gesundheitsuntersuchungen

Wichtig: Die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln bedarf der vorherigen Zustimmung der Ausgabestelle des Krankenscheins. In Zweifelsfällen entscheidet der zuständige Amtsarzt über die Erforderlichkeit im Einzelfall.

■ KVNO

116 117 ist alleinige Notdienst-Rufnummer

Seit 1. Juli 2014 gilt in ganz Nordrhein-Westfalen ausschließlich die kostenfreie Notfalldienstnummer 116 117 (wir berichteten). Die kostenfreie Fax-Nummer für Sprach- und Hörgeschädigte lautet 0800 5 89 52 10. Im Internet-Angebot der KV Nordrhein finden Patienten ein Fax-Formular zum Herunterladen. Beide Nummern sind außerhalb der Praxisöffnungszeiten zu erreichen.

Fachärztliche Notdienste können die Patienten unter der 116 117 über die Arztrufzentrale er-

fragen. Die Rufnummern örtlicher Notdienstpraxen oder kinderärztlicher Notdienstpraxen erscheinen, wenn gewünscht, weiter in den Notdiensttribunen der örtlichen Zeitungen.

Die alte kostenpflichtige Rufnummer des ambulanten Notdienstes 0180 50 44 100 wurde im Juli abgeschaltet. Bis Ende des Jahres läuft noch eine Bandansage mit dem Hinweis auf die 116 117. Bitte denken Sie daran, auch Ihre Ansagen auf dem Praxis-Anrufbeantworter entsprechend zu ändern.

■ HAM

116 117

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

Der ärztliche
Bereitschaftsdienst
der Kassenärztlichen
Vereinigungen

Mitgliederversammlungen

22.10.2014 | 15.00 Uhr | Kreisstelle Oberhausen | Ev. Krankenhaus Oberhausen

Demenz: Therapiesicherheit und Patientenführung

Schwerpunkt einer weiteren Fortbildung zur Verordnungssicherheit ist der demente Patient. In vier Vorträgen informiert das IQN über die Herausforderungen an die Therapiesicherheit und Patientenführung. Themen sind: Wie werden dementiell erkrankte Patienten medikamentös behandelt und welche Medikamente sollten vermieden werden, welche Besonderheiten sind bei der Therapiesicherheit dementer und multimorbider Patienten zu beachten, und als weiterer Schwerpunkt, was braucht der demenzkranke Patient, welche fördernden Maßnahmen helfen im Alltag.

ZERTIFIZIERT | ■■■■ Punkte

Termin 24. September 2014
16 bis 19.30 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Info IQN
Telefon 0211 4302 2750
Anmeldung iqn@aekno.de
Fax 0211 4302 5751

Genese, Status Quo und Perspektive der ASV – Chancen und Risiken

Gemeinsam mit dem Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland informiert die KV Nordrhein über den neuen Versorgungsbereich Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV).

ZERTIFIZIERT | beantragt

Termin 1. Oktober 2014
16 bis 19 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Info KV Nordrhein
Ingrid Bollmann
Telefon 0211 5970 8281
Anmeldung anmeldung@kvno.de
Fax 0211 5970 9990

Therapiesymposium der Arzneimittelkommission

Das nächste Therapiesymposium der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft in Kooperation mit der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein findet in Düsseldorf statt. Als Themen sind geplant:

- Lipidwirksame Therapie zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen in den aktuellen Leitlinien
- Aktuelle Themen und interessante Fälle aus der Pharmakovigilanz
- Neue Arzneimittel 2013/2014 – eine kritische Bewertung

ZERTIFIZIERT | ■■■■ Punkte

Termin 8. Oktober 2014
15 bis 18 Uhr
Ort Ärztekammer Nordrhein
Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Info Karoline Luzar
Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft
Telefon 030 400 456 500
Telefax 030 400 456 555
E-Mail sekretariat@akdae.de

Veranstaltungen für Mitglieder

03.09.2014	Nordrheinische Akademie: „Demenzerkrankungen“, Köln
■ 03.09.2014	KV Nordrhein: „Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?“, Düsseldorf (Hausärzte) ausgebucht
11.09.2014	IQN/Nordrheinische Akademie: „Fehler“ brauchen „Kultur“, Düsseldorf
■ 12.09.2014	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf
17.09.2014	Nordrheinische Akademie: „Demenzerkrankungen“, Krefeld
■ 17.09.2014	KV Nordrhein: „Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?“, Düsseldorf (Hausärzte) ausgebucht
19.09.2014	Nordrheinische Akademie: Grundkurs „Moderatorenausbildung für Qualitätszirkel“, Düsseldorf
24.09.2014	IQN: „Der demente Patient – eine Herausforderung an die Therapiesicherheit und Patientenführung“, Düsseldorf
27.09.2014	IQN: „Reden Sie noch, oder kommunizieren Sie schon? – Empathische Kommunikation zwischen Arzt und Patienten“, Düsseldorf
27.09.2014	Nordrheinische Akademie: „Gesundheitsförderung und Prävention“, Düsseldorf
■ 08.10.2014	KV Nordrhein: „EBM-Grundlagen“, Köln
08.10.2014	Arzneimittelkommission/KV Nordrhein/Ärzttekammer Nordrhein: Therapiesymposium, Düsseldorf
11.-18.10.2014	Nordrheinische Akademie: 79. Fortbildungskongress, Norderney
■ 15.10.2014	KV Nordrhein: „Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?“, Köln (Fachärzte)

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

03.09.2014	Nordrheinische Akademie: „Demenzerkrankungen“, Köln
03.09.2014	IQN/Nordrheinische Akademie: „Diagnosekodierung in der Praxis“, Grundlagenwissen, Düsseldorf
05.09.2014	IQN/Nordrheinische Akademie: „Diagnosekodierung in der Praxis“, Aufbaukurs, Düsseldorf
17.09.2014	KV Nordrhein: Kurs für Wiedereinsteigerinnen (Teil 2), (Teilnahmevoraussetzung ist Teil 1), Düsseldorf
17.09.2014	Nordrheinische Akademie: „Demenzerkrankungen“, Krefeld
19.09.2014	KV Nordrhein: „Gemeinsam sind wir stark: Teamorientierung führt zum Erfolg“, Köln
24.09.2014	KV Nordrhein: „ICD-10-Kodierung“, Köln
01.10.2014	KV Nordrhein: „ICD-10-Kodierung“, Düsseldorf
01.10.2014	KV Nordrhein: Selbsthilfe-Unterstützung für Patient und Praxis. Schwerpunkt: Der ältere Patient, Eschweiler
10.10.2014	KV Nordrhein: „Der Weg zu mehr Gelassenheit – Umgang mit stressigen Situationen“, Düsseldorf

Veranstaltungen für Interessierte und Patienten

03.09.2014	KV Nordrhein/Rheinische Post: „Hitzefrei“ trotz Wechseljahre, Düsseldorf
22.09.2014	KV Nordrhein/Verbund Kath. Kliniken Düsseldorf/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“ 9 | 2014

■ Honorar

Förderungswürdige Leistungen

■ KVNO-Portal

Arznei-Informationsdienst online

■ Hygiene

Rechtliche Vorgaben für Praxen

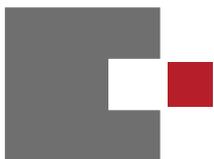
■ eHBA

Neue Anwendungen mit Mehrwert

**Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell
erscheint am 30. September 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