

Hintergrund

ASV | Aktueller Stand,
Probleme und Perspektiven

Schwerpunkt

Gesundheitsreform | Entwurf
mit wenig Licht und viel Schatten

Aktuell

Hepatitis C | Vertrag mit der
AOK bringt Geld und Sicherheit

Praxisinfo

Vertrag mit BKKen | Rheuma
früh erkennen und rasch reagieren



© fotolia-Syda Productions



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Entwurf GKV-VSG:
Viel Schatten, wenig Licht

Aktuell

- 6 Hepatitis-C-Vertrag
mit der AOK
- 9 Bundesweite
Famulaturbörse
- 10 Ab 2015 gilt nur
noch die eGK

Praxisinfo

- 12 Rheuma-Vertrag
mit den BKKen
- 12 Häusliche Krankenpflege
nach Klinikaufenthalt
- 13 QS-Vereinbarung
zur IVM
- 14 Krankengeld: Lückenlose
AU-Bescheinigung
- 14 Anleitung zur Freigabe
der Diagnosekorrekturen

- 14 IKK classic: Keine
Hautkrebsvorsorge für
unter 35-Jährige
- 14 EBM: Psychotherapie
in kleinen Gruppen
- 15 Ebola: Verhalten
bei Verdachtsfällen

Verordnungsinformation

- 16 Aut-idem-Austausch
eingeschränkt
- 16 Arznei- und Heilmittel-
vereinbarung 2014
- 17 Alte BtM-Rezepte noch
bis Jahresende gültig
- 17 Therapiepause und
Therapieunterbrechung
- 18 Nicht valvuläres
Vorhofflimmern: Neue
Antikoagulantien oder
Vitamin-K-Antagonisten?

Hintergrund

- 22 ASV: Status Quo, Probleme
und Perspektiven

Berichte

- 26 Interessenvertretung
in den KV-Gremien:
„Spaltung ist ein Irrweg“
- 30 Rund ums Recht:
Basiswissen Hausbesuche

Service

- 34 Der erweiterte Hausärzte-
Strukturvertrag
- 36 „Älter werden ist
nichts für Feiglinge“

In Kürze

- 37 Kodiertipps für Hausärzte
neu aufgelegt
- 37 Informationsbroschüre
zur vertraulichen Geburt
- 37 Qualitätszirkel suchen
Mitglieder



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

als „implausibles Wunschkonzert“ haben wir das seit Mitte Oktober als „Referentenentwurf“ vorliegende „GKV-Versorgungsstärkungsgesetz“ in einer Pressemeldung bezeichnet. Lange haben wir vermieden, durchsickernde Informationen zum Gesetz zu kommentieren – mit Ausnahme der Idee, Termin-Servicestellen einzurichten. Der Referentenentwurf aber wird wohl nahe dran sein am finalen Gesetz, in dem wir nicht nur die überflüssige wie bürokratische Regelung zur Terminvermittlung problematisch finden. Einiges ist mit Blick auf die beabsichtigte Sicherung und Verbesserung der Versorgung der Patienten schlicht nicht nachvollziehbar.

Zum Beispiel der geforderte Abbau von „Übersorgung“ im geänderten Paragraphen 103 des fünften Sozialgesetzbuchs. Aus der „Kann-Bestimmung“ zum Abbau von Übersorgung wird eine „Soll-Regelung“. Wenn wir wirklich Praxen oberhalb eines Versorgungsgrads von 110 Prozent aufkaufen müssten, stünden ersten Berechnungen zufolge nicht nur fast 3.000 Facharzt-, sondern auch über 300 Hausarztstühle in Nordrhein zur Disposition. Die Politik weigert sich weiterhin beharrlich, anzuerkennen, dass die Fachärzte in vermeintlich übersorgten Großstädten das ländlichere Umland zu einem erheblichen Teil mitversorgen. Vor diesem Hintergrund das Angebot zu verknappen und gleichzeitig zu fordern, die Wartezeiten zu verkürzen, ist grotesk. Fatal sind die Pläne der Bundesregierung

auch deshalb, weil sie ein völlig falsches Signal an junge Mediziner sendet, die wir verstärkt zur Niederlassung bewegen wollen.

Inakzeptabel ist auch der massive Eingriff des Gesetzgebers in die ärztliche Selbstverwaltung und ihre Strukturen. Die insbesondere in Paragraph 79 des fünften Sozialgesetzbuchs beschriebenen Änderungen betreffen direkt die Arbeit der KVen und ihrer Vertreterversammlungen – und belasten das Verhältnis von Haus- und Fachärzten. Man kann viel Kritik üben an den innerärztlichen Auseinandersetzungen der jüngeren Vergangenheit. Die im Gesetz deutlich erkennbare, einseitige Stärkung der Hausärzte und ihrer Interessenvertreter jedoch sorgt nicht für Ruhe, sondern nur für neuen Zündstoff – und ist aus unserer Sicht rechtlich fragwürdig. Die prinzipiell richtige Förderung der Hausärzte, auch in der Weiterbildung, bekommt durch die einseitige Benachteiligung der Fachärzte im Gesetzentwurf einen faden Beigeschmack.

Wir gehen davon aus, dass dieses Gesetz die Versorgung grundlegend verändern wird. Verbessern wird es sie nicht.

Herzliche Grüße

Dr. Peter Potthoff
Vorsitzender

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender

Viel Schatten, wenig Licht

Das erste Fazit fällt eher düster aus. Aus den Kassenärztlichen Vereinigungen ist viel Kritik an dem Referentenentwurf des GKV-Versorgungs-Stärkungsgesetzes (GKV-VSG) zu hören. Und tatsächlich: Massiver als kaum zuvor greift die Politik mit der „zweiten Stufe“ der Gesundheitsreform in die Strukturen der ambulanten Versorgung und in die Autonomie der ärztlichen Selbstverwaltung ein.

„Es wird mit diesem Gesetz nicht einfacher werden, die flächendeckende ambulante Versorgung auch in Zukunft zu sichern. Die Handlungsfähigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen wird alles andere als gefördert. Zudem wird zusätzliche Bürokratie etabliert“, kritisiert der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. med. Andreas Gassen. Wann die Reform in Kraft tritt, steht noch nicht fest; voraussichtlich im Frühjahr 2015. Wir stellen Ihnen die wichtigsten Punkte des Gesetzentwurfes vor.

„Vier-Wochen-Garantie“ kommt

Gesundheitsminister Hermann Gröhe macht mit der Termingarantie bei Facharztterminen ernst.

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) müssen innerhalb von sechs Monaten „Terminservicestellen“ einrichten. Diese sollen Patienten mit einer Facharzt-Überweisung innerhalb der nächsten vier Wochen einen Termin beim Facharzt vermitteln.
- Für die Terminvermittlung bei Augen-, Frauen- und Kinderärzten ist keine Überweisung nötig. Zudem sieht der Entwurf vor, dass der Weg zum Facharzt „zumutbar“ sein muss.
- Scheitert die Terminvermittlung innerhalb der Vier-Wochen-Frist, muss die Servicestelle den Patienten einen Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anbieten. Es sei denn, die Behandlung ist aus medizinischen Gründen „nicht

erforderlich“. Zu bezahlen ist die Versorgung durch das Krankenhaus aus der vertragsärztlichen Vergütung.

- Die Wahlfreiheit der Patienten bleibt unangetastet; das heißt, die vermittelten Termine können die Patienten jederzeit absagen.

Die Umsetzung der Regeln mit ihren vielen unbestimmten Rechtsbegriffen wirft eine Fülle von Fragen auf. Etwa zum Datenschutz: Wie soll der Patient gegenüber der Servicestelle den Nachweis einer gültigen Überweisung erbringen?

Eingriffe in die KV-Strukturen

Weitgehende Eingriffe plant die Politik auch in die Strukturen und Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung.

- Der Referentenentwurf sieht vor, dass in den Vertreterversammlungen der KVen über Belange der Hausärzte nur hausärztliche Delegierte und über Belange der Fachärzte nur fachärztliche Delegierte abstimmen dürfen.
- Bei gemeinsamen Abstimmungen durch das Plenum der Vertreterversammlung ist durch Gewichtung der Stimmen Parität zwischen haus- und fachärztlichen Mandaten herzustellen.
- In den Satzungen von KBV und KVen ist näheres zur Abgrenzung der Bereiche und zur Stimmgewichtung zu regeln.
- Gleichzeitig fordert der Entwurf eine noch konsequentere Trennung bzw. die getrennt-

te Weiterentwicklung der haus- und fachärztlichen Honoraranteile.

Praxisaufkauf und Krankenhausöffnung

Auch im Bereich der Sicherstellung wird der Gesetzgeber aktiv:

- Verzicht auf die Ausschreibung einer Praxis bei „Übersorgung“: Die bisherige „Kann-Regelung“ wird in eine „Soll-Regelung“ überführt.
- Die Praxisübernahme durch Angestellte oder Partner wird erschwert: Die Praxis muss vor einer Übergabe künftig mindestens drei Jahre lang gemeinschaftlich betrieben worden sein. Bisher konnte die drohende Stilllegung einer Praxis durch kurzfristige Hinzunahme eines Angestellten oder Partners verhindert werden.
- Künftig ist es möglich, auch arztgruppen-gleiche Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen.
- Zusätzlich zu den MVZ, die die Kommunen schon heute zur Sicherstellung betreiben können, sind MVZ künftig auch als kommunale Eigenbetriebe möglich – ohne KV-Zustimmung.
- Die Mittel der KV-Strukturfonds zur Finanzierung von Fördermaßnahmen in unterversorgten Gebieten können flächendeckend und nicht nur in unterversorgten Regionen eingesetzt werden.
- Krankenhäuser sind künftig zwingend zur ambulanten Behandlung zu ermächtigen, sobald der Landesausschuss einen (lokalen) Versorgungsbedarf festgestellt hat. Bisher lag die Erteilung der Ermächtigung im Ermessen des Zulassungsausschusses.
- Die KV soll nun verstärkt prüfen, ob die sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsaufträge ihrem Umfang nach auch tatsächlich erfüllt werden. Bei Verstößen folgen Sanktionen. Im Klartext: Wer nicht im üblichen Rahmen einer ganzen bzw. halben Zulassung tätig ist, muss mit Konsequenzen rechnen. Die Regelung steht ausdrücklich im Zusammenhang mit dem Ziel der Politik, Wartezeiten zu verkürzen.



Vergütung und Delegation

Von den Bestimmungen zur Vergütung könnten die Praxen in Nordrhein profitieren.

- KVen mit einer unterdurchschnittlichen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), darunter Nordrhein, können laut Entwurf auf eine einmalige basiswirksame Anpassung der MGV auf den Bundesschnitt hoffen. Hierzu muss die betroffene KV aber zunächst an Hand mehrerer Kriterien belegen, dass sie in der Vergangenheit zu wenig Geld bekommen hat. Einigen sich Kassen und KVen nicht, entscheidet das Schiedsamt.
- Bei der Honorierung delegationsfähiger Leistungen sollen die bisherigen Beschränkungen – Delegation nur durch Hausärzte und nur bei Unterversorgung – entfallen. Die delegierte Leistung ist zudem nicht mehr auf die „Häuslichkeit des Patienten“ beschränkt, sondern kann auch in der Praxis erbracht werden.
- Für anerkannte Praxisnetze muss die KV künftig „gesonderte Vergütungsregelungen“ vorsehen. Denkbar sind etwa eigene „Netz-Budgets“.

Selektivverträge und Co.

„Hausarztverträge“ sollen ausgebaut werden. Die KVen erhalten bei den „besonderen Versorgungsformen“ wie Integrationsverträge mehr Möglichkeiten.

Über den Gesetzentwurf sollte Gesundheitsminister Gröhe noch einmal nachdenken. Wenn die KVen Praxen in „überversorgten Gebieten“ aufkaufen müssten, stünden in Nordrhein fast 3.000 Facharzt- und über 300 Hausarzt-sitze zur Disposition – gleichzeitig plant der Gesetzgeber eine Garantie für schnellere Termine beim Facharzt.

- Der Abschluss von „Hausarztverträgen“ nach § 73b des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) soll weiter erleichtert werden. Dazu wird das Verfahren der Honorarvereinbarung vereinfacht. Außerdem können in den Hausarztverträgen Leistungen vereinbart werden, die das Spektrum der Regelversorgung überschreiten.
- Mit Ausnahme der Hausarztverträge nach § 73b kann die KV künftig in allen besonderen Versorgungsformen Vertragspartner werden. Die bisher getrennten Vorschriften für die „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ (§ 73c SGB V) und die „Integrierte Versorgung“ (§ 140a SGB V) werden in dem neu formulierten Paragraphen 140a („Besondere Versorgung“) zusammengefasst und vereinheitlicht.
- Mit einem Innovationsfonds in Höhe von 300 Millionen Euro sollen neue und sektorübergreifende Versorgungsformen sowie Projekte zur Versorgungsforschung gefördert werden. Der Fonds wird beim Gemeinsamen Bundesausschuss eingerichtet und aus dem Gesundheitsfonds gespeist.
- Es sind künftig weitere Disease-Management-Programme (DMP) einzuführen, besonders für die Indikation Rückenleiden und Depression.

Weitere Änderungen

Darüber hinaus setzt der Entwurf weitere Vereinbarungen aus dem Koalitionsvertrag um:

- Die Psychotherapierichtlinie ist zu überarbeiten – mit dem Ziel flexiblerer Therapieformen (Einführung psychotherapeutischer Sprechstunden, Förderung von Gruppentherapien) und eines erleichterten Zugangs zur Psychotherapie (vereinfachtes Antrags- und Gutachterverfahren).
- Die Anzahl der geförderten Weiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin soll auf mindestens 7.500 aufgestockt werden (2012 wurden bundesweit ca. 3.800 Ärzte gefördert). Zudem sind die Förderbeträge auf „die im Krankenhaus übliche Vergütung“ anzuheben. Die geschätzten Mehr-

ausgaben für KVen und Kassen belaufen sich auf bis zu 30 Millionen Euro jährlich.

- Die KVen behalten den Sicherstellungsauftrag für den Notdienst, sollen dabei aber künftig (enger) mit den Krankenhäusern und den Rettungsleitstellen der Länder sowie den Landesapothekerkammern kooperieren.
- Im Rahmen einer Überarbeitung der Wirtschaftlichkeitsprüfung entfällt die Richtgrößenprüfung als gesetzlich vorgegebene Prüfmethode. Freilich bleibt es ohne Einschränkung bei der Verpflichtung, die Wirtschaftlichkeit ärztlicher Behandlungen und Verordnungen zu prüfen und Verstöße zu ahnden! Die Regelungszuständigkeit verlagert sich allerdings vom Bundesgesetzgeber auf die Selbstverwaltung von KVen und Kassen auf der Länderebene.
- Bei elektiven Eingriffen haben die GKV-Versicherten künftig Anspruch auf eine Zweitmeinung. Hierfür sollen die erforderlichen Mittel zusätzlich von der GKV bereitgestellt werden.
- Zur Verbesserung der Versorgungskontinuität wird das Entlassmanagement durch die Krankenhäuser erweitert. Sie erhalten unter anderem ein eingeschränktes Verordnungsrecht, das auf die kleinste Arzneimittelpackung beschränkt ist.

Fazit: Mit dem GKV-Versorgungsgesetz hat die schwarz-rote Bundesregierung einen Gesetzentwurf vorgelegt, der die ambulante Versorgung auch in Nordrhein erheblich verändern wird. Angesichts der komfortablen Mehrheit der Großen Koalition sind substantielle Veränderungen im Verlauf der parlamentarischen Beratungen nicht zu erwarten.

Ob die harsche Kritik aus den Reihen der Ärzte den Parlamentariern doch noch Anlass bietet, Teile des Entwurfs kritisch zu überdenken, bleibt abzuwarten. Dies gilt besonders für den erkennbaren Widerspruch zwischen dem Ziel möglichst kurzer Wartezeiten und der Absicht, im Kampf gegen eine vermeintliche Überversorgung bundesweit tausende Praxen stillzulegen.

■ SIMONE GRIMMEISEN

- 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**

Hepatitis-C-Infizierte besser versorgen

Mit der Zulassung neuer Wirkstoffe hat sich das Therapiespektrum für Hepatitis-C-Patienten erheblich erweitert. Ein neuer Vertrag trägt dazu bei, die medikamentöse Versorgung der Patienten durch entsprechend qualifizierte Vertragsärzte zu sichern. Geschlossen haben ihn die AOK Rheinland/Hamburg und die KV Nordrhein gemeinsam mit dem Berufsverband Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands (bng) und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter e. V. (dagnä). Der Vertrag startet am 1. November 2014 und gilt unbefristet.



Eine gute Nachricht für die infizierten Patienten: Hepatitis C ist heilbar. Doch die neuen Therapien sind teuer. Der Vertrag mit der AOK gibt den Ärzten mehr Behandlungssicherheit.

Die Leistungen des Vertrages bezahlt die AOK extrabudgetär. Ärzte erhalten 80 Euro Betreuungspauschale pro teilnehmendem Patient und Quartal. Mit 35 Euro vergütet wird die Durchführung eines Zweitmeinungsverfahrens, das vor allem dann eingeleitet werden sollte, wenn die medizinische Lage nicht eindeutig ist. Hiermit wird eine Verordnungssicherheit für den behandelnden Hepatologen gewährleistet.

Zur Behandlung der chronischen HCV-Infektion sollen die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine am individuellen Krankheitsverlauf abgestimmte und qualitätsgesicherte Behandlung durch erfahrene

Ärzte etabliert werden. Dabei soll besonders der medizinische und pharmakologische Fortschritt berücksichtigt werden.

Medikamentöse Therapie

In diesem Jahr gab es erhebliche Fortschritte. So wurden zum Beispiel der Polymerase-Hemmer Sofosbuvir, der HCV-Proteasehemmer Simeprevir und der Hemmstoff des Nicht-Strukturproteins 5A Daclatasvir zugelassen. Alle Präparate führen im kombinierten Einsatz mit weiteren Medikamenten zu hohen Heilungsraten. Für diese Wirkstoffe wurden auch Peg-Interferon-freie Behandlungsschemata entwickelt, die viele Patienten deutlich besser vertragen.

Der Einsatz hat jedoch seinen Preis: Für eine zwölfwöchige Therapie fallen derzeit zum Beispiel allein für den kostenintensivsten Wirkstoff Sofosbuvir Kosten von rund 60.000 Euro an, Simeprevir und Daclatasvir sind nicht wesentlich günstiger. „Eine interferonfreie Therapie der chronischen Hepatitis C kostet je nach Therapie und Dauer derzeit 100.000 bis 200.000 Euro“, sagt der Gastroenterologe Dr. Stefan Mauss, hepatologischer Sprecher des bng.

Im Vertrag ist geregelt, dass die verordneten Arzneimittel zur antiviralen Therapie der chro-

► WEITER AUF SEITE 8

Hepatitis-C-Strukturvertrag

Ziel und Laufzeit

- Eine abgestimmte und qualitätsgesicherte Behandlung Hepatitis-C-Infizierter
- Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse durch in der Therapie erfahrene Ärzte und des medizinischen/pharmakologischen Fortschritts bei der Behandlung chronisch Hepatitis-C-Infizierter
- Der Vertrag startet am 1. November 2014 und gilt unbefristet

Teilnahme der Ärzte

Um am Vertrag teilzunehmen ist ein Antrag zu stellen. Teilnehmen können Ärzte

- mit der Facharztbezeichnung Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie oder
- mit der Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids oder
- mit der Zusatzbezeichnung „Infektiologie (LÄK oder DGI)“ oder
- mit der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung (BÄK)“

Es sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Betreuung von mehr als 25 HCV-Patienten pro Kalenderjahr (Jahre 2012 und 2013) und
- Nachweis der selbständigen Therapie der chronischen Hepatitis C bei mindestens jeweils 10 unterschiedlichen Patienten pro Kalenderjahr (Jahre 2011 und 2012) und
- Nachweis über Fortbildungen (30 CME-Punkte) im Bereich Infektiologie/Hepatologie in den letzten 3 Jahren vor Teilnahme und ab Vertragsteilnahme jährlich 10 CME-Punkte sowie die Verpflichtung zweimal jährlich an einem Qualitätszirkel teilzunehmen mit dem Ziel des kontinuierlichen Austausches über die Inhalte dieses Vertrages und
- Vorhandensein eines Gerätes für Abdomensonographie/Nachweis einer Kooperation

Teilnahme der Patienten

Teilnehmen können alle bei der AOK Rheinland/Hamburg versicherten Patienten mit Wohnort in Nordrhein. Voraussetzung ist, dass diese an chronischer Hepatitis C erkrankt sind und eine gesicherte Diagnose gemäß ICD-10 GM vorliegt. Außerdem muss der Patient dazu in der Lage sein, den mit dem behandelnden Arzt abgestimmten Therapieplan zu befolgen. Die Teilnahme an diesem Vertrag erklärt der Patient durch Abgabe der Teilnahmeerklärung gegenüber dem Arzt. Die unterschriebenen Teilnahmeerklärungen senden Sie bitte am Ende des jeweiligen Quartals gesammelt an die für Sie zuständige Bezirksstelle:

Bezirksstelle Düsseldorf | 40182 Düsseldorf

Bezirksstelle Köln | Sedanstraße 10-16 | 50668 Köln

Die Teilnahmeerklärungen können Sie wie gewohnt über den Formularversand in Krefeld beziehen.

Abrechnung und Vergütung

Die Leistungen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Leistung	SNR	Vergütung
Betreuungspauschale je Quartal für Patienten mit einer chronischen Hepatitis C- Infektion (gesicherte Diagnose)	91780	80 Euro
Durchführung eines Zweitmeinungsverfahrens (einschließlich Gutachtenerstellung) einmalig	91781	35 Euro

Die im Rahmen der antiviralen Therapie der chronischen Hepatitis C erforderlichen Arzneimittel kennzeichnen Sie bitte mit der Symbolnummer 90904, damit sie als Praxisbesonderheit berücksichtigt werden können.

Weitere Informationen zu dem Vertrag sowie die Anlagen finden Sie unter www.kvno.de ▶ Praxis ▶ Verträge

nischen Hepatitis C als Praxisbesonderheit berücksichtigt (Symbolnummer: 90904) werden. Dabei gelten für die Verordnung die Empfehlungen des bng und der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) – mit gewissen Einschränkungen. Abweichend zu deren aktuellen Therapieempfehlungen müssen teilnehmende Ärzte die Konstellationen berücksichtigen, für die der Gemeinsame Bundesausschuss keinen Zusatznutzen festgestellt hat. Das ist zum Beispiel der Fall bei therapieerfahrenen HIV-negativen Patienten mit dem Genotyp 1, beim Einsatz von Sofosbuvir in Kombination mit Peginterferon alfa und Ribavirin.

Was sind die Vorteile des Vertrages? „Die höhere Behandlungssicherheit für alle Beteiligten und die zielgerechte Verwendung finanzieller Ressourcen angesichts der maßlosen Preisgestaltung der Arzneimittelhersteller“,

sagt Dr. Arno Theilmeier, Vorsitzender des bng in Nordrhein.

Teilnehmen können Internisten mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie, Ärzte mit der Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/AIDS, Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Infektiologie“ oder Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Suchtmedizinische Grundversorgung“. Wer teilnehmen möchte, muss eine Teilnahmeerklärung an die KV Nordrhein senden.

Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg können an diesem Vertrag teilnehmen, wenn sie an chronischer Hepatitis C erkrankt sind und eine entsprechend gesicherte Diagnose kodiert wurde. Auch hier ist eine Teilnahmeerklärung nötig, die die teilnehmende Praxis annimmt.

■ FRANK NAUNDORF

Mehr Infos unter www.kvno.de

Stichwort: Hepatitis C

Hepatitis C ist eine durch das Hepatitis-C-Virus verursachte Infektionskrankheit. Sie zeichnet sich durch eine hohe Rate der Chronifizierung aus (bis 80 Prozent), die im Verlauf zu schweren Leberschädigungen wie der Leberzirrhose und dem Leberzellkarzinom führen kann. Die Übertragung erfolgt parenteral über Blut. Weltweit sind etwa 170 Millionen Menschen mit dem HC-Virus infiziert, in Deutschland sind 400.000 bis 500.000 Menschen davon betroffen.

Erreger der Hepatitis C ist das Hepatitis-C-Virus (HCV). Es ist ein RNA-Virus und gehört zur Gruppe der Flaviviridae. Beim Hepatitis-C-Virus sind sechs Genotypen und mehr als 100 verschiedene Subtypen bekannt. In Europa findet man vorwiegend die Genotypen 1, 2 und 3 und in Afrika Typ 4.

Die Übertragung des HCV erfolgt durch Blut und Körperflüssigkeiten. Mögliche Infektionswege sind der Kontakt mit Blut- und Blutprodukten (zum Beispiel Nadelstichverletzung), Geschlechtsverkehr und die perinatale Infektion des Neugeborenen. Die Gefährdung im Rahmen von Bluttransfusionen und Organtransplantationen konnte durch

die routinemäßige Testung der Spender massiv minimiert werden. Eine Mehrfachinfektion mit verschiedenen Subtypen ist möglich, eine einmalige Infektion schützt also nicht vor erneuter Infektion.

Eine wirksame Impfung gegen Hepatitis C gibt es bislang nicht. Die Behandlungsmöglichkeiten sind in den vergangenen Jahren deutlich besser geworden. So wurden in diesem Jahr mit Sofosbuvir, Simeprevir und Daclatasvir drei wirksame Substanzen mit hohen Heilungsraten zugelassen, die gezielt in den Stoffwechsel des Virus eingreifen – und weitere werden in naher Zukunft folgen. Die neuen Substanzen zur Behandlung der Hepatitis C führen aufgrund ihrer hohen Behandlungskosten zu gesundheitspolitischen Diskussionen. In den aktuellen Rahmenempfehlungen für das Arzneimittel-Ausgabenvolumen wurden die zusätzlichen Arzneimittelkosten für die Behandlung der Hepatitis C auf drei Prozent der Arzneimittelausgaben geschätzt. Hierfür haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband ein Sondervolumen vereinbart: Die neuen Substanzen sind nicht Gegenstand der Richtgrößenprüfung.

Mehr Infos beim Robert Koch-Institut unter www.rki.de | KV | 141108

Showtime für den Nachwuchs

Die beiden Kampagnen für die niedergelassenen Ärzte, Therapeuten und ihren viel umworbenen Nachwuchs nehmen zum Jahresende wieder Fahrt auf – und gehen im nächsten Jahr mit neuen Fotoshootings weiter. Neu ist auch eine Famulaturbörse, die ab Mitte November auf www.lass-dich-nieder.de bereitsteht. Studierende sollen dort deutschlandweit freie Plätze in den Praxen finden.

Unter <https://famulaturboerse.lass-dich-nieder.de/arzt/registrierung> können sich Ärzte registrieren. Dazu steht ein Onlineformular bereit, in das sie die Angaben zur angebotenen Famulatur schnell und unkompliziert eintragen können – unter anderem Name und Ort der Praxis sowie die Fachrichtung.

In der ab Mitte November geschalteten Börse können Studenten bundesweit eine für sie passende Famulaturpraxis finden. Die Börse ist ein weiterer Service im Rahmen der im Mai gestarteten Nachwuchskampagne. Die Aktion von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassenärztlichen Vereinigungen richtet sich an den medizinischen Nachwuchs, um mehr angehende Mediziner für die Arbeit im ambulanten Bereich zu gewinnen.

Größe und Großflächenplakate

Zum Start des Wintersemesters und kurz vor der zweiten Plakatwelle der Nachwuchs-Kampagne fand am 4. November auf dem Campus der Berliner Charité die Info-Veranstaltung „Fit für die Praxis?“ statt – mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe.

Zu Beginn des Wintersemesters erschienen unter anderem Großflächenplakate in den 37 Universitätsstädten mit medizinischer Fakultät. Flyer informieren über die unterschiedlichen Niederlassungsoptionen. Die KV Nordrhein wirbt am 13. November an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf in Kooperation

mit der Fachschaft und dem Institut für Allgemeinmedizin für die Niederlassung.

Im Februar 2015 findet ein weiteres Fotoshooting für die Nachwuchskampagne statt. Etablierte Ärzte und Therapeuten stehen dann am 27. und 28. Februar wieder vor der Kamera (siehe Kasten). Schon Ende September erhielten alle Praxen ein Infopaket mit neuen Materialien zur Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Mehr Infos unter www.ihre-aerzte.de und www.lass-dich-nieder.de

Kampagnengesichter gesucht

Niedergelassene Ärztinnen, Ärzte und Psychotherapeuten können sich bis 15. Januar 2015 um eine Teilnahme am nächsten Fotoshooting für die Image-Kampagne bewerben. Termin ist der 27. und 28. Februar 2015 in Frankfurt/Main. Es reicht eine Mail mit Foto und einigen Angaben (Name, Berufsbezeichnung inklusive Fachrichtung, Standort, Kontaktdaten und Alter) an kontakt@ihre-aerzte.de. Für das Shooting müssen Sie etwa zwei Stunden einplanen.



Ab 2015 gilt nur noch die eGK

Ab 1. Januar 2015 gilt für gesetzlich Versicherte bei einem Besuch von Arzt, Zahnarzt und Psychotherapeut nur noch die elektronische Gesundheitskarte (eGK) zur Inanspruchnahme von Leistungen. Die alte Krankenversichertenkarte (KVK) wird damit abgelöst und ungültig. Das aufgedruckte Gültigkeitsdatum hat dann keine Bedeutung mehr. Auf diese Regelung haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verständigt.



gen nach seinem Besuch die neue Gesundheitskarte nachreicht.

Die eGK gibt es auch ohne Foto

Die eGK gilt in den meisten Fällen nur mit einem aktuellen Lichtbild, auf dem der Versicherte eindeutig erkennbar ist. In bestimmten Fällen gilt die eGK jedoch auch ohne Foto. Kinder unter 15 Jahren bekommen von ihrer Krankenkasse beispielsweise eine eGK ohne Foto. Es kann aber durchaus vorkommen, dass auch bei Jugendlichen über 15 Jahren eine eGK ohne Foto ein gültiger Versichertennachweis ist. Grund: Bei Überschreiten der Altersgrenze ist ein Austausch der eGK aufgrund des nicht vorhandenen Lichtbildes von Seiten der Krankenkassen nicht vorgesehen. Personen, die kein aktuelles Foto von sich machen lassen können – etwa bettlägerige Versicherte – erhalten ebenfalls eine elektronische Gesundheitskarte ohne Bild.

Was zu tun ist, wenn Patienten die Gesundheitskarte ohne Foto oder gar die alte Chipkarte nach dem 1. Januar 2015 vorlegen, haben wir anhand einiger Fallspiele für Sie zusammengestellt.

Der Patient legt ab dem 1. Januar die eGK ohne Lichtbild vor.

In diesem Fall prüft das Praxisteam die Identität des Versicherten anhand des Alters

Ab 1. Januar 2015 gilt nur noch die elektronische Gesundheitskarte. Die gibt es zum Teil auch ohne Foto.
Mehr Infos zum Thema finden Sie unter www.kbv.de

Trotzdem dürften ab 1. Januar 2015 noch Patienten die alte Chipkarte vorlegen. Das kann aus gutem Grund geschehen: Bei den sonstigen Kostenträgern wie zum Beispiel der Heilfürsorge oder im Rahmen der Privatversicherung gibt es weiterhin Krankenversichertenkarten – und diese bleiben auch gültig.

Andere Patienten verwenden vielleicht fälschlicherweise noch die alte Karte, obwohl sie bereits im Besitz einer neuen Karte sind. Dann kann der Arzt eine Privatvergütung verlangen, falls der Patient nicht innerhalb von zehn Ta-

und des Geschlechts. Stimmen die Merkmale überein, darf die Karte eingelesen werden. Der Patient darf Leistungen im Rahmen der GKV in Anspruch nehmen.

Die Gesundheitskarte kann nicht eingelesen werden, etwa aufgrund eines defekten Lesegerätes, weil sie im Rahmen einer Notfallbehandlung nicht mitgeführt wird oder weil der Patient nur einen Berechtigungsnachweis seiner Krankenkasse vorlegt.

In diesen Fällen nimmt die Praxis den Patienten im Ersatzverfahren. Durch seine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein bestätigt der Patient, dass er Mitglied der Krankenkasse ist.

Ersatzverfahren

Wenn die eGK nicht verwendet werden kann, nutzt der Arzt oder Psychotherapeut das Ersatzverfahren. Das ist der Fall, wenn:

- der Versicherte die Krankenkasse oder die Versichertenart gewechselt hat, aber noch die alte Karte vorlegt
- die Karte, das Kartenterminal oder der Drucker defekt ist
- für Hausbesuche kein mobiles Kartenlesegerät zur Verfügung steht und keine in der Praxis vorgefertigten Formulare verwendet werden können
- bei der Behandlung von Notfällen keine eGK vorgelegt werden kann.

Für die Vordrucke, etwa für Rezepte und die Abrechnung, werden im Ersatzverfahren folgende Daten benötigt:

- Krankenkasse, Name, Geburtsname und Postleitzahl des Versicherten
- Versichertenart (Mitglied, Familienversicherter, Rentner)
- nach Möglichkeit Krankenversicherungsnummer

Der Patient legt ab 1. Januar 2015 eine eGK mit Lichtbild vor, auf der er nicht eindeutig identifizierbar ist.

Lässt sich der Versicherte dem Bild auf der Karte nicht eindeutig zuordnen, darf die Praxis die Karte nicht einlesen. Legt der Patient innerhalb von zehn Tagen keine gültige Karte vor, auf der er eindeutig identifizierbar ist, kann der Arzt oder Psychotherapeut eine Privatrechnung für die Behandlung ausstellen. Die Kosten muss er aber zurückzahlen, wenn der Versicherte eine gültige Chipkarte oder einen Berechtigungsnachweis der Kasse bis zum Quartalsende nachreicht.

Legt der Patient eine Karte vor, bei der das Praxisteam nicht erkennen kann, dass die Karte falsch ist oder missbräuchlich verwendet wird, darf die Praxis die Karte einlesen. Die Kasse haftet für die Honorierung. Beim Verdacht auf Missbrauch ist die Praxis berechtigt, die Karte einzuziehen und die zuständige Krankenkasse zu informieren.

■ SIMONE HEIMANN



Dieser Ausgabe von KVNO aktuell liegt ein Plakat für die Praxis bei, das darauf hinweist, dass ab 1. Januar 2015 nur noch die eGK gilt. Wenn Sie mehr Plakate benötigen, können Sie es auf unserer Internetseite herunterladen oder bei uns anfordern. Bestelladresse: E-Mail: bestellung.koeln@kvno.de Telefax: 0221 7763 6266, Download: www.kvno.de KV 141111

Personalienfeld korrekt bedrucken

Im Zuge der Umstellung bezüglich der Datenverarbeitung von den Formaten der alten KVK auf die Formate der eGK wurde das Personalienfeld auf Überweisungsscheinen und anderen Formularen bereits zum 1. Oktober 2014 leicht geändert. Leider werden laut KBV immer noch zahlreiche Formulare mit veralteten Bedruckungsvorgaben für das Personalienfeld ausgestellt, da Ärzte und Psychotherapeuten ihre Praxisverwaltungssysteme nicht rechtzeitig aktualisiert haben.

Diese fehlerhafte Bedruckung entspricht nicht den Vorgaben des Bundesmantelvertrags und führt zu Problemen weiterverarbeitenden Stellen wie Laboren und Apothekenrechenzentren. Daher weist die KBV noch einmal darauf hin, dass für die Bedruckung des Personalienfeldes die Schriftart Courier beziehungsweise Courier New verwendet werden muss. Die Zeichendichte ist mit 10 Zeichen/Zoll definiert, das entspricht der Schriftgröße 12.

Rheuma-Vertrag mit den BKKen

Zum 1. November 2014 hat die KV Nordrhein in Abstimmung mit dem nordrheinischen Berufsverband der internistischen Rheumatologen einen Vertrag zur Behandlung von Rheuma-Patienten mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen abgeschlossen. Der Vertrag gilt für Versicherte mit den gesicherten Diagnosen:

- rheumatoide Arthritis
- Spondyloarthritis und für
- Systemkrankheiten des Bindegewebes

Ziele dieses Vertrages sind:

- frühzeitige Identifikation des Patienten durch den ihn betreuenden Hausarzt
- internistischen Rheumatologen einbinden
- Arbeitsunfähigkeitszeiten reduzieren
- dauerhafte Erwerbsfähigkeit sichern
- weniger stationäre Behandlungen
- frühzeitige Einleitung von Rehabilitation
- verminderte Folgekosten in der Langzeitbehandlung sowie
- eine höhere Lebensqualität und gute Chancen auf Remissionsinduktion

Teilnehmen können Hausärzte mit mindestens zwei CME-Punkten jährlich auf dem Gebiet der Rheumatologie, wobei der Erwerb dieser Punkte im Selbststudium oder auch im Rahmen der Teilnahme an einem Qualitätszirkel möglich ist.

Internistische Rheumatologen können teilnehmen, wenn sie mindestens 20 CME-Punkte im Jahr auf dem Gebiet der Rheumatologie erwerben und die Befähigung in der Praxis vorhanden ist zur Durchführung der strukturierten Patienteninformation (Strupi). Diese Befähigung kann auch innerhalb des ersten Jahres der Teilnahme nachgereicht werden. Die Beschäftigung einer rheumatologischen Fachassistenz ist keine Voraussetzung für die Teilnahme am Vertrag.

Die Behandlung der Patienten erfolgt nach den Qualitätsstandards und den Empfehlungen und Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. Die technischen Voraussetzungen (Sonographiegerät, Rheumalabor, Röntgenapparat, Vorhalten einer Infusionseinheit), können ggf. auch in Kooperation mit einer anderen Praxis/Überweisung genutzt werden. Das Einverständnis des Kooperationspartners muss nachgewiesen werden. Die Patienten nehmen, sofern der behandelnde Rheumatologe keine weitere Behandlungsnotwendigkeit befürwortet, für einen Zeitraum von acht Quartalen inklusive des Einschreibequartals am Vertrag teil.

Die Betriebskrankenkassen zahlen die im Vertrag vorgesehenen Leistungen extrabudgetär und zusätzlich zum Regelleistungsvolumen (RLV). Eine Bereinigung der Gesamtvergütung/RLV findet nicht statt.

Weitere Informationen zum Vertrag, Teilnahmeanträge sowie die Teilnahmeerklärungen und eine Liste der teilnehmenden BKKen finden Sie unter www.kvno.de

Vergütungen im Rheuma-Vertrag

Vergütung Hausarzt	
Früherkennungspauschale	20 Euro
Bestätigung der Diagnose	20 Euro
Quartalsweise Betreuungspauschale	15 Euro
Vergütung internistische Rheumatologen	
Akutpauschale	50 Euro
Quartalsweise Betreuungspauschale	60 Euro
Tight-control-Pauschale	20 Euro
Pauschale Strukturierte Patienteninformation	17,50 Euro
Betreuungspauschale	
Rheumatologische Fachassistentin	10 Euro
Infusionspauschalen je nach Dauer	30/60 Euro

Häusliche Krankenpflege nach Klinikaufenthalt

Klinikärzte können ab sofort eine längere häusliche Krankenpflege verordnen. Bisher waren drei Werkzeuge die Obergrenze, nun sind laut der Richtlinie für die häusliche Krankenpflege bis zu fünf Arbeitstage (wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) möglich. Die folgenden Beispiele verdeutlichen die Änderungen:

- alt: Wird der Patient am Freitag entlassen, durfte ihm der Krankenhausarzt bislang für drei Werktage häusliche Krankenpflege verordnen – also für Samstag (1. Werktag), Sonntag, Montag (2. Werktag) und Dienstag (3. Werktag).
- neu: Wird der Patient am Freitag entlassen, kann ihm der Krankenhausarzt künftig für fünf Arbeitstage häusliche Krankenpflege verordnen – Samstag, Sonntag, Montag (1. Arbeitstag), Dienstag (2. Arbeitstag), Mittwoch (3. Arbeitstag), Donnerstag (4. Arbeitstag) und Freitag (5. Arbeitstag).
- chorioidale Neovaskularisation (CNV) aufgrund einer pathologischen Myopie (PM)
- vitreomakuläre Traktion (VMT) bei Erwachsenen, auch im Zusammenhang mit einem Makulaloch ≤ 400 Mikrometer (μm) Durchmesser sowie
- nicht infektiöse Entzündung des posterioren Augensegments (Uveitis intermedia und/oder posterior)

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) räumt mehr Zeit ein, um einen reibungslosen Übergang vom stationären in den ambulanten Bereich zu organisieren. Die Krankenhausärzte müssen die weiterbehandelnden Ärzte vor der Entlassung informieren, wenn sie häusliche Krankenpflege verordnen.

Der G-BA hat zudem beschlossen, dass Vertragsärzte eine Folgeverordnung für die häusliche Krankenpflege in den letzten drei Arbeitstagen vor Ablauf der Erstverordnung ausstellen können. Damit hat der G-BA auch an dieser Stelle eine Änderung von Werktagen in Arbeitstage vorgenommen.

QS-Vereinbarung zur Intravitrealen Medikamenteneingabe

Die intravitreale Medikamenteneingabe (IVM) wird seit 1. Oktober 2014 qualitätsgesichert. Die Abrechnung erfolgt über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab. Die IVM kann bei folgenden Indikationen angewendet werden:

- neovaskuläre (feuchte) altersabhängige Makuladegeneration (AMD)
- Visusbeeinträchtigung infolge eines diabetischen Makulaödems (DMÖ)
- Visusbeeinträchtigung infolge eines Makulaödems (MÖ) aufgrund eines retinalen Venenverschlusses [Venenastverschluss (VAV) oder Zentralvenenverschluss (ZV)]

Vertragsärzte, die diese IVM-Leistungen durchführen und abrechnen, benötigen dafür die Genehmigung der KV Nordrhein. Die Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-Vereinbarung) IVM regelt unter anderem die Anforderungen, die beim Antrag nachzuweisen sind. Der Arzt muss die Gebietsbezeichnung „Augenheilkunde“ führen und mindestens 250 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund selbständig unter Anleitung ausgewertet haben. Nachzuweisen ist die Durchführung von 100 intraokularen Eingriffen (ohne Lasertherapie) und die erfolgreiche Teilnahme an einem mindestens vierstündigen IVM-Kurs.

Darüber hinaus muss er über die Berechtigung zur Durchführung der Eingriffe gemäß § 115b Abs. 1 SGB V (ambulantes Operieren im Operationsraum) verfügen und die Anwendung der fachgerechten Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren nachweisen sowie ein OP-Mikroskop vorhalten. Die Indikation und Durchführung der IVM ist zu dokumentieren.

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

Ärzte, die bereits vor dem 1. Oktober 2014 an den regionalen Verträgen der nordrheinischen Krankenkassen und des VOA/BDOC in Nordrhein teilgenommen haben, können auch im 4. Quartal 2014 entsprechend den geschlossenen Verträge Leistungen erbringen und abrechnen. Zwischen dem VOA/BDOC und den Krankenkassen finden zurzeit Gespräche zur Weiterführung der regionalen Verträge über die Zeit ab dem 1. Januar 2015 statt. Wir informieren Sie, sobald hier Ergebnisse erzielt sind.

Krankengeld: Lückenlose AU-Bescheinigung notwendig

Versicherte erhalten nur Krankengeld von ihrer Kasse, wenn die Arbeitsunfähigkeit (AU) lückenlos nachgewiesen ist. Entscheidend ist, wann genau der Arzt die Arbeitsunfähigkeit festgestellt hat (wir berichteten). Die lückenlose Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit ist vor allem auf dem Muster 17 (Bescheinigung für die Krankengeldzahlung bzw. sogenannter Auszahlschein) wichtig. Aber auch für die AU-Bescheinigung (Muster 1) ist sie in bestimmten Konstellationen Voraussetzung für den Anspruch auf Krankengeld, zum Beispiel bei Ende des Beschäftigungsverhältnisses.

Nach Ablauf der Entgeltfortzahlung kann die Arbeitsunfähigkeit auf dem „Auszahlschein“ (Muster 17) maximal für einen zurückliegenden Zeitraum von sieben Tagen bescheinigt werden. Das legt Paragraph 6 Abs. 2 der AU-Richtlinie fest. Diese Regelung kollidiert mit anderen Bestimmungen und kann zu Schwierigkeiten führen; deswegen wird sie im Gemeinsamen Bundesausschuss überarbeitet.

Denn das Sozialgesetzbuch V bestimmt in Paragraph 46 Abs. 1 Nr. 2, dass der Anspruch auf Krankengeld erst nach dem Tag der ärztlichen Feststellung entsteht. Wenn die AU rückwirkend festgestellt wurde, kann es dazu kommen, dass der Patient kein Krankengeld für den zurückliegenden Zeitraum erhält.

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV | 141114

Anleitung zur Freigabe der Diagnosekorrekturen

Die KV Nordrhein muss die abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose prüfen. Wenn dabei Richtigstellungen nötig erscheinen, schlägt die KV Nordrhein den Praxen Korrekturen vor. Diese können Sie inzwischen nur noch über das KVNO-Portal bestätigen oder modifizieren. Wie Sie die Diagnosekorrekturen bestätigen oder modifizieren, zeigen wir Schritt für Schritt in einer Anleitung. Diese Anleitung finden Sie in der Dezember-Ausgabe von KVNO aktuell. Sie steht vorab in unserem Internet-Angebot zur Verfügung unter:

<https://diagnosen.kvno.de> | KV | 141114

IKK classic: Keine Hautkrebsvorsorge für unter 35-Jährige

Die IKK classic hat den mit der KV Nordrhein geschlossenen Hautkrebscreening-Vertrag für Versicherte unter 35 Jahren zum 31. Dezember 2014 gekündigt. Damit sind die Leistungen nach diesem Vertrag ab 1. Januar 2015 nicht mehr abrechnungsfähig.

Neu im EBM: Psychotherapie in kleinen Gruppen

Die psychoanalytisch begründete Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen in kleinen Gruppen wird zum 1. Januar 2015



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 | 140914

als neue Leistung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen. Für große Gruppen wird die Mindestteilnehmerzahl auf fünf herabgesetzt. Zum 1. Januar werden drei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) für die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen eingeführt. Es handelt sich um die Therapie in so genannten kleinen Gruppen. Diese haben eine Größe von mindestens drei und höchstens vier Teilnehmern.

Die neuen EBM-Leistungen:

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Kurzzeittherapie EBM-Nr. 35205
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Langzeittherapie EBM-Nr. 35208
- Analytische Psychotherapie EBM-Nr. 35212

Jede der drei EBM-Nummern ist mit 814 Punkten bewertet bzw. 83,61 Euro.

Gleichzeitig wird die Mindestteilnehmerzahl für die großen Gruppen in diesem Bereich verringert – von mindestens sechs auf mindestens fünf. Unverändert bleibt die maximale Teilnehmerzahl von neun Kindern und Jugendlichen.

Die Leistungen für die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Gruppentherapie bei großen Gruppen sind bereits im EBM enthalten. Es handelt sich um die EBM-Nummern 35202, 35203 und 35211.

Ebola: Verhalten bei Verdachtsfällen

Die WHO hat eine „Gesundheitliche Notlage mit internationaler Tragweite“ (Public Health Emergency of International Concern – PHEIC) festgestellt. Es ist unwahrscheinlich, aber nicht unmöglich, dass Reisende die Krankheit nach Deutschland oder Europa mitbringen. Die Ärzteschaft wird gebeten, regelmäßig die Empfehlungen des Robert Koch-Institutes zum Thema Ebola zu verfolgen.



Foto: opa picture-alliance

Bei Verdacht auf Ebola-Fieber ist das zuständige Gesundheitsamt umgehend zu informieren. Eine Liste aller Gesundheitsämter in NRW finden Sie im Internet-Angebot der KV Nordrhein unter www.kvno.de
KV | 141115

Zusätzlich ist bei einem Verdachtsfall Kontakt mit dem auf den Umgang mit lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten spezialisierten Kompetenzzentrum Infektionsschutz für Nordrhein-Westfalen aufzunehmen.

Das Robert Koch-Institut (RKI) bietet ausschließlich für die Fachöffentlichkeit eine 24-stündige Rufbereitschaft an, in der spezielle infektions-epidemiologische Fragen, wie zu möglichen Verdachtsfällen, beantwortet werden. Die Rufbereitschaft ist über die Telefonzentrale des Robert Koch-Institutes (Telefon: 030 18754-0; Fax: 030 18754-2328) erreichbar.

Das RKI hat ein Flussschema bereitgestellt, das Ärzten zur Abklärung begründeter Ebolafieber-Verdachtsfälle helfen soll. Zudem wurden folgende Maßnahmen veröffentlicht:

- Maßnahmen bei einem begründeten Ebolafieber-Verdachtsfall in Deutschland – Orientierungshilfe für Fachpersonal
- Maßnahmen zur Desinfektion nach Kontakt mit einem begründeten Ebolafieber-Verdachtsfall

Alle genannten Maßnahmen müssen in Abstimmung mit dem zuständigen Gesundheitsamt und ggf. mit dem Kompetenzzentrum erfolgen.

In Westafrika sind bis Mitte Oktober nach offiziellen Angaben fast 4.900 Menschen dem Ebolavirus zum Opfer gefallen. Das RKI stellt klar, was bei einem Ebola-Verdachtsfall in Deutschland zu tun ist.

Weitere Informationen zu Ebola, wie den RKI-Ratgeber zu der Infektionskrankheit oder Informationen zur Diagnostik und zum Umgang mit Probenmaterial, sind auf der Homepage des Robert Koch-Institutes abrufbar unter www.rki.de
KV | 141115

Aut-idem-Austausch in der Apotheke eingeschränkt

Schluss mit der grenzenlosen Substitution. Eine neue Liste in der Arzneimittel-Richtlinie regelt, welche Wirkstoffe und Darreichungsformen in der Apotheke nicht mehr im Rahmen von aut idem ausgetauscht werden dürfen. Der Ausschluss gilt auch dann, wenn der Arzt den Austausch nicht ausgeschlossen hat, also kein Kreuz gesetzt hat.

Die sogenannte Substitutions-Austauschliste des Gemeinsamen Bundesausschuss umfasst zunächst acht Wirkstoffe, soll aber noch wachsen. Verordnete Handelspräparate mit Wirkstoffen und Darreichungsformen dieser Liste dürfen Apotheken nicht austauschen – auch nicht im Notdienst oder am Wo-

chenende. Die Präparate hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Anlage VII der Arzneimittel-Richtlinie gelistet. Die erste Tranche umfasst Herzglykoside, Levothyroxin, Phenytoin und zwei Immunsuppressiva. Die Liste tritt in Kraft, wenn das Bundesgesundheitsministerium innerhalb von zwei Monaten keinen Einspruch erhebt.

Wirkstoffe nimmt der G-BA in die Liste auf, wenn sie eine enge therapeutische Breite haben und beim Austausch in der Apotheke eine klinische Beeinträchtigung droht, die nicht patientenindividuell begründet ist. Auch wenn in der Fachinformation ein Drug-Monitoring oder eine Therapiekontrolle vorgesehen ist, ist der Wirkstoff für die Substitutions-Ausschlussliste prädestiniert.

Die Substitutions-Ausschlussliste

Wirkstoff	Darreichungsformen
Betaacetyldigoxin	Tabletten
Ciclosporin	Lösung zum Einnehmen
Ciclosporin	Weichkapseln
Digitoxin	Tabletten
Digoxin	Tabletten
L-Thyroxin-Na	Tabletten
L-Thyroxin-Na plus Kaliumiodid	Tabletten
Phenytoin	Tabletten
Tacrolimus	Hartkapseln

Stand: 18. September 2014

Der G-BA hat das Erstellen der Liste übernommen, nachdem sich der GKV-Spitzenverband und der Apothekerverband zuvor auf keine Liste verständigen konnten. Für die erste Tranche wurden auch die Wirkstoffe Mycophenolsäure, Methotrexat, Ropinirol, Mesalazin und Budesonid zur gastrointestinalen Anwendung diskutiert. Für diese Wirkstoffe sah der G-BA keine Notwendigkeit, den Austausch in der Apotheke grundsätzlich auszuschließen. ■ HON

KVNO extra: Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2014



Wie hoch sind die Richtgrößen? Welche Praxisbesonderheiten gibt es? Diese und viele andere Fragen beantwortet das Sonderheft zur Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2014. Das Heft ergänzt die amtlichen Veröffentlichungen mit vielen Hintergrundinformationen. Die vereinbarten Richtgrößen, Quoten und Praxisbesonderheiten werden übersichtlich dargestellt und erklärt.

Sie können das Sonderheft in unserem Internet-Angebot herunterladen unter www.kvno.de **KV | 141116**

Wenn Sie die Ausgabe in gedruckter Fassung haben möchten, senden wir sie Ihnen gerne zu.

Bestelladresse:
KV Nordrhein
Telefax 0221 7763 6266
E-Mail bestellung.koeln@kvno.de

Alte BtM-Rezepte noch bis Jahresende gültig

Ab 1. Januar 2015 dürfen nur noch die neuen Betäubungsmittelrezepte (BtM) verwendet werden. Hierüber informiert aktuell die Bundesopiumstelle. Die neuen Rezeptformulare werden seit März 2013 von der Bundesopiumstelle herausgegeben. Sie tragen eine deutlich sichtbare, fortlaufende, neunstellige Rezeptnummer im Verordnungsfeld. Ältere Rezepte tragen eine längere Zahlenfolge. Für diese endet die Übergangsfrist am 31. Dezember 2014; Apotheken dürfen sie nur noch bis zum 7. Januar 2015 einlösen. Die alten, unbenutzten Rezepte sollen nicht an die Bundesopiumstelle zurückgeschickt werden. Der verschreibende Arzt muss die alten, unbenutzten BtM-Rezepte wie auch die Durchschriften der ausgestellten BtM-Rezepte drei Jahre lang aufbewahren; dann können sie vernichtet werden. ■ HON

Neue BtM-Rezepte können mit der Bestellkarte, die den alten Rezepten beiliegt, bei der Bundesopiumstelle angefordert werden. Über die Erstanforderung von BtM-Rezepten informiert die Bundesopiumstelle auf ihrer Homepage unter www.bfarm.de | KV 141117

Das aktuelle BtM-Rezept trägt eine neunstellige Rezeptnummer im Verordnungsfeld.

Therapiepause und Therapieunterbrechung

Von einer Therapiepause spricht man dann, wenn trotz eines behandlungsbedürftigen Zustands für einen gewissen Zeitraum bewusst keine Therapie verordnet wird, um das bisher Erreichte zu festigen oder zu sichern. Wird die Behandlung danach fortgesetzt, so handelt es sich immer noch um denselben Regelfall. Die Dauer der „bewussten“ Therapiepause spielt hierbei keine Rolle.

Dies gilt selbst dann, wenn die Behandlung beendet worden ist, weil kein therapiebedürftiger Zustand mehr bestand, aber aufgrund eines erneuten Auftretens der Erkrankung oder einem Rezidiv ein erneuter Therapiebe-

darf besteht und der Zeitraum zwischen dem Behandlungsende und dem erneuten Therapiebeginn weniger als zwölf Wochen beträgt.

Beträgt der Zeitraum der Therapieunterbrechung zwölf Wochen oder mehr und lag in der Zwischenzeit kein behandlungsbedürftiger Zustand vor, so liegt ein neuer Regelfall vor. Aber: Bestand hingegen während der Therapieunterbrechung ein behandlungsbedürftiger Zustand, aber eine Verordnung wurde nicht ausgestellt (zum Beispiel wegen eines Krankenhausaufenthalts), so handelt es sich um denselben Regelfall – trotz eines Zeitraumes von mehr als zwölf Wochen.



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

Bei nicht valvulärem Vorhofflimmern: Neue orale Antikoagulantien oder Vitamin-K-Antagonisten?

Seit der Einführung der neuen oralen Antikoagulantien (NOAK*) ist die therapeutische orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern bei Erwachsenen mit mindestens einem Risikofaktor** in Deutschland Gegenstand intensiver Diskussionen. Dies ist auch angesichts der deutlichen Preisunterschiede im Vergleich zu den Vitamin-K-Antagonisten (VKA***) nicht überraschend. Als Hilfestellung bei Ihrer Therapieentscheidung möchten wir Ihnen Informationen zu häufig gestellten Fragen geben.

1. Sind VKA noch Standard in der Antikoagulations-Therapie bei nicht valvulärem Vorhofflimmern?

Sowohl einige amerikanische als auch britische und schottische Leitlinien gehen von einer Gleichwertigkeit von NOAK und VKA aus. In Deutschland gibt es allerdings eine eindeutige Empfehlung durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ). Als Standardtherapie empfiehlt die AkdÄ in ihrem Leitfaden „Orale Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern“ eine Therapie mit Phenprocoumon.

Die AkdÄ stützt diese Empfehlung auf die langjährige Anwendungserfahrung mit unter anderem der Möglichkeit zur routinemäßigen Kontrolle des antikoagulatorischen Effektes, den vorhandenen Erfahrungen im Umgang mit Blu-

* derzeit zugelassen: Eliquis® (Wirkstoff Apixaban), Pradaxa® (Wirkstoff Dabigatran) und Xarelto® (Wirkstoff Rivaroxaban)

** für Details siehe Fachinformationen der jeweiligen Präparate

*** phenprocoumon- oder warfarinhaltige Präparate

Studienergebnisse NOAK zur Thromboembolieprophylaxe bei nicht valvulärem Vorhofflimmern

	Dabigatran (RE-LY-Studie)	Rivaroxaban (ROCKET-AF-Studie)	Apixaban (ARISTOTLE-Studie)
Dosierung	2 x 110 und 2 x 150 mg/Tag	1 x 20 (15) mg/Tag	2 x 5 (2,5) mg/Tag
Primärer Wirksamkeitsendpunkt	Schlaganfall und systemische Embolie		
Ergebnisse	2 x 110 mg/Tag: Nichtunterlegenheit 2 x 150 mg/Tag: Überlegenheit	Nichtunterlegenheit	Überlegenheit
Primärer Sicherheitsendpunkt	Schwere Blutung	Kombination von schweren und von klinisch relevanten, nicht schweren Blutungen	Schwere Blutung
Ergebnisse	2 x 110 mg/Tag: Überlegenheit 2 x 150 mg/Tag: Nichtunterlegenheit	Nichtunterlegenheit	Überlegenheit

Orale Antikoagulantien – Substanzeigenschaften

	Dabigatran (Pradaxa®)	Rivaroxaban (Xarelto®)	Apixaban (Eliquis®)
Prodrug	ja	nein	nein
Wirkmechanismus	direkte Thrombin-Hemmung	direkte Faktor-Xa-Hemmung	
Perorale Dosierung (mg/Tag)	2x110 und 2x150	1x20 (15)	2x5 (2,5)
Halbwertszeit (h)	14 bis 17	7 bis 11	8 bis 14
Eliminierung (%)	Faezes: 6 renal: 85	Faezes: 33 renal: 66	Faezes: 55 renal: 25

tungsereignissen und dem vorhandenen Antidot. Auch zeigen die Zulassungsstudien zu den neuen Antikoagulantien bei Patienten mit einer guten INR-Einstellung keinen Wirksamkeitsvorteil. Daher sehen die AkdÄ und die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Indikation für die neuen oralen Antikoagulantien nur in bestimmten patientenindividuellen klinischen Situationen.

2. Welche Orientierung hat der Arzt bei der Wahl zwischen verschiedenen NOAK?

Die neuen Antikoagulantien müssen sowohl aus pharmakologischer Sicht wie auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse zur klinischen therapeutischen Wirksamkeit differenziert betrachtet werden.

Grundsätzliche Limitationen aller neuen Substanzen sind fehlende Langzeitdaten, zurzeit noch fehlende spezifische Antidota und die fehlende Möglichkeit zur individuellen Kontrolle des antikoagulatorischen Effektes in der Routineanalytik. Für Dabigatran gibt es mittlerweile publizierte Hinweise darauf, dass ein Plasmaspiegel-Monitoring für bestimmte Patienten das Nutzen-Risiko-Verhältnis verbessern könnte.

Zwischen den NOAK gibt es keine direkten Vergleichsstudien, alle sind in den großen Zulassungsstudien stets gegen Warfarin getestet worden. Für den Fall, dass ein NOAK statt eines VKA eingesetzt werden soll, haben wir als Orientierungshilfe in den abgebildeten Tabellen Ergebnisse zu den primären Wirksamkeits- und

Sicherheitsendpunkten, pharmakokinetische Daten und Tagestherapiekosten aufgeführt.

Die Überlegenheit einzelner NOAK gegenüber VKA ist in den Studien stark abhängig von der Qualität der Einstellung mit VKA. Liegen die INR-Werte in mehr als 65 Prozent der Zeit im therapeutischen Bereich, so zeigt beispielsweise Dabigatran keine Überlegenheit. Liegen die INR-Werte in mehr als 72 Prozent der Zeit im therapeutischen Bereich, ist Warfarin dem Dabigatran sogar überlegen.

Analog interpretiert die EMA die Situation beim Apixaban. Einen Stellenwert für NOAK sehen AkdÄ und beispielsweise arznei-telegramm übereinstimmend, wenn unter VKA keine gute INR-Einstellung möglich ist und/oder zum Beispiel spezifische Kontraindikationen oder relevante Interaktionsrisiken vorliegen. Verschiedene Autoren sehen die kurze Halbwertszeit und die Einmalgabe von Rivaroxaban – bei Nichtunterlegenheit gegenüber VKA – als problematisch an, insbesondere bei Patienten mit einer möglicherweise schlechten Compliance. Auch die Eliminationswege sind zu beachten, insbesondere Dabigatran muss bei Nierenfunktionsstörungen mit besonderer Aufmerksamkeit verordnet werden. Gegebenenfalls sind Dosisanpassungen notwendig.

Wie bei den VKA sind auch bei den drei NOAKs mögliche Interaktionen, Nieren- und Leberfunktion, Alter und Kontraindikationen zu be-

achten. Die AkdÄ hat darauf in einer Drug-Safety-Mail Ende 2013 ausdrücklich hingewiesen.

3. Gibt es Hinweise zur Verordnung in der GKV?

Nur die Substanz Apixaban hat die frühe Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) durchlaufen. Im Ergebnis ist ein Hinweis auf einen geringen Zusatznutzen in der Indikation „nicht valvuläres Vorhofflimmern“ festgestellt worden. Das Ergebnis der frühen Nutzenbewertung eines Arzneimittels bzw. der Beschluss ist Bestandteil der Arzneimittel-Richtlinie des G-BA und damit vom Vertragsarzt zu beachten.

Nach einer Gesetzesänderung wird der Bestandmarkt nicht mehr bewertet. Somit sind die beiden anderen Substanzen, Dabigatran und Rivaroxaban, aus der zuvor geplanten Bewertung herausgefallen. Sie sind weiterhin unverändert verordnungs- und erstattungsfähig.

Wenn die Therapie mit einem VKA nicht in Frage kommt, ist eine durch die Verordnung von neuen Antikoagulantien resultierende prüfrelevante Überschreitung des Richtgrößenvolumens bei der Verordnung eines Medikaments mit Zusatznutzen besser zu begründen als bei anderen Substanzen. Wir empfehlen Ihnen dennoch, keine pauschale Umstellung bestehender Therapien. Hier ist in jedem Fall eine patientenindividuelle Abwägung notwendig.

Aufgrund der aktuellen Studienlage und der eindeutigen Empfehlung durch die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, sollten zur oralen Antikoagulation bei nicht valvulärem Vorhofflimmern vorrangig VKAs eingesetzt werden. Bei guter INR-Einstellung ist die Therapie mit den langjährig erprobten VKA mindestens so sicher und wirksam wie die Therapie mit einem NOAK. Daher sollten NOAK nur dann eingesetzt werden, wenn dem Erreichen einer guten INR-Einstellung mit VKA patientenindividuelle Gründe entgegenstehen.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der gemeinsamen Arbeitsgruppe Arzneimittelvereinbarung in Westfalen-Lippe. Eine gemeinsame Information der KVWL und der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe. Literaturhinweise finden Sie im Newsletter VIN unter www.kvno.de

KV | 141120

Kosten der oralen Antikoagulantien

Wirkstoff	Präparat	AVP	Kosten/DDD	Dosis/Tag	Kosten/Tag
Phenprocoumon	Marcumar® 98 ST	23,88 €	0,25 €	1x tägl. 0,5 - 1,5 Tbl.	0,09 € - 0,36 €
	z. B. PhenproAbZ 100 ST	17,89 €	0,17 €		
Dabigatran	Pradaxa® 110mg 180 ST	295,45 €	3,28 €	2x tägl. 1Tbl.	3,28 €
	Pradaxa® 150mg 180 ST	295,45 €	2,41 €		
Rivaroxaban	Xarelto® 15mg 98 ST	320,74 €	2,18 €	1x tägl. 1 Tbl	3,27 €
	Xarelto® 20mg 98 ST	320,74 €	1,64 €		
Apixaban	Eliquis® 2,5mg 60 ST	92,53 €	3,08 €	2x tägl. 1 Tbl.	3,08 € 2,83 €
	Eliquis® 5mg 200 ST	282,80 €	1,41 €		

* Es werden die Preise des Original-Herstellers für die größte Packungsgröße in der jeweiligen Dosierung angegeben. Die Preisgestaltung der Hersteller führt zu Differenzen beim Vergleich von Kosten je DDD und tatsächlichen Kosten pro Tag.

Stand: ifap 01.Juli 2014



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



Status Quo, Probleme und Perspektiven

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) bietet einige Chancen. Als Beispiele führte Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, die einheitliche Gebührenordnung und die fehlende Budgetierung an. Doch sind noch viele Fragen offen.



Foto: dpa picture-alliance

Die erste ASV-Indikation war die Tuberkulose. Mit ihr startete im April 2014 das neue Versorgungsangebot.

Der Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO) und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein haben sich trotz der offenen Fragen entschieden, eine Veranstaltung zur ASV durchzuführen. Am 1. Oktober stellten Experten aus beteiligten Institutionen den Status quo dar – und beantworteten die Fragen der Ärzte aus den Praxen und Kliniken. „Uns geht es darum, die ASV gangbar zu machen“, sagte Prof. Stephan Schmitz, Vorsitzender des BNHO.

Seit April 2014 können Vertragsärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Krankenhäuser ihre Teilnahme an der ASV für die Tuberkulose anzeigen. Seit Juli können intersektorale Teams Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren in der Bauchhöhle behandeln. Ab Anfang 2015 soll die ASV-Teilnahme auch für das Marfan-Syndrom und für gynäkologische Tumoren möglich sein. Die ersten Teams haben nach Informationen der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung inzwischen die Arbeit aufgenommen – aber noch keins in Nordrhein.

Aufwändige Team-Aufstellung

„Ein ASV-Team muss viele Fragen regeln, vor allem die Form der intersektoralen Zusammenarbeit“, sagte Armin Goetzenich, Geschäftsführer des BNHO. Denn bei der ASV-Versorgung von Krebspatienten müssten niedergelassene Ärzte und Kliniken über die Anzeige beim erweiterten Landesausschuss hinaus (siehe unten), auch einen Kooperationsvertrag schließen. Dieser Vertrag regelt vor allem, wie sich die Partner aus den Sektoren abstimmen und lege die „Eckpunkte der Versorgung“ dar.

Um die Teams zu unterstützen, hat der BNHO ein Muster für eine Kooperationsvereinbarung entwickelt. Auch ein ASV-Patienten-Flyer steht zur Verfügung. Beides stellt der BNHO für seine Mitglieder bereit. Andere Facharztgruppen aus dem Kernteam erhalten die Materialien auf Anfrage.

Viele Bereiche seien noch nicht zu Ende gedacht. Die Interpretation der Richtlinie und Anlage ist in vielen Fällen noch zu leisten. „Die ASV ist ein offener Feldversuch. Sie reift erst beim Kunden“, sagte Goetzenich.

Es sei erfreulich, dass der Bundesausschuss in der Richtlinie zu gastrointestinalen Tumoren neben dem EBM-Ziffernkranz auch neue Leistungen aufgenommen habe, sagte Goetzenich. Dazu gehören zum Beispiel Tumorkonfe-

renzen oder die Koordination der Versorgung. Für diese neuen Leistungen fehlen allerdings noch die Preise.

Teilnehmer der Veranstaltung fragten, ob auch ein hausärztlich tätiger Internist mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie an der ASV teilnehmen dürfe. Dies gehe nicht, erläuterte Goetzenich: „Es gilt der zulassungsrechtliche Status. Und die Richtlinie lässt hier nur bestimmte Ärzte aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich zu.“

Die Vielzahl der noch klärungsbedürftigen Punkte bewog Rechtsanwalt Thorsten Ganse, Referatsleiter Recht und Personal der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW), von einer „Leidensgemeinschaft der Verbände“ zu sprechen.

So seien einige Bestimmungen in der ASV-Richtlinie für einen Laien nicht sofort nachvollziehbar: Ärzte und Krankenhäuser, die an

der ASV als „Team“ teilnehmen, zeigen ihre Teilnahme zwar gemeinsam in einer komplexen Anzeige an, erbringen ihre Leistungen jedoch wie „solitäre“ Leistungserbringer persönlich und rechnen diese auch selbständig auf eigene Rechnung ab.

Patienten, die im Rahmen der ASV versorgt werden, müssen nach den Vorgaben der entsprechenden Richtlinie bei Erstkontakt über die neue Versorgungsform aufgeklärt werden, betonte der Justiziar der KGNW.

Geschäftsführer unterschreibt

Soweit eine sektorenübergreifende Kooperation notwendig sei, reiche es für Krankenhäuser rein rechtlich, nur einen Vertragsarzt einzubinden. Rechtsanwalt Ganse empfiehlt jedoch, beim Aufstellen eines ASV-Teams möglichst viele Ärzte einzubinden, um bei zeitweisen Ausfällen oder endgültigem Ausscheiden von Teammitgliedern (Krankheit, Urlaub etc.) die notwendigen „Team-Qualifikationen“ mit grö-

Die ASV im Überblick

Die ASV gehört nicht zur vertragsärztlichen Versorgung.

Indikationen: Die ASV umfasst die Diagnostik und Behandlung von seltenen und schweren Erkrankungen. Hierzu gehören:

- Schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, zum Beispiel onkologische und rheumatische Erkrankungen
- Seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit geringen Fallzahlen, zum Beispiel Tuberkulose
- Hochspezialisierte Erkrankungen, zum Beispiel CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen

Teilnahme: An der ASV teilnehmen können Fachärzte, Medizinische Versorgungszentren sowie gegebenenfalls ermächtigte Ärzte und Krankenhäuser, sofern sie die in der ASV-

Richtlinie und den jeweiligen Anlagen definierten Anforderungen erfüllen.

Abrechnung: Jeder Arzt rechnet seine ASV-Leistungen ab. Die Abrechnung kann über die KV, über eine private Verrechnungsstelle oder direkt mit den Krankenkassen erfolgen.

Vergütung: Die Vergütung ist für Praxis- und Klinikärzte einheitlich. Alle Leistungen werden zu festen Preisen bezahlt, extrabudgetär und ohne Mengenbegrenzung. Der GKV-Spitzenverband, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben die Aufgabe, eine eigene Vergütungssystematik für die ASV zu entwickeln. Bis dahin gelten die Preise des EBM.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung informiert auf ihrer Homepage umfassend über die ASV. Dort steht auch die Broschüre zum Herunterladen bereit, die einen Überblick über das neue Versorgungsangebot bietet:

www.kbv.de | [KV | 141123](#)

Berer Sicherheit und weniger bürokratischem Aufwand (Vertreteranzeigen oder Nachbenennungen) dauerhaft vorweisen zu können. Besonders wichtig sei es zu beachten, dass die Anzeige und etwaige Kooperationsverträge bei Einbindung von Krankenhäusern durch deren Bevollmächtigte (in der Regel die Geschäftsführer) zu unterzeichnen seien – und nicht von den in der Anzeige aufgeführten Krankenhausärzten.

Dies gilt analog auch für Medizinische Versorgungszentren. Der Vorsitzender des erweiterten Landesausschusses in Nordrhein, Prof. Dr. iur. Volker Warendorf sagte, dass immer derjenige die ASV-Anzeige unterschreiben müsse, der Prokura bzw. eine Vollmacht zur Vertretung des MVZ habe.

Erst drei ASV-Anzeigen

Dass die ASV für viele Ärzte eine große Herausforderung darstellt, bestätigte Warendorf: „Eigentlich müssten die Teilnehmer ein Jura-

studium absolvieren.“ Schon die Anzeige-Formulare sind ziemlich komplex. Bislang seien beim hiesigen Landesausschuss auch erst drei Anzeigen eingegangen, um TBC im Rahmen der ASV zu behandeln, berichtete Warendorf. Keine davon genüge den Anforderungen.

Diese Situation ist kein rheinischer Sonderfall, sondern typisch für die Republik. In Westfalen-Lippe beispielsweise sind nach Warendorfs Worten bis dato erst zwei Anzeigen beim dortigen erweiterten Landesausschuss eingetroffen.

„Wer an der ASV teilnehmen möchte, sollte sich die Rechtsgrundlage zu Gemüte führen“, empfahl Sabine Hilgers, ASV-Expertin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Die Vorgaben des Paragraphen 116b im Sozialgesetzbuch V und die ASV-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses seien komplex, und dies führe zwangsläufig zu den umfangreichen Anzeige-Formularen.

ASV-Team gastrointestinale Tumoren

Ein ASV-Team setzt sich aus drei Ebenen zusammen: aus der Teamleitung, dem Kernteam und hinzugezogenen Ärzten. Die Grafik zeigt, welche Fachrichtungen an welcher Stelle im Team zur Behandlung gastrointestinaler Tumoren vertreten sein müssen.



Team Nummer 1 gesucht

Doch wer zum Beispiel ASV-Behandlungen gastrointestinaler Tumoren durchführen wollte, der müsse das Anzeige-Formular mit 57 Seiten ausfüllen. Über die Anzeigen befindet der Entscheidungsausschuss des erweiterten Landesausschusses, in dem zwei Vertreter der Ärzte, zwei Vertreter der Krankenhäuser und vier Vertreter der Krankenkassen sitzen. Wenn der Ausschuss mitteile, dass die Teilnahmevoraussetzungen nach Prüfung der Anzeige vorliegen, oder nicht innerhalb von zwei Monaten widerspreche, könne das Team starten. Hilgers: „Sie haben die Chance, das erste ASV-Team in Nordrhein zu werden.“

Den Chancen, die die ASV bietet, stehen gewisse Risiken entgegen. Ein Risiko ist die weitere Fragmentierung der Versorgung. Die ASV tritt als weiterer Bereich neben die sogenannten Selektivverträge, also die integrierte Versorgung, die hausarztzentrierte und die besondere ambulante ärztliche Versorgung. Und in einigen dieser Felder darf die Kassenärztliche Vereinigung nach dem Willen des Gesetzgebers gar nicht tätig sein – soll aber dennoch die ambulante Versorgung garantieren. Wenn die Felder neben der Regelversorgung weiter wachsen, dürfte das immer schwieriger werden.

■ FRANK NAUNDORF

Alle Vorträge der Veranstaltung „Genese, Status Quo und Perspektive der ASV – Chancen und Risiken“ finden Sie unter www.kvno.de KV | 141125

Fünf Schritte zur ASV-Teilnahme

1. Team bilden

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

2. Teilnahme anzeigen

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

Erweiterter Landesausschuss Nordrhein

Telefon 0211 5970 8446 | Telefax 0211 5970 8146 | E-Mail info@erweiterterla.de
www.erweiterter-landesausschuss-nordrhein.de

3. ASV-Teamnummer erhalten

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

4. Abrechnung beauftragen

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

5. Starten und Patienten informieren

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

„Spaltung ist ein Irrweg“

Hausarzt und Facharzt oder Hausarzt versus Facharzt – das scheint künftig die Frage. Schon im Koalitionsvertrag hatten CDU/CSU und SPD sich die stärkere Trennung der Bereiche in den Vertreterversammlungen auf die Fahnen geschrieben – und im vorliegenden Referentenentwurf des GKV-Versorgungs-Stärkungsgesetzes fixiert. In der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat die Debatte um Abstimmungen über haus- und fachärztliche Belange im September einen ersten Höhepunkt erreicht. Ein Ausschuss aus Haus- und Fachärzten soll es nun richten. Wir sprachen mit der nordrheinischen Vertreterin Dr. med. Gabriele Friedrich-Meyer über Ursachen der Debatte und mögliche Folgen.

» **Die Gruppierung, die die Mehrheit hat, muss damit verantwortungsvoll umgehen.**«

Die Mehrheit der Delegierten votierte dafür, dass zehn gewählte Vertreter entscheiden sollten, ob ein Thema nur von den hausärztlichen oder nur von den fachärztlichen Delegierten zu entscheiden sei. Ob der „Ausschuss für die Koordinierung der ausschließlich hausärztlichen und fachärztlichen Angelegenheiten“ die Lage dauerhaft entspannen wird? Das scheint noch nicht gewiss, zumal der Gesetzesentwurf in diesem Punkt noch Raum für Interpretationen lässt.

Im Entwurf des GKV-Versorgungs-Stärkungsgesetzes gibt der Gesetzgeber nämlich vor, dass künftig über Belange, die ausschließlich die hausärztliche Versorgung betreffen, nur die Vertreter der Hausärzte abstimmen – wie umgekehrt über fachärztliche Belange die Fachärzte. Bei gemeinsamen Abstimmungen sollen die Stimmen so gewichtet werden, dass Parität besteht.

Wie ist der Ausschuss zusammengesetzt, der entscheiden soll, ob ein Punkt auf der Tagesordnung der Vertreterversammlung (VV) der KBV allein von den Haus- oder den Fachärzten abgestimmt wird?

Friedrich-Meyer: Der Ausschuss besteht aus 15 Mitgliedern. Davon sind fünf Hausärzte

und fünf Fachärzte stimmberechtigt. Unter den Hausärzten wiederum sollen ein Pädia-ter und ein hausärztlicher Internist sein, unter den fünf Fachärzten ein Psychologischer Psychotherapeut oder ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.

Und die anderen fünf Mitglieder?

Die haben kein Stimmrecht. Dabei handelt es sich um die drei Vorsitzenden der KBV-VV und die beiden Vorstände.

Was wäre denn ein Punkt, über den nur die Hausärzte oder nur die Fachärzte entscheiden sollten?

Dafür konnte auf der VV der KBV tatsächlich niemand spontan ein Beispiel benennen. Offenkundig wird von Vertretern der Hausärzteschaft gefordert, dass der Gesetzgeber Themen bzw. Sachverhalte benennen solle, in denen jeder Versorgungsbereich eigenständig entscheiden solle. Das scheint mir etwas absurd. Mir fallen dazu eigentlich nur Themen ein, die in den Kammern verortet sind, zum Beispiel die Weiterbildungsordnung. Aber da käme ohnehin niemand auf die Idee, einer anderen Facharztgruppe hineinzureden. Der Gesetzesentwurf sieht diese Regelung besonders für Abstimmungen über die Honorarverteilung und die versorgungsspezifische Bereinigung vor.

Wann soll der Ausschuss auf den Plan treten?

Wenn 60 Prozent der Mitglieder der KBV-VV dafür votieren.

Im Falle einer solchen 60-Prozent-Entscheidung könnten sich einige Hausärzte wieder von den Fachärzten dominiert fühlen. Dies hat zumindest der Hausärzteverband kritisiert. Wie nehmen Sie dies wahr?

Mir fällt keine bessere Lösung ein. In einem demokratisch strukturierten System können Entscheidungen immer nur auf der Basis von Mehrheitsverhältnissen getroffen werden. Meines Erachtens kommt es darauf an, dass die Gruppierung, die jeweils die Mehrheit hat, damit verantwortungsvoll umgeht – alles andere rächt sich irgendwann. In der KV Nordrhein beispielsweise suchen in dem lockeren Zusammenschluss der Allianz für Nordrhein Hausärzte und Fachärzte gemeinsam nach

Lösungen für die anstehenden Probleme. Dies bewährt sich in meinen Augen.

Warum hat der Konflikt zwischen Haus- und Fachärzten in der VV eine solche Bedeutung gewonnen?

Im beruflichen Alltag spielen diese Konflikte kaum eine Rolle. Ich kann mir daher vorstellen, dass die Vermutung von Dr. Andreas Gassen, dem Vorsitzenden der KBV, zutrifft, dass es in Wirklichkeit darum geht, wer bei den Hausärzten in Zukunft die Weichen stellen darf.

Im Vorstand der KVen müssen qua Gesetz haus- und fachärztliche Interessen vertreten sein, die Gesamtvergütung ist getrennt und besonders für die Hausärzte gibt es etliche Möglichkeiten, eigene Verträge zu gestalten. Reicht das nicht?

» Gute Lösungen können nur dann gefunden werden, wenn möglichst viele mitdenken.«



CIRS NRW

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

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

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



www.cirs-nrw.de

Ich bin durchaus der Ansicht, dass dies reicht. Ich halte es für einen Irrweg zu glauben, dass die Belange der Ärzteschaft sich nach einer Aufspaltung in mehrere Gruppierungen besser vertreten ließen. Eine solche Aufspaltung käme sicherlich nicht der Ärzteschaft zugute, sondern würde eher zur einer Schwächung führen. Es ist doch selbstverständlich, dass nicht einmal zwei Menschen immer der gleichen Meinung sein können. Es dürfte also auch unter den einzelnen Gruppierungen wieder Konflikte geben. Die Selbsterlegung würde weitergehen. Alles andere ist eine Illusion.

Das Bundesgesundheitsministerium hat die Debatte nun im Referentenentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes aufgegriffen. Haus- und Fachärzte sollen über ihre spezifischen Belange jeweils allein entscheiden. Bei gemeinsamen Abstimmungen sollen die Stimmen so gewichtet werden, dass Parität besteht. Halten Sie das für den richtigen Weg, um eine weitere Spaltung in den VVen zu verhindern?

Ich hätte mir gewünscht, dass das Bundesgesundheitsministerium die von der freien Selbstverwaltung gefundene Lösung akzeptiert hätte. Wie sollte man erklären, dass es politisch begrüßt wird, dass sich Schottland

nicht mehrheitlich von Großbritannien abgespalten hat, dass man aber sehr wohl in der Spaltung der Ärzteschaft in Haus- und Fachärzte den Stein der Weisen sieht? Im Übrigen zeigen die Gründung einer Bewegung wie des Arbeitskreises „Aktiv für ein einheitliches KV-System“, dem mittlerweile mehr als die Hälfte der Mitglieder der VV der KBV angehört sowie die Unterzeichnung einer Resolution gleichfalls zugunsten der Einheit des KV-Systems durch mehr als 50 Teilnehmer der „Konzertierte Aktion KBV/Berufsverbände“, dass eine große Mehrheit die Aufspaltung nicht möchte.

Sollte es zu einer stärkeren Sektionierung kommen: Was wären die Folgen?

Im Falle einer Sektionierung in einen haus- und fachärztlichen Bereich würden sicherlich auch die Psychologischen Psychotherapeuten sehr schnell eine eigene KV fordern. Dies fände ich sehr bedauerlich. Gute Lösungen können nur dann gefunden werden, wenn möglichst viele mitdenken. Allerdings möchte ich an dieser Stelle nochmals mahnen, dass das System nur dann funktionieren kann, wenn mit Mehrheiten verantwortlich umgegangen wird. Das ist mir sehr wichtig.

■ DIE FRAGEN STELLTE FRANK NAUNDORF.

Zur Person

Dr. med. Gabriele Friedrich-Meyer ist als Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin in Bonn niedergelassen. Sie ist Mitglied der Vertreterversammlung der KV Nordrhein und seit diesem Jahr auch der VV der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Friedrich-Meyer ist seit vielen Jahren berufspolitisch aktiv, besonders in der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT). Sie ist verheiratet und hat einen Sohn.





EVA

Verstärken Sie Ihr Praxisteam

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

Kontakt

Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Anja Cremer | Telefon: 0211 4302 2835 | E-Mail: akademie@kvno.de

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



Engagiert für Gesundheit.
Kassennärztliche Vereinigung
Nordrhein



Basiswissen Hausbesuche

Hausbesuche gehören zum Arztberuf dazu. Dabei sind die Regeln für Haus- und Fachärzte unterschiedlich. Gemeinsam ist: Die Vergütung erfolgt außerhalb der Regelleistungsvolumen im Wege des Vorwegabzugs. Doch was ist bei den Besuchen zu beachten? Wo gibt es Fallstricke bei der Abrechnung?

In den Bundesmantelverträgen ist geregelt, von wem und wann ein Hausbesuch durchzuführen ist. Hausbesuche sind demnach nur durchzuführen, wenn der Patient aus gesundheitlichen Gründen den Arzt nicht aufsuchen kann. Das ist in der Regel der Fall, wenn ein Patient bettlägerig ist.

Grundsätzlich hat der behandelnde Hausarzt die Aufgabe der Besuchsbehandlung. Aber auch der Facharzt ist dann zum Hausbesuch berechtigt und verpflichtet, wenn bei einem von ihm behandelten Patienten wegen einer

Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist. Diese Verpflichtung besteht auch, wenn der Facharzt zur konsiliarischen Behandlung hinzugezogen wird und nach der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch ihn erforderlich sind. Besuche außerhalb Ihres üblichen Praxisbereiches können Sie ablehnen.

Anlass für den Hausbesuch

Ein Hausbesuch ist dann erforderlich, wenn es sich offensichtlich um eine schwere Erkrankung handelt, und der Patient nicht selbst in die Praxis kommen kann. Ein volles Wartezimmer wird in der Regel nicht als Grund zur Ablehnung eines Hausbesuches anerkannt. Im Zweifel muss der Arzt, wenn er sich nicht sicher sein kann, ob der Hausbesuch aufgeschoben werden kann, die Praxis auch während der Sprechstunden verlassen und den Hausbesuch durchführen. Sind Sie jedoch an der Hilfeleistung verhindert, zum Beispiel wegen anderer wichtiger Pflichten wie anderen unaufschiebbaren Behandlungen, kann die Rechtspflicht zum Hausbesuch entfallen.

Fürsorgepflicht und Garantenstellung

Kommen Sie der Bitte um einen Hausbesuch nicht nach, entstehen Risiken. Die Rechtsprechung schließt aus den sich aus dem Behandlungsvertrag ergebenden Fürsorge- und Obhutspflichten, dass der Arzt zu einem nötigen Hausbesuch verpflichtet ist. Der Arzt hat auf Grund des Behandlungsvertrages mit seinem

Neben dem behandelnden Hausarzt kann auch der Facharzt zum Hausbesuch berechtigt und verpflichtet sein.



© iStockphoto

Patienten die Pflicht, sich auf fernmündlichen Anruf des Patienten in dessen Wohnung zu begeben, wenn der Patient nicht in die Praxis kommen kann (siehe oben). Vor Ort macht der Arzt sich durch die dort durchzuführende Untersuchung soweit möglich, ein Bild von dem Zustand des Patienten und leitet die erforderlichen ärztlichen Maßnahmen ein.

Die Garantenstellung des Arztes legt ihm die besondere Obhut- und Fürsorgepflicht für die Gesundheit des Patienten auf. Sie beginnt mit der tatsächlichen Übernahme der Behandlung. Eine Garantenstellung hat, wer rechtlich dafür einzustehen hat, dass das gefährdete Rechtsgut nicht zu Schaden kommt. Die Garantenpflicht beinhaltet, dass der Arzt seinen Aufgaben innerhalb seines Tätigkeitsbereiches nachzukommen und den Patienten vor solchen Schäden zu bewahren hat, deren Vermeidung innerhalb seines „Herrschaftsbereiches“ möglich ist.

Nach Auffassung des Bundesgerichtshofes (BGH) erweckt der Arzt mit der Übernahme des Falles bei dem Patienten regelmäßig das Vertrauen, er werde dem Patienten unter Einsatz seiner ärztlichen Kenntnisse und Fähigkeiten beistehen. Der Kranke würde sich dann hierauf verlassen, und nicht mehr versuchen, anderweitig Hilfe zu erlangen.

Es gehört zu Ihren Aufgaben, sich von den Leiden Ihres Patienten ein eigenes Bild zu machen. Sie dürfen dabei die Angaben Dritter, wie die der Familienangehörigen nicht ungeprüft übernehmen. Wichtige Befunde müssen Sie selbst erheben.

Ärztliche Berufsordnung

Nach der ärztlichen Berufsordnung kann die unterlassene Durchführung eines erforderlichen Hausbesuches Konsequenzen haben. Sie sind nach der Berufsordnung der Ärztekammer verpflichtet, den ärztlichen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem Ihnen bei seiner Aus-

Hausbesuche im Bundesmantelvertrag

Die Bestimmungen zu den Hausbesuchen finden sich im Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) in Paragraph 17.

- (4) Besuche außerhalb seines üblichen Praxisbereiches kann der Vertragsarzt ablehnen, es sei denn, dass es sich um einen dringenden Fall handelt und ein Vertragsarzt, in dessen Praxisbereich die Wohnung des Kranken liegt, nicht zu erreichen ist.
- (5) Wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren Vertragsärzte in Anspruch genommen, hat der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.
- (6) Die Besuchsbehandlung ist grundsätzlich Aufgabe des behandelnden Hausarztes. Ein Arzt mit Gebietsbezeichnung, der nicht die Funktion des Hausarztes wahrnimmt, ist unbeschadet seiner Verpflichtung zur Hilfeleistung in Notfällen auch zur Besuchsbehandlung berechtigt und verpflichtet:
 1. wenn er zur konsiliarischen Beratung hinzugezogen wird und nach dem Ergebnis der gemeinsamen Beratung weitere Besuche durch ihn erforderlich sind,
 2. wenn bei Patienten, die von ihm behandelt werden, wegen einer Erkrankung aus seinem Fachgebiet ein Besuch notwendig ist.
- (7) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten darüber aufzuklären, dass sie einen Anspruch auf Besuchsbehandlung nur haben, wenn ihnen das Aufsuchen des Arztes in dessen Praxisräumen wegen Krankheit nicht möglich oder nicht zumutbar ist.

übung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie haben dabei Ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten.

Die pflichtwidrige Nichtdurchführung eines Besuchs kann daneben auch disziplinarrechtlich relevant sein. Die grundsätzliche Verpflichtung zur Durchführung von Hausbesuchen ist eine durch die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung übernommene Verpflichtung.

In einem Fall haben die Gerichte eine Disziplinarmaßnahme bestätigt, in dem ein zum Notfalldienst eingeteilter Vertragsarzt zunächst einen Hausbesuch zugesagt hatte, diesen dann aber nicht durchführte. Stattdessen beschränkte sich

Kenntnis gebracht wurde, dokumentieren Sie dies in den Unterlagen. Bei einem sogenannten unvollendeten Besuch können Sie die Besuchsg Gebühr zuzüglich der Wegegebühr abrechnen, aber keine weiteren Leistungen. Auch die Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale sind in diesem Fall ausgeschlossen.

Um einen dringlichen Besuch nach den EBM-Nummern 01411 und 01412 kann es sich nur handeln, wenn der Besuch unverzüglich nach Bestellung ausgeführt werden muss. Den Grund der Dringlichkeit sollten Sie in Ihrer Dokumentation vermerken. Vergessen Sie nicht, die Uhrzeiten (gegebenenfalls Bestellung und Ausführung) zu notieren.

Werden in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einem Besuch nach den Nummern 01410, 01411, 01412 oder 01415 weitere Kranke in derselben sozialen Gemeinschaft besucht, rechnen Sie die Nummern 01413 ab. Das gilt zum Beispiel wenn Sie weitere Familienangehörige in der Wohnung oder Patienten im selben Pflege- oder Altenheim besuchen.

Für die palliativmedizinische Betreuung sind je vollendete 15 Minuten Zuschläge berechnungsfähig (EBM-Nummer 03372 bzw. 04372). Der Zuschlag zu den normalen Hausbesuchen gilt je vollendete 15 Minuten und kann nicht mehr als fünfmal am Tag abgerechnet werden.

Für dringende Hausbesuche nach EBM-Ziffern 01411, 01412 oder 01415 kann je Besuch der Zuschlag nach den Ziffern 03373 oder 04373 angesetzt werden. Der Zuschlag gilt nicht im organisierten Notdienst.

Delegation von Hausbesuchen

Nach den Bestimmungen des fünften Sozialgesetzbuchs sind Hausbesuche grundsätzlich an entsprechend qualifizierte nichtärztliche



Handelt es sich bei einem Hausbesuch um einen dringenden Besuch, können die EBM-Nummern 01411, 01412 oder 01415 abgerechnet werden.

der Arzt bei einem weiteren Anruf darauf, Handlungsanweisungen zu geben. Das Landessozialgericht (LSG) bestätigte die Maßnahme gegen den Arzt, obwohl seine Anweisungen zunächst sogar zu einer Besserung des Gesundheitszustandes führten. (LSG Berlin-Brandenburg, 21. Dezember 2011, Az.: - L 24 KA 76/08 -).

Hinweise zur Abrechnung

Wird der Patient bei dem Hausbesuch nicht angetroffen, etwa weil dieser bereits in ein Kran-

Mitarbeiter delegierbar (§ 87 Abs. 2b SGB V). Voraussetzung für die Delegation ist, dass zuvor ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Leistungen, die für die Patienten eine akute für den Mitarbeiter nicht beherrschbare Gefahr mit sich bringen, sind von dieser Möglichkeit ausgeschlossen.

Bei Leistungen, die nicht delegiert werden dürfen, da hierfür besondere Fachkenntnisse erforderlich sind, handelt es sich beispielsweise um Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien und operativer Eingriffe.

Was kann delegiert werden? In der Anlage 24 des Bundesmantelvertrages Ärzte der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal befindet sich ein Beispielskatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen. Delegiert werden können demnach zum Beispiel Leistungen wie Blutdruck-

messen, Verbandswechsel oder subkutane und intramuskuläre Injektionen.

Voraussetzung ist stets, dass sich der Arzt zuvor von der erforderlichen Qualifikation des nicht-ärztlichen Beschäftigten überzeugt hat. Er hat diesen bzw. diese anzuleiten und regelmäßig zu überwachen. Haben die Medizinischen Fachangestellten (MFA) eine entsprechende Zusatzqualifikation, wie beispielsweise Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) oder Entlastende Versorgungsassistentin (EVA), dürfen diese Hausbesuche für Vertragsärzte durchführen und Patienten versorgen.

Dies gilt zurzeit jedoch nur in Gebieten, in denen eine Unterversorgung droht oder in denen es einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf gibt. Für diese Gebiete können Leistungen aus dem Kapitel 40.17 abgerechnet werden. Relevant sind die Nummern 40870 und 40872, nicht die Ziffern 01410 ff. EBM. Die Beschränkung auf unterversorgte Gebiete soll demnächst fallen (mehr dazu auf Seite 2f.).

■ IRINA NEULEBEN

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

Kontakt

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

www.kvno-portal.de

Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

Der erweiterte Hausärzte-Strukturvertrag

Seit Juli gibt es einen neuen Hausärzte-Strukturvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg. Und bereits zum 1. Oktober 2014 ist er erheblich erweitert worden. Im September und Oktober gingen bei den Serviceteams der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein viele Fragen zu den neu abrechenbaren Leistungen ein.

Welche Leistungen wurden neu aufgenommen?

Es wurden Leistungen aus folgenden fünf Bereichen neu in den Vertrag (Anlagen 5 bis 7) aufgenommen:

- Zuschläge zu Hausbesuchen
- Zuschläge zu Dringlichkeitsbesuchen
- Zuschläge zu Pflegeheimbesuchen
- Überleitungsmanagement
- Arzneimittelcheck

Ist für die Abrechnung der Symbolnummer 91324 ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig?

Ja, ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt ist erforderlich.

Für die in Anlage 4 gelisteten Betreuungspauschalen ist das Kodieren einer gesicherten Diagnose entsprechend der Anlage 2 notwendig. Muss für eine Abrechnung von Leistungen nach den Anlagen 5 bis 7 auch eine Kodierung einer gesicherter Diagnosen entsprechend der Anlage 2 des Vertrages vorliegen?

Nein, für eine Abrechnung von Leistungen nach den Anlagen 5 bis 7 ist keine Kodierung gesicherter Diagnosen entsprechend der Anlage 2 des Vertrages erforderlich. Beachten Sie aber: Mindestens ein Patient in der Abrechnung des Arztes muss eine Diagnose nach der Anlage 2 im Vertrag aufweisen und in den Vertrag eingeschrieben sein (Kennzeichnung mittels SNR 91324).

Welche Pauschalzuschläge für Hausbesuche wurden vereinbart?

Insgesamt sieben Pauschalzuschläge bzw. Symbolnummern (SNR) sind ab 1. Oktober 2014 hinzugekommen. Sie können zusätzlich zu den EBM-Nummern für die Besuche abgerechnet werden – und sind auch zusätzlich einzutragen.

- SNR 91325: Hausbesuche nach EBM-Nummer 01410 bis einschließlich 10 km
- SNR 91326: Hausbesuche nach der EBM-Nr. 01410 ab 10,1 km
- SNR 91327: Dringlichkeitsbesuche nach EBM-Nr. 01411
- SNR 91328: Dringlichkeitsbesuche nach EBM-Nr. 01412
- SNR 91329: Dringlichkeitsbesuche nach EBM-Nr. 01415
- SNR 91330: Besuch in einem Pflegeheim nach EBM-Nr. 01410 bis einschließlich 10 km
- SNR 91331: Besuch in einem Pflegeheim nach EBM-Nr. 01410 ab 10,1 km

Werden die Pauschalzuschläge für Hausbesuche zusätzlich zu der entsprechenden EBM-Nummer abgerechnet?



© Igor-Moizes - Fotolia

Die Vergütung der Leistungen erfolgt außerhalb des Regelleistungsvolumens und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Ja. Sie rechnen für diese Besuche die EBM-Nummer ab und die entsprechende Symbolnummer für den Pauschalzuschlag laut Vertrag.

Beispiel: Sie führen einen Hausbesuch aufgrund einer Erkrankung des Patienten durch. Die Wohnung des Patienten befindet sich in 5 km Entfernung. In diesem Fall können Sie abrechnen:

- EBM-Nr. 01410 (Besuch eines Kranken, wegen Erkrankung ausgeführt) plus
- SNR 91325 (Zuschlag zum Hausbesuch nach der EBM-Nr. 01410 bis einschließlich 10 km) plus
- SNR 91324 Kennzeichnung für die Teilnahme am Hausärzte-Strukturvertrag.

Was ist das Überleitungsmanagement?

Sie stimmen als Hausarzt die Überleitung von der stationären in die ambulante Versorgung mit dem behandelnden Krankenhausarzt ab. Dazu haben Sie den Patienten mindestens einmal unmittelbar (maximal eine Woche) vor der Entlassung aus der stationären Behandlung persönlich besucht. Sie erhalten dafür eine Überleitungspauschale von 40 Euro je Krankenhausaufenthalt, die mit der SNR 91332 abgerechnet wird.

Kann das Überleitungsmanagement auch telefonisch erbracht werden?

Ja, das Überleitungsmanagement kann auch telefonisch stattfinden. Hierfür wird je Krankenhausaufenthalt des Patienten ein Betrag von 18 Euro nach der Symbolnummer 91333 vergütet.

Kann ich telefonisches und persönliches Überleitungsmanagement verbinden?

Nein, die Symbolnummern 91332 und 91333 sind nur einmal je Krankenhausaufenthalt des Patienten ansetzbar und können nicht parallel abgerechnet werden.

Gibt es für das Überleitungsmanagement Dokumentationsbögen?

Nein, Dokumentationsbögen für das Überleitungsmanagement sind nicht vereinbart worden. Eine Dokumentation in den Patientenakten reicht aus.

Wie werden die Patienten für den Arzneimittelcheck ausgewählt?

Die Patienten wählt ausschließlich die Krankenkasse aus. Dazu wertet die AOK Rheinland/Hamburg die Rezepte (für einen Patienten) über einen Zeitraum von insgesamt vier aufeinander folgenden Quartalen aus. Der Arzneimittelcheck auf Wunsch des Hausarztes oder des Patienten ist nach dem Vertrag nicht möglich.

Erhält der Arzt die Betreuungspauschalen auch für Patienten, die in einem Disease-Management-Programm (DMP) eingeschrieben sind, wenn DMP-Leistungen auf dem Behandlungsschein abgerechnet wurden?

Die Ausschlüsse in Bezug auf die DMP-Verträge wurden gelockert. Werden bei einem Patienten Leistungen aus den DMP-Verträgen abgerechnet, die im Zusammenhang mit einer in Anlage 2 gelisteten Diagnose stehen, erhält der Arzt keine der vereinbarten Betreuungspauschalen. Hat der gleiche Patient aber eine weitere Erkrankung, mit einer Diagnose, die in Anlage 2 gelistet ist, erhält der Arzt sowohl für die DMP-Diagnose als auch für die weitere Diagnose die Betreuungspauschale.

Hat sich zum 1. Oktober 2014 etwas an der Liste mit Indikationsgruppen/Diagnosen (Anlage 2) verändert?

Die Anlage 2 wurde überarbeitet. Vereinzelt Diagnosen wurden gestrichen, zum Beispiel die Lungenpest. Auf der anderen Seite wurden Diagnosen wie die COPD neu aufgenommen.

Welche Ausschlüsse gibt es mit anderen Verträgen?

Die Abrechnung inhaltsgleicher Leistungen (zum Beispiel Zuschläge für Hausbesuche) nach diesem Vertrag und parallel anderer Verträge wie der integrierten Versorgung ist unzulässig. Näheres hierzu ist in den Anlagen 5 bis 7 geregelt.

Service teams

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

Service team Köln

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

Service team Düsseldorf

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

„Älter werden ist nichts für Feiglinge“

Experten beantworteten viele Fragen rund ums Älterwerden beim Ratgeber Gesundheit der KV Nordrhein, des Verbunds Katholischer Kliniken Düsseldorf (VKKD) sowie der Rheinischen Post und der Messe Rehacare.



Eine positive Lebenseinstellung hilft beim gesunden Älterwerden. Soziale Stabilität ist ein weiterer wichtiger Faktor.

„Wie vermeide ich, dass ich aus dem Krankenhaus direkt ins Altersheim muss?“ „Welche Möglichkeiten habe ich, um Pflege zu finanzieren?“ „Wie kann mir mein Hausarzt helfen?“ Diese und viele weitere Fragen stellten die mehr als 100 Gäste der Ratgeberveranstaltung „Älter werden ist nichts für Feiglinge“ im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf. Die Experten auf der Bühne erklärten, wie Medizin und Pflege heute konkret Unterstützung anbieten.

Hausarzt als Lotse

Der Kölner Allgemeinmediziner Dr. Frieder Hutterer rückte dabei den Hausarzt als beratenden Lotsen ins Zentrum. Dieser begleite den Patienten in seinen Entscheidungen und komme auch zu ihm ans Krankbett. So habe es im ersten Quartal 2014 in der KV Nordrhein 797.079 Hausbesuche gegeben. „Neben Präventionsmaßnahmen sind eine positive Lebenseinstellung und soziale Stabilität Voraussetzungen für gesundes Älterwerden“, sagte Hutterer.

Einen Überblick zur Situation in Düsseldorf gab Professor Andreas Meyer-Falcke, Beigeordneter der Stadt für Gesundheitsfragen: „Wir sind zwar eine Stadt mit vielen Geburten, aber auch die Düsseldorfer werden älter“, stellt er augenzwinkernd fest. In seinen Augen ist es wichtig, auch mit Zipperlein weiter am Leben teilzunehmen.

Welche Möglichkeiten der Frührehabilitation sich bereits im Krankenhaus bieten, stellte Dr. Frank Richert, Chefarzt der Klinik für Geriatrie am Krankenhaus Elbroich dar. Er erklärte: „Wir arbeiten mit multiprofessionellen Teams und setzen auf die aktivierende Krankenpflege. Selbst wenn wir Patienten nicht gänzlich heilen können, ermöglichen wir es ihnen, im Alltag mit ihren Einschränkungen gut zurecht zu kommen.“

Dabei können die Netzwerke der Pflege unterstützen, die PD Dr. med. Herbert F. Durwen, Chefarzt der Geriatrie im St. Martinus-Krankenhaus, vorstellte: „Dazu gehört das Zusammenspiel zwischen Hausarzt, häuslicher Pflege, der Familie oder einem geriatrischen Zentrum“, erklärte Durwen. Nach den Vorträgen diskutierten die Referenten mit den Zuhörern. Als zusätzliche Ansprechpartner kamen Dr. Heribert Woelki, Chefarzt der Klinik für Geriatrie, St. Mauritius-Therapieklinik Meerbusch; Anita Tönnesen-Schlack, Chefarztin der Klinik für Gerontopsychiatrie im Krankenhaus Elbroich, sowie Brigitte Bührlen, Vorsitzende „WIR! Stiftung pflegender Angehöriger“, dazu. ■ NATASCHA PLANKERMANN

Kodiertipps für Hausärzte neu aufgelegt

Die Broschüre „Kodiertipps für Hausärzte“ ist wieder verfügbar. Die KV Nordrhein zeigt darin anhand von Fallbeispielen, wie Hausärzte Fälle aus der Praxis korrekt kodieren – von A wie Allergien bis Z wie Zoster.

Die Hausärztinnen und Hausärzte im Rheinland hatten die Broschüre bereits im März dieses Jahres mit dem Quartalsrundschreiben erhalten. Die Nachfrage war allerdings auch

danach so groß, dass im Juli die letzten Exemplare vergriffen waren.

Jetzt können Praxen die Broschüre wieder kostenlos erhalten. Sie können die Broschüre per E-Mail und Fax bestellen oder im Internet herunterladen.

E-Mail bestellung.koeln@kvno.de
Telefax 0221 7763 6266
Download www.kvno.de | KV | 140937



Informationsbroschüre zur vertraulichen Geburt

Am 1. Mai 2014 trat das Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt in Kraft (wir berichteten). Das Bundesfamilienministerium will auf diese Weise Schwangere davon abhalten, in ihrer Not das Kind heimlich auf die Welt zu bringen und danach womöglich auszusetzen oder zu töten.

Unter der Nummer 0800 40 40 020 des kostenfreien Hilfetelefon erhalten nicht nur die Betroffenen Rat und Hilfe, dort können auch Ärzte oder ihre Mitarbeiter Auskunft über die

nächstgelegenen Beratungsstellen bekommen. Viele Informationen gibt es zudem im Internet unter www.geburt-vertraulich.de

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

Publikationsversand der Bundesregierung

Postfach 481009
18132 Rostock
Telefon 030 18 27 22 721
E-Mail publikationen@bundesregierung.de
Internet www.bmfsfj.de

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Gruppentherapie im Raum Düsseldorf
Kontakt Dorothea Antonie Schmitz
Dietrich-Bonhoeffer-Str. 2
40667 Meerbusch
Telefon 02132 77112

Thema Tiefenpsychologische und analytische Psychotherapeuten für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
Kontakt Achim Dörpfeld
Ludwigstraße 49
42105 Wuppertal
Telefon 0202 7694866
Freitags um 10 Uhr

Thema Sexualmedizin in Düsseldorf
Kontakt Dr. Markus Valk
Schermecker Landstr. 88a
46485 Wesel
Telefon 0281 23626
Telefax 0281 3009296

Thema QZ Grafenberg
Kontakt Jutta Jackl
Geibelstraße 68
40235 Düsseldorf
Telefon 0211 2396629
Termine nach Vereinbarung

Kontakt
Sabine Stromberg
Telefon 0211 6970 8149
Katharina Ernst
Telefon 0211 5970 8361
Telefax 0211 5970 8160
E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de

14 bis 17 Uhr

Infomarkt der KV Nordrhein

Mittwoch, 3. Dezember 2014

Haus der Ärzteschaft | Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf



Informieren und beraten

Unsere Experten stehen Ihnen an Informationsständen Rede und Antwort. Lassen Sie sich individuell beraten und erfahren Sie alles über Neuerungen im Jahr 2015. Von der Abrechnung bis zur Zulassung – Mitarbeiter der KV Nordrhein stehen für Sie bereit.

Treffen Sie Experten an den Infoständen

- Abrechnungsberatung
- IT-Beratung – verfügbare Online-Dienste; Praxisverwaltungssysteme; Telematik, Datenschutz und -sicherheit
- Niederlassungsberatung
- Pharmakotherapie-Beratung – Tipps zum Verordnen von Arznei- und Heilmitteln sowie Hilfsmitteln
- Hygieneberatung
- KV-Börse – Kooperationspartner und Praxisnachfolger online finden
Betriebswirtschaftliche Orientierung mit dem KV-Praxis-Check
- Serviceteams – Ansprechpartner bei allen Fragen aus dem Praxisalltag
- MFA – Ausbildung und neue Medien für Ihr Praxisteam
- EVA – Fortbildung zur entlastenden Versorgungsassistentin | Abrechenbare Leistungen

Vortrag um 15 Uhr

Die Gesundheitsreform im Überblick – Johannes Reimann | Referat Gesundheitspolitik KV Nordrhein



Engagiert für Gesundheit.
Kassennärztliche Vereinigung
Nordrhein

www.kvno.de



Mitgliederversammlungen

20.11.2014 | 19.30 Uhr | Kreisstelle Mülheim | Ev. Krankenhaus Mülheim
09.12.2014 | 20.00 Uhr | Kreisstelle Solingen | Gründer- u. Technologiezentrum

Abrechnungsunterlagen richtig lesen und verstehen

Wie setzt sich mein Honorar zusammen? Was sagt die Frequenztafel? Was regelt der HVM? Viele Fragen beantworten die Referenten in den Veranstaltungen für Haus- und Fachärzte „Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?“ Die Veranstaltungsreihe will zu einem besseren Verständnis der Abrechnungsunterlagen und der Komplexität der Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen beitragen. In diesem Jahr finden noch drei Veranstaltungen statt.

Weitere Informationen unter: www.kvno.de

ZERTIFIZIERT | ■■ Punkte

Termine 17. November 2014
16 bis 18 Uhr (Fachärzte)
Ort Bezirksstelle Köln
Sedanstraße 10-16
50668 Köln
Anmeldung seminar.abrechnung@kvno.de
Fax 0211 7763 6250

Termin 10. Dezember 2014
16 bis 18 Uhr (Fachärzte)
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung fortbildung@kvno.de
Fax 0211 5970 9916

Der Tod hat viele Gesichter – die Leichenschau

Was bei der Begutachtung von Verstorbenen zu beachten ist, erfahren Sie in der Veranstaltung „Die Leichenschau – was muss der Arzt beachten?“, organisiert vom Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein. Vermittelt werden einerseits die rechtlichen Grundlagen der ärztlichen Leichenschau sowie weitergehend die rechtlichen Aufgaben und Verpflichtungen des Arztes bei deren Durchführung. Ärzte aus der Rechts- und Notfallmedizin informieren über wichtige Details bei der Durchführung der Leichenschau, über Angaben zur Todesfeststellung und zu Todesursachen.

Weitere Informationen unter: www.aekno.de

ZERTIFIZIERT | ■■■■ Punkte

Termin 26. November 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

Hygiene und Desinfektion in der Arztpraxis

In der Fortbildungsveranstaltung sollen die Hygienekenntnisse der Medizinischen Fachangestellten aufgefrischt oder erweitert werden. Vermittelt werden rechtliche Grundlagen und praktische Hinweise zu verschiedenen Themen. Dazu gehören die richtige Anwendung von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln, Informationen über Hygienemaßnahmen, die bei infektiösen Patienten angewendet werden müssen wie auch die Erstellung eines Hygieneplans und dessen Umsetzung. Die Veranstaltung besteht aus einem vorgeschalteten Online-Lernanteil, einem Präsenztermin und einem nachgeschalteten Online-Lernanteil.

Weitere Informationen unter: www.akademienordrhein.info

Termin 3. Dezember 2014
13 bis 17.30 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Info Nordrheinische Akademie
Telefon 0211 4302 2848
Anmeldung lautenschlager@aekno.de
Fax 0211 4302 2809
Gebühr 155 Euro

Veranstaltungen für Mitglieder

■	13.11.2014	KV Nordrhein Fachschaft Medizin Düsseldorf Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum: Infoveranstaltung zur Niederlassung, Düsseldorf	
■	15.11.2014	KV Nordrhein Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte Ärztekammer Nordrhein: Infoveranstaltung für angehende Pädiater/-innen, Düsseldorf	
■	17.11.2014	KV Nordrhein: Vortrag „Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?“, Köln – Fachärzte	
■	21.11.2014	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf	
	21./22.11.2014	Nordrheinische Akademie: Grundkurs Moderatorenausbildung Qualitätszirkel, Düsseldorf	
	26.11.2014	IQN: „Die Leichenschau – was muss der Arzt beachten?“, Düsseldorf	
■	26.11.2014	KV Nordrhein: Vortrag „Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?“, Düsseldorf – Fachärzte	ausgebucht
■	03.12.2014	KV Nordrhein: Infomarkt, Düsseldorf	
■	03.12.2014	KV Nordrhein: Einführungsworkshop „Rational und rationell verordnen für neu niedergelassene Ärzte“, Köln	
	04.12.2014	IQN Akademie: „Fehler' brauchen ‚Kultur‘“, Düsseldorf	
■	10.12.2014	KV Nordrhein: Vortrag „Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?“, Düsseldorf – Fachärzte	
■	17.12.2014	KV Nordrhein: Vortrag „Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?“, Köln – Fachärzte	

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

	12.11.2014	Nordrheinische Akademie: „Diagnosekodierung in hausärztlichen und gynäkologischen Praxen“ – Aufbaukurs, Düsseldorf
	12.11.2014	KV Nordrhein/KOSA: Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis. Schwerpunkt: Psychische Erkrankungen, Köln
	14.11.2014	KV Nordrhein: „Der Weg zu mehr Gelassenheit. Umgang mit stressigen Situationen“, Köln
	19.11.2014	KV Nordrhein: Pharmakotherapie, Köln
	19.11.2014	KV Nordrhein KOSA: Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis. Schwerpunkt: Krebs, Bonn
	26.11.2014	KV Nordrhein: Abrechnung Hausärzte, Köln
	03.12.2014	Nordrheinische Akademie: „Diagnosekodierung in der Praxis“ – Grundlagenwissen, Düsseldorf
	03.12.2014	Nordrheinische Akademie: Blended-Learning-Fortbildungsseminar „Hygiene und Desinfektion in der Arztpraxis“ zur Bestellung eines Hygienebeauftragten, Düsseldorf
	10.12.2014	KV Nordrhein: Abrechnung Hausärzte, Düsseldorf
	12.12.2014	KV Nordrhein: Grundlagentraining für die Erstkraft und leitende Praxismitarbeiterinnen, Köln

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“ 12 | 2014

■ Honorar

Mehr Mittel für MFA-Leistungen

■ KVNO-Portal

Diagnosekorrekturen einfach freigeben

■ Gemeinschaftshilfe

Alle für einen im Sterbefall

■ Hygiene

Was Patienten von Praxen erwarten

Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell

erscheint am 17. Dezember 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