

12 | 2014

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Schwerpunkt

Honorar | PFG-Zuschläge
und Mittel für Assistentinnen

Hintergrund

CIRS-Gipfel NRW | Mehr
Sicherheit dank Fehlerkultur

Aktuell

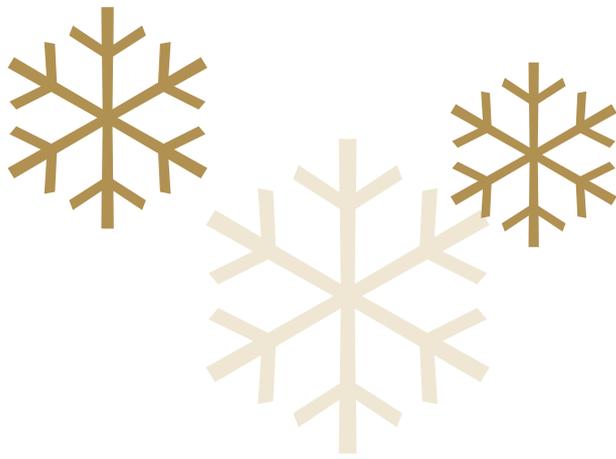
HVM | Floatender
Punktwert bei Notfällen

Verordnungen

Arzneimittel | Budget steigt,
zwei neue Praxisbesonderheiten



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein



Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Honorare 2015:
EBM-Leistungen
für EVA und Co
- 7 Mehr für sozialpädi-
atrische Betreuung
- 8 Strukturpauschale
der Fachärzte steigt
- 15 UV-GOÄ:
Vergütung geändert
- 15 Hilfsmittel-Richtlinie
bei Hörhilfen geändert
- 16 Abrechnung Asylbewerber
– Sozialamt Düsseldorf
- 16 Labor: Nicht auf Fach-
gebietskern beschränkt

Aktuell

- 11 Punktwert floatet
bei Notfällen
- 12 Regresse teils auch
ohne Beratung

■ Praxisinfo

- 14 Abrechnung der
Impfberatung
- 14 DAK-Gesundheit: Schizo-
phrenie-Vertrag gekündigt
- 14 Mehr Möglichkeiten beim
hausärztlichen Gespräch
- 14 Krebsfrüherkennung:
Neues Muster 39

■ Verordnungsinfo

- 17 Arzneimittel: Neue
Praxisbesonderheiten
- 18 Heilmittel-Vereinbarung:
Richtgrößen steigen
- 19 Tageseinrichtungen für
Kinder und Jugendliche
- 19 Keine „traditionellen“
Arzneien auf Kassenrezept

Hintergrund

- 20 CIRS-Gipfel:
Sicherheit dank
Fehlerkultur
- 22 Risikomanagement
in der Praxis

Berichte

- 24 VV der KVNO:
Resolution gegen
Gesetzentwurf
- 26 Beschlüsse der VV
- 30 Praxisbörsentag:
Abgeber treffen Einsteiger
- 31 Ratgeber Tinnitus:
Das Rauschen im Ohr
- 32 Nachwuchskampagne:
Willkommen in der Praxis
- 34 Diagnoseprüfungen:
Freigabe via KVNO-Portal
- 38 Führen Patienten eine
gedankliche Checkliste?

Service

- 40 Die Vernetzung
ist das Ziel
- 42 Gemeinschaftshilfe:
Alle für einen
- 44 Die Polizei –
ein schwieriger Fall

In Kürze

- 45 Fortbildungspflicht:
Änderung bei Angestellten
- 45 Qualitätszirkel suchen
Mitglieder



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

die Zeit der Jahresrückblicke ist gekommen. Wir wollen Sie hier jedoch nicht mit einer Chronik der Ereignisse konfrontieren, zumal das Jahr 2014 uns gesundheitspolitisch erwartbare Ärgernisse beschert hat. Erwartbar deshalb, weil sich das Pensum der Großen Koalition darin erschöpft, die Agenda des Koalitionsvertrags Wort für Wort in Gesetze zu gießen – auch wenn es keinen Sinn macht. Bestes Beispiel sind die „Termin-Servicestellen“, die den Patienten am Ende keine kürzeren Wartezeiten, aber den Praxen und auch der KV eine monströse und teure Bürokratie bescheren werden.

Bei aller berechtigten Aufregung über solch abwegige und praxisferne Eingriffe in die ambulante Versorgung sollten wir nicht vergessen, dass 2014 auch ein Jahr weltweiter Krisen, Konflikte und Flüchtlingsströme war, die uns zunehmend auch hier an Rhein und Ruhr erreichen. Diesem existenziellen Elend sollten wir uns bewusst sein, wenn wir – gerne auch leidenschaftlich – über die Agenda der Gesundheitspolitik, unsere Honorarverteilung oder Varianten des künftigen ambulanten Notdienstes diskutieren.

In diesen Wochen und Monaten erleben wir, welchen Wert soziales und ärztliches Engagement an den Krisenherden der Welt haben kann – zum Beispiel im Kampf gegen Ebola. Angesichts der globalen Meldungen über Krieg, Terror und Vertreibung kann schon mal in Vergessenheit geraten, dass sich auch vor unserer Haustür Menschen in einer existenziellen Notlage befinden und auf Hilfe warten – etwa Patienten, die schwer krank auf ein Spenderorgan warten. Bundesweit warten etwa 11.000 Menschen auf eine Transplantation. Viele davon vergebens – statistisch sterben drei von vier von ihnen, weil ein passendes Organ nicht rechtzeitig verfügbar ist. Bekanntlich haben einzelne, skandalöse Vorgänge in der Transplantationschirurgie der Organspende nachhaltig geschadet. Hier muss mühsam Vertrauen zurückgewonnen werden. Vielleicht ist Weihnachten ein guter Anlass, um die Organspende wieder in Erinnerung zu rufen und aktiv darauf hinzuweisen, was sie im Kern ist: ein Dienst am Nächsten, der Leben schenkt.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen und Ihren Familien frohe Weihnachten und ein gutes neues Jahr.

Herzliche Grüße

Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur.
Vorsitzender

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender

EBM-Leistungen für EVA und Co

Der Einsatz von besonders qualifizierten Medizinischen Fachangestellten in Hausarztpraxen wird ab Januar 2015 bundesweit gefördert. Die Details der neuen Vergütungsregelungen, auf die sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen im November geeinigt haben, stoßen in einigen Kassenärztlichen Vereinigungen auf Kritik – auch in Nordrhein. Es geht dabei um die Bedingungen, die zu erfüllen sind, damit ein Hausarzt die extrabudgetäre Förderung erhalten kann.

Zur Finanzierung der „Strukturförderung“ stehen im kommenden Jahr bundesweit rund 118 Millionen Euro zusätzlich bereit. Dies hatte die KBV im Sommer in den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen vereinbart. Nach der neuen Regelung erhalten ab Januar 2015 Hausärzte auch in nicht-unterversorgten Gebieten Zuschläge für besonders qualifizierte Praxisassistentinnen, die sie bei der Behandlung ihrer Patienten unterstützen und zum Beispiel Hausbesuche übernehmen. Dazu werden drei neue Gebührenordnungspositionen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen: 03060, 03062 und 03063.

Kritik an Regelungen

In der nordrheinischen Ärzteschaft haben die Regelungen starke Kritik ausgelöst. Zur auf

der Bundesebene neu gestalteten Förderung des Einsatzes von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen und -assistenten berichtete der stellvertretende Vorsitzende Bernhard Brautmeier auf der Vertreterversammlung der KV Nordrhein am 21. November. Brautmeier kritisierte, dass nur knapp zwei Drittel der Hausärzte von den Mitteln profitieren könnten. „Das ist völlig inakzeptabel.“ Der Vorstand stellte daher einen Antrag, der die KBV beauftragt, die Regelungen neu zu verhandeln – der Antrag wurde einstimmig angenommen.

Auch in der Vertreterversammlung der KBV wurde Kritik laut. Mehrheitlich angenommen wurden Anträge, die auf Nachbesserung drängen. So soll unter anderem die Fallzahl, ab der die Förderung greift, deutlich reduziert werden. Die Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis, kurz: Verah, die der Deutsche Hausärzterverband bzw. das Institut für Hausärztliche Fortbildung (IHF) ausbildet, sollen ohne weitere zusätzliche Qualifikation als nicht-ärztliche Praxisassistentin anerkannt werden. Auf den Vertreterversammlungen in Berlin und zuvor in Düsseldorf wurde gefordert, dass die Mittel für den Einsatz der nicht-ärztlichen Assistentinnen und Assistenten zumindest teilweise als Zusatzpauschale zur Chronikerziffer zu zahlen seien.

Diese Regelung wäre ganz im Sinne von Reiner Cremer. Der Hausarzt aus Troisdorf und

Die neuen MFA-Vergütungen

Die Tabelle zeigt die EBM-Leistungen für nicht-ärztliche Praxisassistenten, die ab 2015 gelten.

Leistung	EBM-Nummer	Bewertung
Zuschlag zur (03040) Strukturpauschale*	03060	22 Punkte (2,25 Euro)
Hausbesuch der Assistentin einschließlich Wegekosten	03062	166 Punkte (17,05 Euro)
Mitbesuch des Assistenten einschließlich Wegekosten	03063	122 Punkte (12,50 Euro)

* Den Zuschlag zur Strukturpauschale setzt die KV automatisch zu.

Vorsitzender der Kreisstelle Rhein-Sieg der KV Nordrhein wertet das Verhandlungsergebnis auf Bundesebene als „bürokratischen Unsinn“. Er fordert, dass die zusätzlichen Honoraranteile unter allen Hausärzten homogen verteilt werden – in Analogie zu der Regelung bei den Fachärzten

Regelungen im Detail

Die Vergütung der nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen ist an Voraussetzungen der Praxis und die Qualifikation der Medizinischen Fachangestellten (MFA) gebunden.

Vergütung: Hausärzte erhalten für die Anstellung einer Praxisassistentin einen extrabudgetären Zuschlag zur Strukturpauschale (EBM 03040) in Höhe von 2,25 Euro (EBM 03060) pro Fall. Mit dem Zuschlag sollen Ausgaben für Weiterbildung, höhere Personalkosten und zusätzliche Praxisausstattung wie Mobiltelefon oder PKW für Hausbesuche finanziert werden.

Den Zuschlag gibt es für maximal 572 Behandlungsfälle je Praxis und Quartal – maximal bis zu einem Wert von 12.851 Punkten (1.320 Euro) im Quartal. Zwei Besonderheiten sind zu beachten:

- Nicht gezählt werden Fälle im organisierten Bereitschaftsdienst, Überweisungsfälle ohne Patienten-Kontakt und stationäre (belegärztliche) Fälle.
- Die Anzahl der Zuschläge verringert sich um die Zahl der Behandlungsfälle aus Verträgen ohne KV-Beteiligung wie der hausarztzentrierten Versorgung nach Paragraph 73b des Sozialgesetzbuchs V. Auch Fälle aus Verträgen zur knappschaftsärztlichen Versorgung werden abgezogen. Diese Fälle müssen Praxen in der Abrechnung mit der Symbolnummer 88194 kennzeichnen.

Beispiel: Eine Praxis mit 600 Fällen, von denen 200 auf Selektivverträge entfallen,

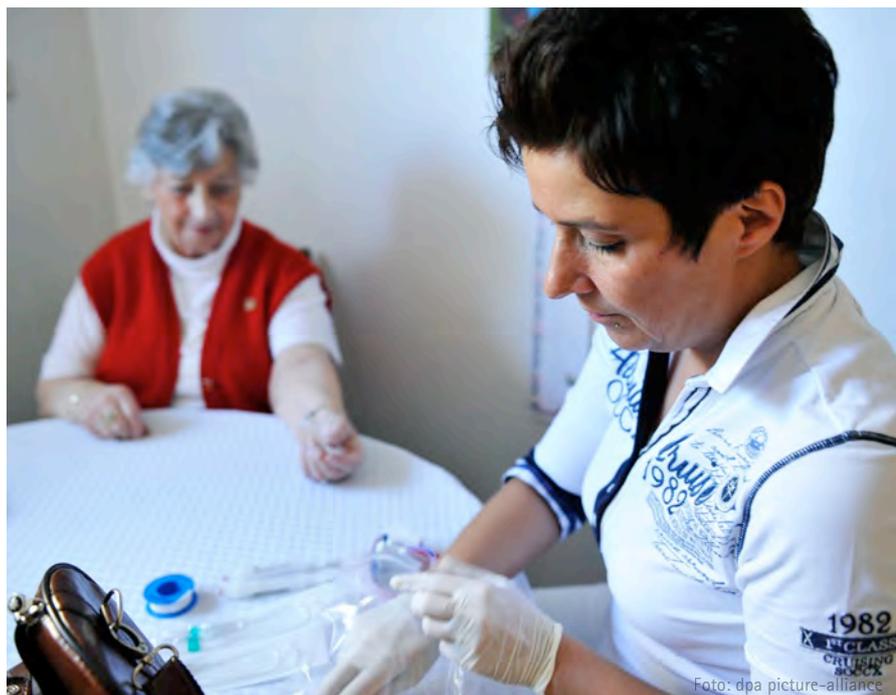


Foto: dpa picture-alliance

erhält statt für 572 Fälle (Höchstgrenze 12.851 Punkte) nur für 372 Fälle (8181 Punkte) den Zuschlag von je 2,25 Euro. Der Höchstwert sinkt also um 4.400 Punkte. Der Grund ist, dass diese Verträge häufig schon eine Vergütung der Praxisassistenten vorsehen.

Der Einsatz von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen wird bezahlt, zum Beispiel bei Hausbesuchen.

Neben den EBM-Nummern 03062 und 03063 können nur Leistungen des Abschnitts 32.2 (Allgemeines Labor) sowie die Nummer 31600 (Postoperative Behandlung) abgerechnet werden. Palliativmedizinische Leistungen beispielsweise kann die Assistentin nicht abrechnen.

Voraussetzungen: Praxisassistentinnen sollen vor allem in Hausarztpraxen zum Einsatz kommen, die viele Patienten betreuen und Unterstützung benötigen. Um die EBM-Nummern 03060, 03062 und 03063 abrechnen zu können, benötigen Hausärzte eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Die Genehmigung gilt zunächst für zwei Jahre, danach prüft die KV, ob die Voraussetzungen noch immer erfüllt sind.



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@aekno.de
Tanja Kohnen | Telefon 0211 4302 2834 | E-Mail akademie@aekno.de

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



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein



Um die Abrechnungsgenehmigung zu erhalten, müssen die Praxen gegenüber der KV erklären, dass sie eine nicht-ärztliche Praxisassistentin mit mindestens 20 Wochenstunden in der Praxis beschäftigen. Die Praxen müssen zudem eine der beiden folgenden Bedingungen erfüllen:

- In den vergangenen vier Quartalen wurden im Schnitt mindestens 860 Behandlungsfälle je Quartal abgerechnet. (Bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich die Fallzahl um 640 Fälle je weiteren Hausarzt mit vollem Tätigkeitsumfang. Das heißt: bei zwei Sitzen 1.500, bei 2,5 Sitzen 1.820 Fälle, bei drei Sitzen 2.140 Fälle.)
- In den vergangenen vier Quartalen hat der Arzt durchschnittlich mindestens 160 Patienten behandelt, die älter als 75 Jahre sind. (Bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich die Fallzahl um 120 Fälle je weiteren Hausarzt mit vollem Tätigkeitsumfang. Das heißt: bei zwei Sitzen 280, bei 2,5 Sitzen 340 Fälle, bei drei Sitzen 400 Fälle.)

Wenn ein Hausarzt nicht in vollem Tätigkeitsumfang arbeitet, errechnet die KV die anteilige Fallzahl.

In Nordrhein erfüllen rund 60 Prozent der Hausarztpraxen zumindest eines der beiden Kriterien. Sie könnten die Honorare für die Praxisassistentinnen erhalten – wenn sie eine entsprechend qualifizierte MFA beschäftigen.

Übergangsregelung: Da in vielen Hausarztpraxen Mitarbeiterinnen für diese neuen Aufgaben erst noch ausgebildet werden müssen, haben KBV und Krankenkassen eine Übergangsregelung vereinbart. Danach können Ärzte die neuen Leistungen bereits ab Beginn der Ausbildung des Mitarbeiters zum nicht-ärztlichen Praxisassistenten abrechnen. Das heißt, dass die praktische Fortbildung im Sinne einer Begleitung bei Hausbesuchen bereits

begonnen hat. Die Ausbildung muss allerdings bis 30. Juni 2016 abgeschlossen sein.

Aufgaben: Eine nicht-ärztliche Praxisassistentin bzw. -assistent unterstützt die Hausärztin bzw. den Hausarzt bei der Betreuung der Patienten. Der Arzt überwacht die Tätigkeit der Assistentin und ist jederzeit für sie erreichbar. Nach einem Hausbesuch informiert die Assistentin den Arzt spätestens am nächsten Werktag über die erhobenen Befunde und durchgeführten Maßnahmen.

Qualifizierung: Medizinische Fachangestellte (MFA), die diese Aufgabe übernehmen wollen, benötigen eine entsprechende Fortbildung (§ 7 der Delegationsvereinbarung). Auf der Basis des Curriculums der Bundesärztekammer findet in Nordrhein-Westfalen die Ausbildung zur Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA) statt. Umfang und Gebühr sind abhängig von der Berufserfahrung der Teilnehmerin. Die EVA-Fortbildung dauert beispielsweise bei mehr als zehnjähriger Berufserfahrung 170 Stunden (zuzüglich 20 Stunden praktischer Fortbildung in Form von Hausbesuchen) und kostet 1190 Euro.

Sowohl die Bundesärztekammer als auch der Deutsche Hausärzterverband haben entsprechende Fortbildungscurricula für MFA und Angehörige anderer Gesundheitsberufe entwickelt. Die Versorgungsassistentinnen in Hausarztpraxen (Verah) genügen den Anforderungen des Curriculums nicht ganz. Sie müssen zusätzlich je nach Berufserfahrung 20 bis 40 weitere Unterrichtsstunden absolvieren, sowie eine schriftliche Ergänzungsprüfung bei der Ärztekammer ablegen. In Nordrhein gibt es derzeit gut 100 EVAs und rund 400 Verahs.

Übrigens: Die bisherigen Hausbesuchsziffern (Nummer 40240 und 40260 EBM) für „normale“ MFA sind weiter abrechenbar.

■ FRANK NAUNDORF

Aktuelle Infos zu den neuen EBM-Leistungen für besonders qualifizierte MFA unter www.kvno.de | KV | 141205

Genehmigung und EVA-Anmeldung

In der KV Nordrhein erteilen die Genehmigungen zur Abrechnung der Leistungen von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen und -assistenten die Abteilungen für Qualitätssicherung in den Bezirksstellen Köln und

- Erklärung, dass die nicht-ärztliche Praxisassistentin mindestens 20 Wochenstunden in der Praxis beschäftigt ist.
- Nachweis, dass die nicht-ärztliche Praxisassistentin über eine qualifizierte Berufsausbildung zur MFA, Arzthelferin oder Krankenschwester verfügt.
- Erklärung, dass die nicht-ärztliche Praxisassistentin über eine mindestens dreijäh-

Wenn Ihre MFA die Fortbildung zur EVA mit dem praktischen Teil beginnen soll, dann können Sie das in der eigenen Praxis tun, indem Sie sie mit auf Hausbesuche nehmen. Hierbei begleitet die angehende Versorgungsas-

Die Unterlagen sind einzureichen bei

Bezirksstelle Düsseldorf
Abteilung Qualitätssicherung
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Als Kontakt steht für Sie bereit

Uwe Wirth
Telefon 0211 5970 8563
Telefax 0211 5970 8574
E-Mail uwe.wirth@kvno.de

Martina Rathay
Telefon 0211 5970 8560
Telefax 0211 5970 8574
E-Mail martina.rathay@kvno.de

Im Februar beginnt eine neue EVA-Fortbildung der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung in Düsseldorf. Leider sind die Kapazitäten für die Ausbildung begrenzt. Die KV Nordrhein und die Nordrheinische Akademie werden so vie-

Düsseldorf. Hier können sich Medizinische Fachangestellte (MFA) auch zu EVA-Fortbildungen anmelden. Folgende Unterlagen müssen Hausarztpraxen einreichen, um die Genehmigung zu erhalten:

- Nachweis einer Zusatzqualifikation der nicht-ärztlichen Praxisassistentin gemäß § 7 der Delegationsvereinbarung. Hier reicht im Rahmen der Übergangsregelung der Nachweis aus, dass die Medizinische Fachangestellte die praktische Ausbildung begonnen hat.

Die MFA assistiert die Ärztin bzw. den Arzt bei Hausbesuchen und übernimmt diese im weiteren Verlauf unter Aufsicht des Arztes selber. Jeder Hausbesuch ist mit je 30 Minuten auf die praktische Fortbildungspflicht anzurechnen.

Bezirksstelle Köln
Abteilung Qualitätssicherung
Sedanstraße 10-16
50668 Köln

Franz Triebea
Telefon 0221 7763 6561
Telefax 0221 7763 6550
E-Mail franz.trieba@kvno.de

Christiane Sybertz
Telefon 0221 7763 6502
Telefax 0221 7763 6550
E-Mail christiane.sybertz@kvno.de

le EVA-Fortbildungen wie möglich anbieten, damit die Hausarzt-Praxen ihre MFA im Sinne der Bundesvereinbarung qualifizieren können. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass nicht alle Interessierten im Jahr 2015 zum Zuge kommen.

Aktuelle Infos finden Sie unter www.akademie-nordrhein.de und www.kvno.de | **KV | 141206**

Mehr für sozialpädiatrische Betreuung

Auch für die Praxen der Pädiater haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband eine Förderung beschlossen. Bundesweit 14 Millionen Euro zahlen die Kassen zusätzlich für die sozialpädiatrische Betreuung von Kindern und Jugendlichen.

Pädiater mit entsprechender Qualifikation erhalten einen Zuschlag für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung. Damit soll der erhöhte Aufwand bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen beispielsweise mit motorischen, kognitiven oder emotionalen Auffälligkeiten, Erkrankungen oder einer Behinderung besser berücksichtigt werden.

Zuschlag und neue EBM-Leistung

Die neue Leistung wird als Zuschlag zur EBM-Nummer 04355 gezahlt, wenn nach der sozialpädiatrisch orientierten Beratung, Erörterung und/oder Abklärung eine weiterführende sozialpädiatrische Versorgung erfolgt. Dazu wird zum 1. Januar 2015 die Nummer 04356 neu in den EBM aufgenommen. Sie ist mit 195 Punkten bewertet (rund 20 Euro). Die Vergütung erfolgt extrabudgetär und ohne Mengenbegrenzung zum vereinbarten Preis.

Die Leistung kann zweimal im Krankheitsfall abgerechnet werden, das heißt zweimal innerhalb von vier Quartalen, bei Bedarf auch zweimal im selben Quartal. Voraussetzung ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt oder ein persönlicher Kontakt des Arztes zu einer Bezugsperson des Kindes oder Jugendlichen von mindestens 15 Minuten. Die Leistung umfasst unter anderem die Erhebung und/oder das Monitoring von motorischen, kognitiven, emotionalen und/oder organbedingten Einschränkungen und/oder Auffälligkeiten sowie die Beratung über weiterführende Maßnahmen.

Kinder- und Jugendärzte benötigen für die Abrechnung eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Sie müssen dafür eine sozialpädiatrische Qualifikation von mindestens 40 Stunden absolviert haben (gemäß dem Curriculum „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie für die kinder- und jugendärztliche Praxis“ der Bundesärztekammer). Alternativ wird eine ärztliche Tätigkeit von mindestens sechs Monaten – auch im Rahmen der Weiterbildungszeit – in einem Sozialpädiatrischen Zentrum beziehungsweise in einer interdisziplinären Frühförderstelle anerkannt. Die Praxen müssen außerdem mit Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie einem Sozialpädiatrischem Zentrum kooperieren.

Übergangsregelung bis 30. Juni 2016

In einer Übergangsregelung haben sich KBV und Krankenkassen darauf geeinigt, dass bis zum 30. Juni 2016 die EBM-Nummer 04356 auch ohne Nachweis der Qualifikation berechnungsfähig ist. Voraussetzung dafür ist, dass die Vertragsärzte im Vorjahresquartal und in dem darauffolgenden Quartal in durchschnittlich mindestens 50 Behandlungsfällen pro Quartal die 04355 EBM abgerechnet haben. ■ NAU | KBV



Foto: dpa picture-alliance

Die sozialpädiatrische Betreuung ist aufwändig. Dafür erhalten die Pädiater mehr Honorar.

Strukturpauschale der Fachärzte steigt

Die Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) steigen um knapp 27 Prozent. Auf entsprechende Zuschläge haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband verständigt. Insgesamt 132 Millionen Euro stehen dafür 2015 zur Verfügung.

Die Erhöhung der PFG wird bei exakt 26,7 Prozent liegen – und zwar bei allen „Facharzt-Grundversorgern“. Damit sie extrabudgetär ausgezahlt werden kann, wird das Geld in Form von festen Zuschlägen ausgezahlt, für die es neue EBM-Gebührenordnungspositionen gibt. Ab 1. Januar 2015 erhält also jede Fachgruppe der Grundversorgung eine eigene Zuschlagsziffer. Die KV Nordrhein setzt den Zuschlag automatisch bei der Abrechnung für jeden PFG-Fall hinzu.

Die absolute Summe für die Förderung liegt bundesweit bei 132 Millionen Euro. Doch diese fließt an alle Fachärzte, die Patienten in der Grundversorgung behandeln. Der zusätzliche Betrag pro Fall für die Grundversorgung steigt folglich in überschaubarem Ausmaß. Für die HNO-Ärzte beispielsweise beträgt der Zuschlag

zur PFG 0,72 – dazu kommen wie bisher die 27 Punkte für die PFG-Pauschale.

PFG für Schwerpunkt-Internisten

KBV und GKV-Spitzenverband haben zudem den Kreis der Grundversorger erweitert: Ihm gehören nun auch die Schwerpunkt-Internisten an. Sie erhalten ebenfalls eine PFG. Sie ist mit 41 Punkten bewertet, die innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung ausgeschüttet werden, dazu kommt der extrabudgetäre Zuschlag mit elf Punkten. Insgesamt 6,64 Millionen Euro sollen Kardiologen, Onkologen und Co zusätzlich zufließen.

PFG und Zuschlag gibt es für die Schwerpunkt-Internisten aber nicht generell. Die Förderung steht ihnen nur in Behandlungsfällen zu, in denen sie ausschließlich die im EBM je-

► WEITER AUF SEITE 10

Stichwort: PFG

Die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) haben die Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband im Oktober 2013 für sogenannte „Fachgruppen der Grundversorgung“ eingeführt. Denn die haben nach Einschätzung der KBV in den vergangenen Jahren kaum von Honorarzuwächsen profitiert.

Die PFG wird einmal im Quartal gezahlt und zwar für jeden Behandlungsfall, bei dem der Arzt ausschließlich konservativ tätig ist

und keine spezialisierten Leistungen durchführt. Die Leistungen, die zum Ausschluss der Pauschale führen, sind im Anhang 3 zum EBM gelistet. Beispiel: Untersucht ein Augenarzt die Sehfähigkeit eines Patienten oder behandelt er eine Bindehautentzündung, rechnet er die Pauschale ab. Führt er hingegen eine Katarakt-Operation durch, erhält er keine Pauschale. Die PFG geht in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf – die neuen Zuschläge erhalten Praxen extrabudgetär.

Übersicht zur PFG und den Zuschlägen ab 1. Januar 2015

Fachgruppe		PFG in MGV			PFG-Zuschlag extrabudgetär		
		in Punkten	in Euro	EBM- Nummer	in Punkten	in Euro	EBM- Nummer
Anästhesiologie		75	7,70	05220	20	2,05	05222
Augenheilkunde		21	2,16	06220	6	0,62	06222
Chirurgie		32	3,29	07220	9	0,92	07222
Gynäkologie		24	2,47	08220	6	0,62	08222
Hautarzt		18	1,85	10220	5	0,51	10222
HNO		27	2,77	09220	7	0,72	09222
Innere Medizin	FA ohne Schwerpunkt	41	4,21	13220	11	1,13	13222
	SP Angiologie			13294			13296
	SP Endokrinologie			13344			13346
	SP Gastro- enterologie			13394			13396
	SP Hämatologie/ Onkologie			13494			13496
	SP Kardiologie			13543			13544
	SP Nephrologie			13594			13596
	SP Pneumologie			13644			13646
	SP Rheumatologie			13694			13696
Kinder- und Jugendpsychiatrie		85	8,73	14214	23	2,36	14216
Nervenheilkunde		39	4,01	21225	10	1,03	21226
Neurologie		39	4,01	16215	10	1,03	16217
Orthopädie		31	3,18	18220	8	0,82	18222
Phoniatrie und Pädaudiologie		27	2,77	20220	7	0,72	20222
Physikalische und Rehabilitative Medizin		65	6,68	27220	17	1,75	27222
Psychiatrie		44	4,52	21218	12	1,23	21219
Psychosomatik und Psychotherapie		164	16,85	22216	44	4,52	22218
Psychotherapie		164	16,85	23216	44	4,52	23218
Urologie		35	3,60	26220	9	0,92	26222

Quelle: KBV



Foto: dpa picture-alliance

Für jeden Fall in der Grundversorgung gibt es einen Zuschlag. Nun auch für die Facharztinternisten wie Kardiologen.

weils verzeichnete Grundpauschale und/oder den Laborwirtschaftlichkeitsbonus (EBM-Nummer 32001) abrechnen.

PFG-Neuberechnungen

Für einige Fachgruppen haben KBV und GKV-Spitzenverband beschlossen, die Pauschalen zu ändern:

Gynäkologen: Die PFG sinkt um sechs auf 24 Punkte. Anlass für die Anpassung: Die Gynäkologen haben die PFG häufiger erhalten als

erwartet wurde. Das wiederum lag daran, dass die EBM-Nummer 01701 oft nicht angesetzt wurde. Daher wird die Laborgrundpauschale Prävention (EBM 01701) aus dem Ausschlusskatalog entnommen.

Psychiater und Nervenärzte: Die bisherige Pauschale für die psychiatrische und nervenheilkundliche Grundversorgung wird aufgeteilt. Die Pauschale für die Psychiatrie (EBM-Nummer 21218) liegt künftig bei 44 Punkten. Die PFG für die Nervenheilkunde (neue EBM-Nummer: 21225) ist mit 39 Punkten bewertet. Bislang erhielten beide Fachgruppen eine Pauschale von 40 Punkten.

Neurologen: Die PFG für Neurologen (16215 EBM) sinkt ab 1. Januar 2015 um einen Punkt auf 39 Punkte.

Der Bewertungsausschuss wird anhand der Abrechnungsdaten des 2. Quartals 2015 prüfen, ob einzelne Pauschalen häufiger angesetzt werden als erwartet. Denn dies hätte zur Folge, dass das Vergütungsvolumen nicht ausreicht. In diesem Fall wird der Bewertungsausschuss nach Angaben der KBV beraten, „welche Maßnahmen geeignet sind, um eine weitere Überschreitung zu verhindern.“ ■ FRANK NAUNDORF

Mehr Infos unter www.kbv.de | KV | 141210

Förderungswürdige Leistungen: Auszahlung gestartet

Für das Jahr 2014 hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen vereinbart, dass diese die Vergütung besonders förderungswürdiger Leistungen erhöhen. Für den fachärztlichen Bereich zahlen die Kassen 5,7 Millionen Euro mehr. Da die Verhandlungen lange dauerten, haben die Fachärzte die Förderung nicht im Rahmen der Abrechnung des 1. und 2. Quartals erhalten. Deswegen gab es Ende November eine Nachvergütung.

Den Betrag, den die Fachärzte als Nachzahlung erhalten, hat die KV Nordrhein Ende November per Brief mitgeteilt.

Von dem genannten Betrag sind 2,7 Prozent Verwaltungskosten abgezogen worden; sollte es eine Differenz zu den tatsächlichen Verwaltungskosten geben, wird diese bei der Restzahlung für das 3. Quartal 2014 berücksichtigt.

Punktwert floatet bei Notfällen

Vergütungen der Leistungen in der Notfallversorgung, Abstaffelungs- und Härtefallregelung – die Vertreterversammlung hat am 21. November mehrere Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) beschlossen.

Leistungen der Notfallversorgung: Ab dem 1. Januar 2015 werden für die Vergütung der Leistungen der ambulanten Notfallversorgung nur noch die Mittel bereitgestellt, die für den ärztlichen Bereitschaftsdienst aus der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung separiert werden. Die Folge: Die Leistungen werden mit einem floatenden Punktwert bezahlt. Zusätzlich trennt die KV die Leistungen, die innerhalb bzw. außerhalb der Notdienstzeiten erbracht werden. Die Höhe der Ausschüttungspunktwerte richtet sich nach der Höhe des abgerechneten Leistungsbedarfs in den Bereichen.

Abstaffelungsregelung: Mit dem 2. Quartal 2015 entfällt die Kürzung des RLV-Fallwertes bei deutlicher Überschreitung der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe. Für die Berechnung des Regelleistungsvolumens (RLV) multipliziert die KV Nordrhein dann jeden Fall mit dem vollen Fallwert. Folge: Praxen mit Fällen deutlich über dem Durchschnitt erhalten höhere RLV als bisher.

Ein Beispiel: Der Durchschnitt einer Arztgruppe liegt bei 1000 Fällen. Bisherige Regelung: Ab dem 1500. Fall wird der Fallwert um 25 Prozent gekürzt, ab dem 1700. Fall um 50 Prozent und ab dem 2000. Fall wird der Fallwert um 75 Prozent gekürzt. Neue Regelung: Jeder Fall wird mit dem vollen Fallwert multipliziert.

Härtefallregelungen: Nachdem der HVM-Ausschuss die Erfahrungen mit den Härte-

fallregelungen analysiert hat, hat die Vertreterversammlung beschlossen, die bisherigen Regelungen zu erweitern. Dabei geht es um Ausnahmen bei Praxisschließungen, Praxisverlegungen, in Fällen der eigenen Krankheit des Arztes, jeweils in besonderen Härtefällen. Die bisherigen Regelungen bleiben weiter gültig. In den folgenden Fällen muss gemäß des neu aufgenommenen § 6 Abs. 2 des HVM keine Fallzahlveränderung (Rückgang bzw. Erhöhung) in Höhe von 20 Prozent mehr nachgewiesen werden:

- bei eigener Krankheit des Arztes, wenn es sich um eine schwerwiegende und lang anhaltende Erkrankung handelt.
- bei Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten angestellten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft oder in der näheren Umgebung der Praxis, wenn aufgrund besonderer Umstände des Einzelfalles die Einhaltung des 20 Prozent-Kriteriums unzumutbar erscheint.
- bei Verlegung einer Praxis im Umfeld aus dem Einzugsbereich hinaus, wenn aufgrund besonderer Umstände des Einzelfalles die Einhaltung des 20 Prozent-Kriteriums unzumutbar erscheint.

Kontingentierte Leistungen: Die Kontingente der Duplexsonographie der Gefäßchirurgie und der Angiologie für Angiologen in gefäßchirurgischen Praxen werden zusammengelegt. Ziel ist, die hohen Punktwertschwankungen in den beiden Kontingenten abzuschwächen und eine stabile Vergütung dieser Leistungen herzustellen. ■ DIRK SCHULTEJANS

Regress teils auch ohne Beratung

Wenn ein Arzt in der Vergangenheit bereits einen Regressbescheid erhalten hat, greift der Grundsatz „Beratung vor Regress“ nicht mehr. Das hat Bundessozialgericht (BSG) am 22. Oktober 2014 entschieden. Die Urteile der Kasseler Richter beenden die bislang konträren Entscheidungen der Beschwerdeausschüsse und Instanzgerichte.



In einem der zur Entscheidung stehenden Fälle war ein Regressbescheid wegen Überschreitung der Heilmittel-Richtgrößen für das Jahr 2008 streitig. Der Arzt hatte bereits Bescheide für die Jahre 2006 und 2007 erhalten. Der Auffassung, dass die Einführung des Grundsatzes Beratung vor Regress zum 1. Januar 2012 zu einer „Nullstellung“ geführt habe, folgte das BSG nicht. Diese sogenannte „Nullstellung“ hätte zur Folge gehabt, dass jeder Arzt zunächst beraten worden wäre, bevor für einen späteren Zeitraum ein Regress hätte ausgesprochen werden können.

Das Gericht war der Auffassung, dass von einer erstmaligen Überschreitung nicht die Rede sein kann, nach-

dem es bereits in den Vorjahren Regressbescheide gegeben hatte. „Vielmehr entfällt die „Erstmaligkeit“ der Überschreitung – und damit der Beratungsvorrang – dann, wenn es bereits in vorangegangenen Prüfzeiträumen zu einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens von mehr als 25 v. H. gekommen ist und diese Überschreitung nicht durch Praxisbesonderheiten begründet ist“, so die Kasseler Richter.

Der zweite Fall, der in Kassel entschieden wurde, stammte aus Nordrhein. Hier befasste sich das Gericht mit der Frage der später eingeführten Regelung, dass die Beratung vor Regress auch für Verfahren gelte, die am 31. Dezember 2011 noch nicht abgeschlossen waren.

Erst ab 26. Oktober 2012

Im vorliegenden Fall war der Bescheid des Beschwerdeausschusses im Mai 2012 ergangen. Die gesetzliche Regelung wurde jedoch erst am 25. Oktober 2012 in das Gesetz aufgenommen. Diese Regelung stellt nach Auffassung der Richter eine Änderung der bisherigen Rechtslage dar. Die Wirtschaftlichkeitsprüfung richtet sich demnach grundsätzlich nach der Rechtslage, die im jeweiligen Prüfungszeitraum gegolten hat.

Da die neu eingeführte Regelung erst am 26. Oktober 2012 in Kraft getreten ist, entzieht die Bestimmung den vor seinem Inkrafttreten nach altem Recht ergangenen Entscheidungen der Beschwerdeausschüsse nicht die Grundlage, spricht: Der nach der alten Rechtslage erlassene Bescheid hat Bestand. Sollte der Gesetzgeber eine andere Regelungsabsicht gehabt haben, hätte dies im Gesetz deutlich zum Ausdruck kommen müssen.

Das BSG stellte jedoch auch klar, dass der Beschwerdeausschuss eventuelle Praxisbesonderheiten noch zu prüfen habe. Der beklagte Beschwerdeausschuss wurde zur Neubescheidung verurteilt. Denn der Beschwerdeausschuss habe nicht ausreichend begründet, warum seiner Auffassung nach keine Praxisbesonderheiten vorliegen.

■ IRINA NEULEBEN



Start-up in die Niederlassung – Die Arztpraxis organisiert und sicher

Informationstag für Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassungsphase

Freitag | 16. Januar 2015 | 10 – 16.30 Uhr

Haus der Ärzteschaft | Tersteegenstraße 9 | 40474 Düsseldorf

Moderation: Dr. med. Oscar Pfeifer

- 10.00 Uhr **Begrüßung und Einführung**
Bernhard Brautmeier | Stellvertretender Vorsitzender | KV Nordrhein
- 10.20 Uhr **Prozesse zuverlässig steuern – Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement im Niederlassungsalltag**
Dr. med. Oscar Pfeifer | Facharzt für Allgemeinmedizin | Essen
- 12.00 Uhr **Datenschutz in der Arztpraxis**
Dr. med. Oscar Pfeifer | Facharzt für Allgemeinmedizin | Essen
- 12.30 Uhr **Der Arzt als Ausbilder von Medizinischen Fachangestellten**
Cornelia Grün | Referentin Ausbildungswesen MFA | Ärztekammer Nordrhein
- 14.00 Uhr **Regelungen für den Arzt als Arbeitgeber**
Dipl.-Ing. Jörg Damm | Sicherheitsingenieur | ZAS Safety Consult
- 14.45 Uhr **Aufgaben und Leistungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)**
Bianca Milde und Lena Hohlfeld | Präventionsberaterinnen | BGW-Bezirksstelle Köln
- 15.30 Uhr **Hygiene – Schutz für Patienten und Mitarbeiter**
Patrick Ziech und Anna-Lena Poth | Abteilung Qualitätssicherung | KV Nordrhein
- 16.30 Uhr Ende

Begrenzte Teilnehmerzahl

Anmeldung erforderlich unter

E-Mail anmeldung@kvno.de

Fax 0211 5970 9990

Zertifizierung beantragt



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

www.kvno.de

Abrechnung der Impfberatung



Pro Impfberatung zahlen die Kassen im Rheinland vier Euro.

Die KV Nordrhein hat sich mit den nordrheinischen Krankenkassenverbänden auf eine neue Leistung, die sogenannte Impfberatung geeinigt (wir berichteten). Seit dem 1. Juli 2014 kann diese Leistung mit der Symbolnummer 89090 abgerechnet werden,

wenn im selben Quartal keine Impfung durchgeführt wird. Die Impfberatung wird mit vier Euro außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert.

Bitte beachten Sie: Die Impfberatung ist nicht gesondert abrechnungsfähig, wenn der Patient im selben Quartal zusätzlich kurativ behandelt wird. Bei der Abrechnung ist der Behandlungsfall und nicht der Arzt-Patienten-Kontakt ausschlaggebend. Wenn Sie in einem Quartal eine Impfung abrechnen, wird die im selben Quartal durchgeführte Impfberatung gestrichen – und zwar unabhängig davon, für welche Impfung Sie die Beratung durchgeführt haben. Eine Mehrfachabrechnung der Impfberatung in einem Quartal unter Berücksichtigung der genannten Voraussetzungen für die Abrechnung ist zulässig.

DAK-Gesundheit: Schizophrenie-Vertrag gekündigt

Die DAK-Gesundheit hat den Schizophrenie-Vertrag zum 31.12.2014 gekündigt. Damit sind ab dem 1. Januar 2015 Leistungen nach diesem Vertrag für DAK-Versicherte nicht mehr abrechnungsfähig. Der Schizophrenie-Vertrag gilt damit nur noch für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg.

Hausärztliches Gespräch: Mehr Möglichkeiten zur Abrechnung

Hausärzte sowie Kinder- und Jugendmediziner können ab 1. Januar 2015 bei verschiedensten Erkrankungen ein ausführliches problemorientiertes Patientengespräch (EBM-Nummern 03230 / 04230) abrechnen. Damit ist diese Leistung nicht länger nur an eine lebensverändernde Krankheit gebunden. Voraussetzung ist ein Gespräch von mindestens zehnminütiger Dauer mit dem Patienten und/oder einer Bezugsperson. Die Leistungslegende im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) wird in „Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist“, geändert.

Hintergrund: Die bisherige Bindung der Leistungsposition an eine „lebensverändernde“ Krankheit hat viele zeitintensive Arzt-Patienten-Gespräche nicht berücksichtigen können. Auch konnten Hausärzte und Pädiater ihr Kontingent für Gesprächsleistungen dadurch nicht ausschöpfen. Seit Oktober 2013 kann das ausführliche hausärztliche Gespräch separat abgerechnet werden. Hausärzte sowie Kinder- und Jugendmediziner erhalten nun ein quartalsbezogenes Kontingent für Gesprächsleistungen. Die Ärzte können danach rein rechnerisch mit jedem zweiten Patienten einmal im Quartal ein Gespräch führen und abrechnen, das mindestens zehn Minuten dauert.

Krebsfrüherkennung: Ab 1. Januar neues Muster 39

Zytologen müssen die Krebsfrüherkennungsbefunde ab dem 1. Januar 2015 auf einem neuen Muster 39 dokumentieren. Die alten Vordrucke dürfen nicht mehr verwendet werden.

Seit 1. Juli 2014 gilt für die gynäkologische Zytodiagnostik der Cervix uteri (Gebärmutterhals) ein neues Klassifikationsmodell, die Münchner Nomenklatur III (wir berichteten).

Zum 1. Januar 2015 wird die Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie an die neue Nomenklatur III angepasst. Die Vereinbarung schreibt vor, dass Ärzte die neue Version III sowohl bei der Befunddokumentation als auch für die Jahresstatistik ab dem Berichtsjahr 2015 verwenden müssen.

Damit Ärzte auf Basis der neuen Klassifikation dokumentieren können, werden die Berichtsbögen 39b „Ausfertigung für den untersuchenden Arzt“ und 39d „Ausfertigung für den Zytologen“ angepasst. Konkret geändert wird das Feld „Zytologischer Befund“. Künftig ist hier die Gruppe vorgedruckt und die entsprechende Bezeichnung ist im Freitextfeld zu ergänzen. Darüber hinaus gibt es noch einige redaktionelle Anpassungen. So sind für Bemerkungen mehr Zeilen vorgesehen bzw. die Reihenfolge bei den Ankreuzkästchen Endozervikale Zellen wurde getauscht.

Die alten Vordrucke können aus Gründen einer einheitlichen statistischen Erfassung für die Befunddokumentation nicht weiter verwendet werden. Die Praxisverwaltungssysteme werden mit dem Update für das erste Quartal 2015 aktualisiert. Praxen mit Blankoformularbedruckung brauchen es nur einzuspielen, um die neuen Formulare auszudrucken.

UV-GOÄ: Vergütung für psychologische Tests geändert

Die Gebühren zur Abrechnung psychologischer Testuntersuchungen in der GOÄ der gesetzlichen Unfallversicherung (UV-GOÄ) ändern sich am 1. Januar 2015. Es geht um die Nummern 855, 856 und 857. Diese können künftig pro Test und damit mehrmals pro Patient abgerechnet werden.

Deutlich besser honoriert werden die standardisierten Testverfahren zur Entwicklungs- und Intelligenzdiagnostik (Nr. 856): Ärzte bekommen ab Anfang 2015 für jeden Test 45 Euro,

zurzeit sind es einmalig 31,01 Euro. Außerdem wurde die Leistungslegende um neue Testverfahren erweitert. Die Gebührenordnungsnummern 855 und 857 können ebenfalls mehrmals abgerechnet werden. Die Höhe der Vergütung sinkt bei der Nummer 855 allerdings auf 30 Euro pro Test (bisher 62 Euro für einen oder mehrere Tests). Bei der Nummer 857 steigt sie auf 15 Euro (bisher 9,96 Euro).

Außerdem erfolgte eine Klarstellung zum Gewebeklebstoff: Er kann nun separat berechnet werden.

Mehr Informationen unter www.kbv.de | **KV 141215**

Hilfsmittel-Richtlinie bei Hörhilfen geändert

Auf eine Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie bei den Hörhilfen zum 29. Oktober 2014 weist die Kassenärztliche Bundesvereinigung

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

(KBV) hin. Die erste Verordnung eines Hörgeräts bedarf weiterhin immer einer ärztlichen Verordnung, da die Ursache des Hörverlustes abgeklärt werden muss. Bei einer Folgeverordnung müssen die Patienten jedoch nicht in jedem Fall einen Arzt konsultieren. In Paragraph 27 der Hilfsmittel-Richtlinie ist festgelegt, in welchen Fällen auch bei Folgeverordnungen von Hörhilfen eine erneute fachärztliche Therapieentscheidung notwendig ist. Hier heißt es in Absatz 1: „Dies ist insbesondere der Fall

- bei der Hörgeräteversorgung von Kindern und Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres,
- bei neu aufgetretenem Tinnitus,
- bei Vorliegen einer an Taubheit grenzenden Schwerhörigkeit gemäß WHO (Hörverlust am besseren Ohr > 80 dB als Durchschnitt der tonaudiometrischen dB-Werte bei 0,5 kHz, 1 kHz, 2 kHz, 4 kHz).“

In allen anderen Fällen kann die Folgeverordnung auch von einem Hörgeräteakustiker vorgenommen werden. Eine ärztliche Verordnung ist hier nicht zwingend geboten, aber natürlich immer möglich und anzuraten. Die KBV hatte sich in den Gremien dafür eingesetzt, dass bei jeder Folgeversorgung mit Hörhilfen, die auf einer Verschlechterung des Hörvermögens beruht, der ärztliche Verordnungsvorbehalt gilt.

Die weiteren Änderungen betreffen die folgenden Aspekte:

- Paragraph 21 – Beidohrige Hörgeräteversorgung:
Hier wurde der vierte Absatz gestrichen, da die Inhalte zur Sprachaudiometrie bei einohriger Hörgeräteversorgung dem Paragraphen 22 zuzuordnen waren.
- Paragraph 22 – Einohrige Hörgeräteversorgung:
Hier wurde im ersten Absatz die sprachaudiometrische Testung aufgenommen. Der zweite Absatz erhielt eine Anpassung hinsichtlich der Hörergebnisüberprüfung mit dem Freiburger Einsilbertest.

Die Neufassung der Richtlinie ist am 28. Oktober 2014 im Bundesanzeiger veröffentlicht worden und am Tag danach in Kraft getreten. Sie können sie auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses abrufen unter www.gba.de | KV | 141216

Abrechnung Asylbewerber – Sozialamt Düsseldorf

Das Sozialamt Düsseldorf hat der KV Nordrhein mitgeteilt, dass der bisherige Ausschluss der Weiterüberweisung von Asylbewerbern an andere Ärzte nicht mehr gilt. Das bedeutet, dass der Asylbewerber, sofern ein weiterer Vertragsarzt in die Behandlung einbezogen werden muss, per Überweisung an diesen weitergeleitet werden kann.

Bitte achten Sie aber darauf, dass Asylbewerber einen eingeschränkten Leistungsanspruch haben, so dass bei Überweisungen das Kästchen „eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V“ anzukreuzen ist. Im Übrigen wird das Sozialamt Düsseldorf Anfang 2015 eine überarbeitete Version des Krankenscheines austeilen.

Laboruntersuchungen nicht auf Fachgebietskern beschränkt

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat darauf hingewiesen, dass die Prüfung, die Vereinbarung zum Kern des Fachgebietes bei Laboruntersuchungen anzupassen, nicht wie geplant zum 1. Januar 2015 abgeschlossen ist. Die Frist wurde verlängert bis zum 1. Januar 2016.

Hintergrund war die Ergänzung des Paragraphen 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte um den Absatz 4a im Jahre 2008. Dieser sieht vor, dass Laborleistungen nur noch an Fachärzte überwiesen werden dürfen, bei denen diese Leistungen zum Kern des Fachgebietes gehören. Welches diese Leistungen sind, sollte in einer Anlage ursprünglich mit Wirkung zum 1. Januar 2014 bestimmt werden.

Arzneimittel: Neue Praxisbesonderheiten

Die Verhandlungen zu den Arznei- und Heilmittel-Vereinbarungen 2015 für Nordrhein sind abgeschlossen. Neue Richtgrößen und teilweise neue Zielwerte gelten ab 1. Januar 2015. Für Arzneiverordnungen wurden zwei weitere Praxisbesonderheiten vereinbart.

3,84 Milliarden für Medikamente

Das Ausgabenvolumen für Arzneimittel und Verbandstoffe steigt gegenüber 2014 um 6,2 Prozent auf 3,84 Milliarden Euro. Die Erhöhung entspricht den Rahmenvorgaben, die auf Bundesebene verhandelt wurden.

Die Richtgrößen steigen jedoch nur durchschnittlich um ein Prozent. Das hat folgenden Grund: Auf Bundesebene wurde vereinbart, dass die voraussichtlichen Ausgaben für die Behandlung der Hepatitis C als Praxisbesonderheit zählen, jedoch die Kosten von 2,4 und drei Prozent des Ausgabenvolumens 2014 bzw. 2015 nicht in die Richtgrößenberechnung eingehen. Somit steigert nur der Rest der Erhöhung des Ausgabenvolumens die Richtgrößen. In der Fachgruppe der Gynäkologen ist die Richtgröße sogar geringer als in 2014, weil durch den Patentablauf von Zytostatika die Kostenanteile der Fachgruppe zurückgegangen sind.

Bei den Generika, Me-too- und DDD-Quoten wurden die Zielwerte den Durchschnittswerten der Fachgruppen angepasst. Patentabläufe, eine kleine Me-too-Liste von derzeit noch 45 Präparaten und zum Teil geänderte Definitionen bei den Leitsubstanzen führen dazu, dass in einzelnen Fachgruppen die Quotenziele angepasst wurden. So wurde beispielsweise bei den Bisphosphonaten die Risedronsäure als zusätzliche Leitsubstanz 2014 eingeführt, ohne dass das Quotenziel angepasst wurde. Die Quote konnte also leichter erreicht werden und wurde daher für 2015 korrigiert. Bei den Blutzuckerteststreifen wurde der Zielwert auf 60 Prozent angehoben. Bereits 2013 wurde die Preisgruppe A2 in die Quote mit einbezogen, so

dass auch hier das Quotenziel leichter zu erreichen war. Der neue Zielwert entspricht den Durchschnittswerten der Fachgruppe.

Neue Praxisbesonderheiten

Als neue Praxisbesonderheit wurde der Androgenrezeptorantagonist Enzalutamid (Xtandi) zur Behandlung des Prostatakarzinoms auf-

Arzneimittel-Richtgrößen 2015

Die Tabelle zeigt die Richtgrößen für Arzneimittel im kommenden Jahr. Wenn eine Fachgruppe nicht gelistet ist, ist für diese Gruppe keine Richtgröße vereinbart.

Arztgruppe	Richtgröße 2015	
	AV/RV*	in Euro
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	AV	54,11
	RV	138,19
Anästhesiologie	AV	48,73
	RV	136,92
Augenheilkunde	AV	6,52
	RV	14,59
Chirurgie	AV	8,98
	RV	15,88
Gynäkologie	AV	18,70
	RV	47,12
HNO einschl. Phoniatrie und Pädaudiologie	AV	14,54
	RV	5,49
Haut- und Geschlechtskrankheiten	AV	29,95
	RV	24,77
Innere Medizin, hausärztlich	AV	54,11
	RV	138,19
Innere Medizin, fachärztlich einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	AV	295,11
	RV	327,92
Kinderheilkunde	AV	32,57
	RV	60,59
MKG-Chirurgie	AV	6,70
	RV	4,59
Nervenheilkunde (Neurologie/Psychiatrie), Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie einschl. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	AV	162,17
	RV	168,64
Orthopädie einschl. orthopädischer Rheumatologie	AV	7,47
	RV	18,53
Urologie	AV	28,04
	RV	66,83

*AV Allgemeinversicherte (Mitglieder und Familienversicherte)
*RV Rentenversicherte

Die Arzneimittel-Vereinbarung wird in der Januar-Ausgabe des Rheinischen Ärzteblatts veröffentlicht.

Mehr Infos finden Sie unter www.kvno.de

KV | 141218

genommen (Symbolziffer 90950). Dies entspricht der Preisvereinbarung zwischen Pharmazeutischem Unternehmer und dem GKV-Spitzenverband, die bei der Verhandlung eines Erstattungspreises nach der frühen Nutzenbewertung auch die bundesweite Praxisbesonderheit vereinbart haben. Die Vorgaben der frühen Nutzenbewertung, wie beispielsweise der ECOG-Leistungsstatus sind zu beachten. Des Weiteren wurden VEGF-Hemmer und Glucocorticoide zur intravitrealen Injektion als Praxisbesonderheit vereinbart (Symbolziffer 90951).

Ein neues Element der Arzneimittelvereinbarung sind Qualitätsziele. Diese betreffen den Einsatz von Protonenpumpeninhibitoren (PPIs) nach Entlassmedikation, den Einsatz von Antibiotika, den leitliniengerechten Einsatz von Arzneimitteln zur Behandlung der Multiplen Sklerose, den Einsatz von Biosimilars und den Einsatz von NOAKs gemäß den Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Hier werden die Kassenärztliche Vereinigung und die Kassen in Nordrhein die verordnenden Praxen gemeinsam informieren.

■ HOLGER NEYE

Heilmittel-Vereinbarung: Richtgrößen steigen

Bei den Heilmitteln steigt das Ausgabenvolumen 2015 um 7,3 Prozent gegenüber 2014 auf knapp 552 Millionen Euro. Die Richtgrößen

werden entsprechend angepasst und gelten ab 1. Januar 2015. Es ist in allen von der Richtgröße betroffenen Fachgruppen eine Steigerung zu verzeichnen.

Heilmittel-Richtgrößen 2015

Die Tabelle zeigt die Richtgrößen für Heilmittel im kommenden Jahr. Wenn eine Fachgruppe nicht gelistet ist, ist für diese Gruppe keine Richtgröße vereinbart. Bei den fachärztlichen Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie (früher Teilgebiet „Rheumatologie“) ist die Richtgröße ausgesetzt.

Arztgruppe	Richtgröße 2015	
	AV/RV*	in Euro
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	AV RV	6,19 19,56
Chirurgie einschließlich Gefäß-, Plastische, Unfall- und Visceralchirurgie	AV RV	13,45 19,41
HNO einschließlich Phoniatrie und Pädaudiologie	AV RV	4,91 2,90
Innere Medizin, hausärztlich	AV RV	6,19 19,56
Innere Medizin, fachärztlich einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie	AV RV	3,27 5,49
Kinderheilkunde	AV RV	24,77 32,17
Orthopädie einschl. orthopädischer Rheumatologie	AV RV	26,39 28,85

*AV Allgemeinversicherte (Mitglieder und Familienversicherte)
*RV Rentenversicherte

Bereits für 2014 konnten weitere, regionale Praxisbesonderheiten vereinbart werden (Maßnahmen der Physikalischen Therapie nach chirurgisch-orthopädischen Eingriffen, entsprechend der in Anlage 3 A festgelegten Indikationen), die in Nordrhein den bundesweiten Katalog der Praxisbesonderheiten ergänzen.

Die Anerkennung als Praxisbesonderheit setzt in jedem Fall die Dokumentation einer gesicherten Diagnose voraus. Die Praxisbesonderheiten gelten auch in 2015, sie werden jedoch nicht mit Symbolziffern, sondern über die Kombination von ICD-10-Code und Diagnoseschlüssel gemäß Heilmittel-Richtlinie gekennzeichnet.

Wird das vereinbarte Heilmittelausgabenvolumen um mindestens drei Prozent unterschritten, kann auf eine flächendeckende Wirtschaftlichkeitsprüfung verzichtet werden.

■ HON

Die Heilmittel-Vereinbarung wird in der Januar-Ausgabe des Rheinischen Ärzteblatts veröffentlicht. Mehr Infos finden Sie unter www.kvno.de KV | 141218

Tageseinrichtungen für Kinder und Jugendliche

Ort der Heilmittelerbringung ist grundsätzlich die zugelassene Praxis des Therapeuten. Die Verordnung eines Hausbesuchs und damit der Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis der Therapeutin oder des Therapeuten kann nur erfolgen, wenn die Patientin oder der Patient aus medizinischen Gründen die Praxis nicht aufsuchen kann oder wenn aus medizinischen Gründen eine Therapie an einem anderen Ort als der Praxis notwendig ist. Der Besuch einer tagesstrukturierenden Fördereinrichtung (zum Beispiel Kindergarten oder Schule) durch den Pa-

tienten ist dabei keine Begründung, die für sich alleine ausreicht, um einen Hausbesuch zu verordnen.

Ausschließlich bei behinderten Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr bzw. dem Ende der Schullaufbahn, ist die Behandlung in dieser Einrichtung ohne die Verordnung eines Hausbesuches möglich. Und dies auch nur dann, wenn sie ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung untergebracht sind.

HEILMITTEL
KOMPAKT

Keine „traditionellen“ Arzneien auf Kassenrezept

Arzneimittel, die „traditionell“ angewendet werden, sind von der Verordnung auf einem Kassenrezept ausgeschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Arzneimittel-Richtlinie in Anlage III entsprechend konkretisiert. Die Regelung gilt auch für Kinder und betrifft Arzneimittel, die angewendet werden:

- zur Stärkung oder Kräftigung
- zur Besserung des Befindens
- zur Unterstützung der Organfunktion
- zur Vorbeugung
- als mild wirksames Laxans

In der Regel waren diese Arzneimittel schon vor 1978 freiverkäuflich verfügbar und haben kein Zulassungsverfahren für Arzneimittel durchlaufen.

Bisher galt die Einschränkung nur für Arzneimittel, die nach § 109a Arzneimittelgesetz (AMG) registriert waren. Nun können auch pflanzliche Arzneimittel, die nach § 39a AMG in den Verkehr gebracht werden, nicht mehr auf einem Kassenrezept verordnet werden.

Ein Beispiel sind Imupret-Tropfen oder -Dragees. Für Arzneimittel, die traditionell angewendet werden, findet sich ein entsprechender Hinweis in der Fachinformation unter „Anwendungsgebiete“.

■ HON



© Gina Sanders - Fotolia

„Traditionelle“ Arzneien wie Imupret-Tropfen sind von der Verordnung auf Kassenrezept ausgeschlossen.

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

Sicherheit dank Fehlerkultur

„Fehler darf man machen – aber nicht zum zweiten Mal“. Mit diesem Zitat des Patientenbeauftragten der Bundesregierung Karl-Josef Laumann eröffnete der 1. Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Dr. Wolfgang-Axel Dryden, den zweiten CIRS-Gipfel NRW. Dieser fand am 19. November 2014 in Dortmund statt.



Das CIRS-Portal zum Anfassen: Ein Kongress-Teilnehmer probiert an einem Terminal die Eingabemaske aus. Er könnte eingegebene Fälle recherchieren – oder selbst einen (Beinahe-)Fehler melden.

CIRS steht für „Critical Incident Reporting System“; dabei handelt es sich um ein anonymes, internetbasiertes Meldesystem für „Beinahe-Fehler“ im Gesundheitswesen. Die eingehenden Berichte von Ärzten, Medizinischen Fachangestellten und Pflegepersonal werden von einem Expertenteam des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) analysiert und mit einem Fachkommentar veröffentlicht.

Die fünf Träger von CIRS NRW, die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein, die KV Westfalen-Lippe, die beiden Ärztekammern des Landes sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, begrüßten über 150 Teilnehmer aus dem niedergelassenen und stationären Bereich aus der Pflege, dem Qualitätsmanagement und der Verwaltung. Im Fokus des „Gipfeltreffens“ stand die Patientensicherheit.

Gegen die Schweigekultur

Nur sieben Prozent aller kritischen Ereignisse werden gemeldet. Auf das Problem des „Underreporting“ machten Prof. Dieter Conen, Präsident der Stiftung Patientensicherheit aus der Schweiz, und Prof. Tanja Manser, Direktorin des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn, aufmerksam. Das Referenduo stellte zudem heraus, welchen Nutzen ein Critical Incident Reporting System haben kann. Sie zeigten, wie alle Spieler an dem System beteiligt werden können und Lernen gezielt gefördert werden kann.

In fünf Workshops hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, sich zu beteiligen. Ein Workshop befasste sich mit dem Thema „Unternehmensziel Sicherheit – von Hochrisikobereichen lernen“. Weiteres Thema war die Frage, wie man ein Meldesystem für kritische Ereignisse auf Dauer erfolgreich machen kann, wie man aus kritischen Ereignissen lernen kann und wie Fehler psychologisch zu verstehen sind.

Pflicht: Fehler managen

Für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten hat es im April 2014 in Bezug auf den Umgang mit Fehlern Neuigkeiten gegeben. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit einer Änderung die Richtlinie für ärztliches Qualitätsmanagement an das neue Patientenrechte-Gesetz angepasst. Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten müssen ein Risiko- und Fehlermanagement implementieren.

Konkret bedeutet dies: Risiken sollen benannt, bewertet und Maßnahmen entwickelt werden, um diesen Risiken vorzubeugen. Erkenntnisse aus Patientenbefragungen, Teambesprechungen, Beschwerden und sicherheitsrelevanten Ereignissen sind zu analysieren.

Hier bot der CIRS-Gipfel NRW Unterstützung: In den fünf Workshops konnten die Teilnehmer ihre Kenntnisse vertiefen zu den Fragen, wie etwa ein Fehlermeldesystem dauerhaft erfolgreich zu gestalten ist, wie Fehler genutzt werden können, welchen Stellenwert die Kommunikation in einem Unternehmen bzw. einer Arztpraxis hat und wie Fehler psychologisch zu verstehen sind.

Für eine gesunde Sicherheitskultur sei es wichtig zu fragen, was den Fehler verursacht habe – und nicht, wer den Fehler begangen habe. Darauf wies Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens hin, die Schirmherrin



der Veranstaltung. Die Grundlage hierfür sei eine Vertrauensbasis im Umgang miteinander. Wichtig: Die Leitung muss hinter einem Fehlermeldesystem stehen. Außerdem bedarf es in jeder Praxis und jeder Klinik eines Teams, das ein CIRS vorantreibt und daran permanent mitarbeitet.

■ MIRIAM MAUSS

Die Vorträge der Veranstaltung finden Sie unter www.cirsgipfel.org

Rund 150 Teilnehmer besuchten den 2. CIRS-Gipfel NRW, der bei der KV Westfalen-Lippe in Dortmund stattfand. Hier kündigt Andreas Daniel den Einführungsvortrag an mit dem Titel: „Effektive Nutzung des CIRS-Potenzials: Beteiligung und Lernen gezielt fördern“.



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

Hintergrundbericht

KVNO aktuell 12 | 2014

Risikomanagement in der Praxis

„Wer arbeitet, macht Fehler. Wer viel arbeitet, macht mehr Fehler. Nur wer die Hände in den Schoß legt, macht gar keine Fehler.“ So formulierte es der Industrielle und Erfinder Alfred Krupp im 19. Jahrhundert. Vor diesem Hintergrund leuchtet ein, dass auch in Arztpraxen Fehler passieren. Eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses schreibt vor, dass ein internes Qualitätsmanagement einzuführen ist.

Ein Beispiel: Einem Patienten wird ein Rezept mit einem falschen Medikament ausgestellt, und der Arzt bemerkt es bei der Unterschrift nicht, weil er das Rezept nicht eingehend prüft. Verwechslungen bei der Verschreibung, Bereitstellung und Abgabe von Arzneimitteln gehören zu den häufigsten Medikationsfehlern. Dabei handelt es sich oft um ähnlich klingende (sogenannte sound-alike) oder ähnlich aussehende (sogenannte look-alike) Arzneimittel.

Doch auch durch eine unleserliche Handschrift oder eingeschränktes Wissen über Medikamenten- und Wirkstoffnamen kann die Verwechslungsgefahr von Medikamenten verstärkt werden. Um Fehler wie diese zu vermeiden, müssen niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten seit April 2014 ein internes Qualitätsmanagement implementieren. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss mit einer Änderung der Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (ÄQM-RL) beschlossen. Er erfüllt damit einen Auftrag aus dem Patientenrechtegesetz, das im Februar 2013 in Kraft getreten ist.

Risiken identifizieren

Diese Anpassung fordert vom Arzt, Risiken zu analysieren, zu bewerten, zu bewältigen, zu überwachen und Verbesserungsprozesse einzurichten. So können Schäden und eventuell damit verbundene Haftungsansprüche vermieden werden. Was bedeutet das konkret? Im ersten Schritt gilt es die Umstän-

de festzuhalten, die zu einem Fehler führen können. Warum wurde dem Patienten ein Rezept mit einem falschen Medikament ausgestellt? Auch die Konsequenzen, die der Fehler mit sich bringen kann sind relevant. In unserem Beispiel könnte ein falsches Präparat den Gesundheitszustand des Patienten gefährden.

Im Anschluss gilt es, Gegenstrategien festzulegen und schließlich die möglichen Risiken zu überwachen – zum Beispiel durch klar definierte Abläufe und plausible, einfach einzuhaltende und umfassende Checklisten und Vorgangsbeschreibungen. Da die häufigsten Fehler durch mangelhafte Dokumentationen bedingt sind, ist eine vollständige Dokumentation im Allgemeinen ein wichtiges Instrument, das neben der Erfüllung der Dokumentationspflicht, insbesondere im Klageverfahren den Arzt entlasten kann.

Voraussetzung für ein gelungenes Risiko- und Fehlermanagement ist eine offene Fehlerkultur. Wenn Fehler aus Scham oder aus Furcht vor Sanktionen nicht offengelegt werden, bleibt die Chance ungenutzt, Lösungen zur Vermeidung dieses Fehlers zu entwickeln. Daher sollten positive Anreize geschaffen werden, um Mitarbeiter zu motivieren, Fehler anzugeben und nicht zu verschweigen.

Fehler dokumentieren

Fehler können mithilfe von Fehlerlisten dokumentiert werden oder durch die Teilnahme an

einem Fehlermeldesystem. Beispiele für qualitativ hochwertige Fehlermeldesysteme sind das Critical Incident Reporting System Nordrhein-Westfalen (CIRS-NRW) und das Projekt „Jeder Fehler zählt“. Beide Fehlermeldesysteme sind freiwillig, anonym und bieten eine systematische Auswertung mit Hinweisen auf mögliche Verbesserungsmaßnahmen. Auch Patientenbefragungen, Teambesprechungen und Beschwerden können wertvolle Hinweise für die Risikoanalyse liefern.

Doch auch wenn diese Regelungen Vorschrift sind, setzen sie sich nicht von alleine um. Hier ist das Führungsverhalten des Arztes gefragt. Hilfestellungen bietet beispielsweise das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) an. Mit den Fortbildungsreihen „Aus Fehlern lernen“ und „Risikomanagement/



Das Projekt „Jeder Fehler zählt“ wird vom Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main betrieben und bietet ein freiwilliges, anonymes Fehlerberichts- und Lernsystem im Internet.

Risikokommunikation“ greift es verschiedene Aspekte des Risiko- und Fehlermanagements auf. ■ SHAMBAVI VASUDEVA

PQR-Fortbildungen: Neue Kurse

Zur Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (QM) hat die Nordrheinische Akademie das neue Kurskonzept Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement (PQR) entwickelt. Es soll Praxisinhaber und Mitarbeiter unterstützen, die Arztpraxis organisiert und sicher zu führen. Zahlreiche QM-Themenbereiche finden sich in der Praxis. Dazu zählen die grundlegenden Praxisprozesse, wie Notfall- oder Fehler- und Beschwerdemanagement. Weitere Bereiche sind beispielsweise die Patienten- und Praxissicherheit, Arbeitsschutz, Datenschutz oder Hygiene.

Die modular angelegten Fortbildungen zielen auf Praxishöhe und direkte Anwendungsmöglichkeiten ab. Ergänzend zu den Kursen bietet eine Lernplattform alle für das QM-Handbuch erforderlichen Dokumente und lädt zur Vertiefung der Themen ein. Im ersten Halbjahr 2015 bietet die Nordrheinische

Akademie wieder verschiedene PQR-Fortbildungen an, sie finden jeweils von 15 bis 19 Uhr im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf statt.

- 6. Februar 2015
Organisation des Notfallmanagements
- 20. Februar / 20. März 2015
Datenschutz-Aufbauseminar
- 4. März / 22. April 2015
Datenschutz-Einführungsseminar
- 6. März / 15. April 2015
Arbeitssicherheit & Hygiene

Kontakt

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

Resolution gegen Gesetzentwurf

Einstimmig lehnten die Delegierten in ihrer letzten Sitzung des Jahres 2014 zentrale Bestandteile des geplanten GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes ab. Die künftig regional zu regelnden Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die Soll-Bestimmung beim Stilllegen von Praxissitzen in überversorgten Gebieten und die Einrichtung von Termin-Servicestellen will niemand.



In der Kritik: Die von Minister Herrmann Gröhe geplante Gesundheitsreform lehnen die Vertreter in Nordrhein ab.

Die aktuelle politische Großwetterlage bestimmte das Klima der Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein am 21. November. Der Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes, das am 1. August 2015 in Kraft treten soll, erhitzte die Gemüter und führte zu einer gemeinsamen, zentrale Bestandteile des Entwurfs ablehnenden Resolution von VV und Vorstand der KV Nordrhein.

Zwei Themen fanden in der Versammlung besondere Beachtung: zum einen der Eingriff in die Organisation der KVen, zum anderen der Wegfall der Richtgrößenprüfungen bei Arzneimitteln, der nicht mit einem Wegfall des Prüfgeschehens zu verwechseln ist. Mit dem Auftrag an die Partner der Selbstverwaltung auf Landesebene, eigene Vereinbarungen zu treffen, die an die Stelle der bisher gesetzlich normierten Richtgrößenprüfung treten, zeigte der Gesetzgeber, „dass er am Prüfgeschehen

und seinen Konsequenzen festhalten und lediglich die Verantwortlichkeiten für unpopuläre Prüfungen verlagern will“, sagte Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein.

Regress: Verantwortung liegt beim Gesetzgeber

Auf eine Ablehnung der angedachten Neuregelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlicher Leistungen konnten sich alle Delegierten verständigen – sie stelle nur vordergründig eine Erleichterung für die von Regressen bedrohten Kollegen dar, heißt es in der Resolution. Das Thema Wirtschaftlichkeitsprüfungen war schon zu Beginn der Sitzung ein Thema: Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender der Vertreterversammlung, nahm in seiner Begrüßung Stellung zu einer Demonstration von Ärzten und Patienten, die vor der VV vor dem Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf stattgefunden hatte.

„Das Prüfgeschehen erzeugt eine Betroffenheit, die nicht auf unsere Mitglieder beschränkt bleibt“, sagte Bergmann – verbunden mit der Frage, ob der Ort der Demonstration, die Prüfungsstelle in unmittelbarer Nachbarschaft zur KV, „richtig und angemessen“ sei. „Ich erinnere daran: Es ist der Bundesgesetzgeber, der die gemeinsame Selbstverwaltung zu den Prüfverfahren verpflichtet.“ Bergmann stellte klar: „Regress haben als Mittel der Sanktion ausgedient.“

Einhellig kritisierten die Delegierten auch die vorgesehene Verschärfung der bestehenden

Regelung, Arztsitze in Regionen mit festgestellter Überversorgung nicht mehr auszu-schreiben, wodurch in Nordrhein fast 3.000 Facharzt- und etwa 250 Hausarztsitze weg-fallen könnten. Auch die verpflichtende Ein-richtung von Terminservicestellen durch die KVen zum Abbau von Wartezeiten wird ab-gelehnt. „Diese Regelung schafft lediglich neue Bürokratie und ist mit dem Abbau der Versorgung als drohende Konsequenz der Re-gierungspläne überhaupt nicht in Einklang zu bringen“, sagte Potthoff.

Gemeinsam oder getrennt marschieren?

Beim Eingriff des Gesetzgebers in die Selbst-verwaltung, also die Maßgabe, Belange der Haus- bzw. Fachärzte jeweils allein durch die haus- bzw. fachärztlichen Mitglieder der Ver-treterversammlung zu entscheiden und für gemeinsame Abstimmungsgegenstände eine Parität zwischen haus- und fachärztlichen Delegierten durch Stimmengewichtung her-zustellen, bildeten sich zwei Lager. Die Mit-glieder des Hausärzterverbandes unter den De-legierten wollten diesen Punkt nicht ablehnen und signalisierten, der Resolution nicht zuzu-stimmen, falls das Nein zu dieser Neuregelung Bestandteil der Resolution bleibe.

Letztlich wurde über diesen Punkt einzeln ab-gestimmt, wobei eine große Mehrheit auch die Einmischung in die Selbstverwaltung ab-lehnte, die der Vorstand der KV Nordrhein heftig kritisiert: „Nie zuvor hat der Gesetzge-ber so massiv in die ärztliche Selbstverwal-tung und ihre Strukturen eingegriffen“, sagte KV-Chef Potthoff.

Zur auf der Bundesebene neu gestalteten För-derung des Einsatzes von nicht-ärztlichen Pra-xisassistentinnen (siehe Seiten 2 bis 7) nahm Bernhard Brautmeier, stellvertretender Vorsit-zender der KV Nordrhein, Stellung. Mit Blick auf die Kriterien, die für die Abrechnung der Beschäftigung der Mitarbeiter in den Arztpra-xen gelten sollen, kritisierte er, dass nur ein Teil der Hausärzte von den zusätzlichen Mit-

teln profitieren könne. „In Nordrhein erfüllen nur knapp zwei Drittel der Hausärzte die Be-dingungen“, so Brautmeier. „Daher ist die ge-troffene Regelung für uns völlig inakzeptabel.“

Der Vorstand stellte einen Antrag, der die Kas-senärztliche Bundesvereinigung beauftragt, die Regelungen neu zu verhandeln – der An-trag wurde einstimmig angenommen. Auf Zustimmung stieß auch ein Antrag, der vor-schlägt, die Mittel für den Einsatz der nicht-ärztlichen Assistentinnen und Assistenten als Zusatzpauschale zur Chronikerziffer zu zahlen.

Notdienstbezirke zusammenlegen?

Einstimmig votierten die Vertreter für zwei An-träge aus dem Notdienstausschuss der Vertre-terversammlung. So ist ein zeitlich begrenz-ter Einsatz von niedergelassenen Ärzten in der Arztrufzentrale in Duisburg vorgesehen. Sie sollen die Arbeit der Disponenten beglei-ten und prüfen, ob die in der Zentrale getro-fenen Entscheidungen zum Einsatz des Fahr-dienstes aus ärztlicher Sicht nachvollziehbar sind. Die Kreisstellen von KV und Ärztekam-mer in Nordrhein sollen überdies aufgefordert werden, die Zusammenlegung von Notdienst-bezirken zu befördern, wo diese gewünscht ist.

Am Ende der Sitzung standen noch der Jah-resabschluss 2013 und der Haushalt 2015 auf dem Programm und zur Abstimmung. Die De-legierten genehmigten einstimmig sowohl das abschließende Zahlenwerk für 2013 als auch den Entwurf des Vorstands für das kommen-de Haushaltsjahr. ■ DR. HEIKO SCHMITZ

Verwaltungskostensatz bleibt unverändert

Seit dem vergangenen Jahr ist die Online-Abrechnung auch bei der KV Nordrhein verpflichtend. Mitglieder, die ihre Abrechnung IT-unterstützt vornehmen, zahlen einen Verwaltungskostensatz von 2,8 Prozent. Für Abrechnungen über eToken, KV SafeNet und/oder D2D liegt der Satz bei 2,7 Prozent. Für Online-Abrechnungen mit digitaler Sammelklärung unter Verwendung einer digitalen Signatur gilt ein Satz von 2,5 Prozent.

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein fasste am 21. November 2014 folgende Beschlüsse:

Versorgungsstärkungsgesetz

Resolution zum Referentenentwurf des GKV-VSG

Die VV der KV Nordrhein lehnt wesentliche Bestandteile im vorliegenden Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) ab. Dies gilt insbesondere für

1. die Maßgabe an die VVen der KVen, Belange der Haus- bzw. Fachärzte jeweils allein durch die haus- bzw. fachärztlichen Mitglieder abzustimmen; ebenso die gesetzliche Verpflichtung, für gemeinsame Abstimmungsgegenstände eine Parität zwischen haus- und fachärztlichen Delegierten durch Stimmgewichtung herzustellen (§ 79 Abs. 3a SGB V);
2. die Verschärfung der bestehenden Regelung, Arztsitze in Regionen mit festgestellter Über-

versorgung nicht mehr auszuschreiben und den Praxiswert zu entschädigen (§ 103 Abs. 3a SGB V);

3. die verpflichtende Einrichtung von Terminservicestellen durch die KVen zum Abbau von Wartezeiten (§ 75 Abs. 1a SGB V);
4. die Neuregelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen mit der Maßgabe an die Partner der Selbstverwaltung auf Landesebene, eigene Vereinbarungen zu treffen, die an die Stelle der bisher gesetzlich normierten Richtgrößenprüfung treten (§ 106b SGB V).

Antrag: Vorsitzende der VV und der Vorstand

Resolution zum Referentenentwurf des GKV-VSG

Die VV der KV Nordrhein lehnt jedwede Regresszahlungen für leitliniengerechte und nach dem Stand der Wissenschaft durchgeführte medizinische Behandlungen ab. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die anstehende Gesetzgebung (GKV-VSG) für entsprechende Anpassungen des SGB zu nutzen.

Regress gefährden die Versorgung, weil sie Entscheidungen über die medizinische Erfordernis mit Ängsten überlagern.

Unterschiedliche Richtgrößen für die gleiche Ver-

ordnung bei Haus- und Facharzt zeigen, dass das Geld dafür vorhanden ist.

Mittlerweile übersteigen die bürokratischen Ausgaben die Rückforderungen an Ärzte.

Im Einzelfall des regressierten Arztes sind sie aber existenzbedrohend, weil die Honorare nur einen Bruchteil der veranlassten Ausgaben ausmachen.

Antrag: Dres. Dirk Mecking, Oliver Funken, Andreas Marian, Rainer Kötzle, Ralph Krolewski, Guido Marx und Jens Uwe Wasserberg

Vergütung von nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen

Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird aufgefordert, das Kapitel 03 des EBM sowie die Delegationsvereinbarung (Anlage 8

BMV-Ä) neu zu verhandeln.

Antrag: Vorstand

Zuschlag zur Chronikerziffer

Die zusätzlichen Gelder im hausärztlichen Bereich der EBM-Reform 2015, die der nicht-ärztlichen Praxisassistentin(NäPrA)-Regelung zugeordnet werden sollen, werden genau wie im fachärztlichen Be-

reich ohne jegliche Zusatzqualifikation als Zusatzpauschale zur Chronikerziffer 03220 gezahlt.

Antrag: Dr. Dirk Mecking



Entlassmedikation besser regeln

Die VV der KV Nordrhein fordert den Gesetzgeber auf, bei der Krankenhausentlassung die Mitgabe derjenigen Arzneimittel gesetzlich vorzugeben, die bis zum nächsten Werktag mit Regelsprechstunde erforderlich sind. Die im Referentenentwurf vorgesehene Regelung, nach der bei der Krankenhausentlassung Rezepte in der kleinsten Packungsgröße ausgestellt werden können, birgt hingegen Risiken für die Arzneimitteltherapiesicherheit. Diese Regelung kann zu zusätzlichen Medikamenten-

wechsell, Doppelmedikation durch Patienten aus eigenem Bestand und einem verspäteten Aufsuchen des weiterbehandelnden Arztes führen. Einer Verschlechterung gerade für Schwerkranke durch sich ergebende Beschaffungspflicht soll durch die geforderte gesetzliche Regelung der bisherigen Mitgabepaxis entgegengetreten werden.

Antrag: Dres. Dirk Mecking, Frank Bergmann und Rolf Ziskoven

Arztberuf als freien und unabhängigen Beruf erhalten

Der vorliegende Referentenentwurf zu einem „Versorgungsstärkungsgesetz“ vom 13. Oktober 2014 enthält Regelungen, die eine Einschränkung ärztlicher Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit zur Folge haben. Dies gilt für selbstständige und angestellte Ärzte.

Insbesondere soll der Tätigkeitsumfang zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Haus- und Fachärzte unter dem Aspekt der Versorgung laufend und umfassend geprüft werden – auch im Hinblick auf Terminvergabe und Wartezeiten. Ärzte werden mit Sanktionen bedroht, wenn der Tätigkeitsumfang vermeintlich nicht ausreichend sein sollte. Dadurch besteht die Gefahr, dass die erforderliche Sorgfalt der ärztlichen Behandlung, nicht zuletzt im Patientenrechtegesetz formuliert, nicht mehr möglich sein wird.

Die Bedrohung durch Regresse infolge von Wirtschaftlichkeitsprüfungen für erbrachte und veranlasste Leistungen (Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, Medikamenten, Klinikeinweisungen, Überweisung zu technischen Leistungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen) soll regionalisiert, aber ausdrücklich beibehalten werden.

Das sozialtechnische Instrument der Prüfungen besonders auf Grundlage von Durchschnittsvergleichen hat zur Folge, dass der Arzt in seiner Verordnungsweise ständig unter Druck gesetzt wird, gerade nicht unabhängig im Sinne des einzelnen Patienten zu handeln, wie es nach ärztlichem Ethos und der Berufsordnung geboten wäre. Zugleich ist die Durchschnittsbetrachtung geeignet, das Verordnungsniveau stetig zu senken und damit eine Verschlechterung der Versorgung zu bewirken.

Die VV der KV Nordrhein fordert vom Gesetzgeber, auf jegliche Regelungen zu verzichten, die die Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit selbstständiger und angestellter Ärzte einschränken oder gefährden. Dies gilt auch für alle Bestimmungen, die die Organisation der Arzt-Patienten-Interaktion in Klinik, Praxis und anderen Einrichtungen der Patientenbehandlung betreffen. Insbesondere müssen gesetzliche Regelungen mit Bezug auf Wartezeiten auf Arzttermine stets berücksichtigen, dass die notwendigen Voraussetzungen für die erforderliche Sorgfalt in der Arzt-Patienten-Beziehung gewährleistet bleiben. Das Ziel der Verkürzung von Wartezeiten darf keinesfalls zu Lasten notwendiger Behandlungsressourcen und

der Sorgfaltspflicht gegenüber jedem einzelnen Patienten gehen.

Die Ausübung des freien und unabhängigen Arztberufes im Interesse unserer Patienten muss im Mittelpunkt stehen – und nicht dirigistische Vorgaben von Körperschaften, Behörden wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss oder Krankenkassen.

Wir fordern entschieden, das im Gesetzentwurf zum Versorgungsstärkungsgesetz zu berücksichtigen. Der Gesetzentwurf ist deshalb in zahlreichen kritischen Punkten gemeinsam mit der kurativ tätigen Ärzteschaft grundlegend zu überarbeiten.

Antrag: Wolfgang Bartels, Dr. Lothar Rütz, Dipl.-Psych. Jürgen Knuppertz

Notdienst

Vorschläge zur Optimierung des Fahrdienstes

Der Vorstand wird beauftragt, in der Arzttrufzentrale in Duisburg zunächst in einem Zeitraum von drei Monaten an einzelnen Tagen drei Ärzte einzusetzen, die bei den eingehenden Anrufen von hilfesuchenden Patienten die Tätigkeit der Disponenten supervidieren in Bezug auf die Entscheidung, ob der Einsatz des Fahrdienstes als notwendig erachtet wird oder ob der hilfesuchende Patient aufgefordert wird, den zum Notfalldienst eingeteilten Arzt aufzusuchen.

Für den Einsatz in der Arzttrufzentrale werden benannt:

1. Dr. Bettina Weihe, Fachärztin für Innere Medizin (hausärztlich tätig), Duisburg,
2. Dr. Jörg Mitsch, Arzt für Allgemeinmedizin, Viersen,
3. Julius-Josef Storath, Praktischer Arzt, Krefeld,
4. Ursula Starke, Ärztin für Allgemeinmedizin, Kleve.

Die vorstehend genannten Ärzte werden gebeten, die derzeitige Praxis und Struktur der Kommunikation in der Arzttrufzentrale zu evaluieren, die Tätigkeit der Disponenten zu supervidieren und Verbesserungsmöglichkeiten zu benennen.

Antrag: Notdienstsausschuss der VV

Zusammenlegung von Notdienstbezirken fördern

Die VV bittet die Kreisstellen der KV Nordrhein wie auch der Ärztekammer Nordrhein, die gewünschte Zusammenlegung einzelner Notdienstbezirke zu befördern. Der Vorstand der KV Nordrhein wird beauftragt, die Kreisstellen hierbei aktiv zu unter-

stützen. Die Unterstützung soll sowohl organisatorische Maßnahmen wie auch eine erläuternde Öffentlichkeitsarbeit umfassen.

Antrag: Notdienstsausschuss der VV

Honorarverteilung

Änderungen am Honorarverteilungsmaßstab

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) wird in mehreren Punkten modifiziert (siehe hierzu den Artikel auf Seite 8). Die Änderungen treten am 1. Januar 2015 bzw. am 1. April 2015 in Kraft. Der HVM im Wortlaut wird in der Januar-Ausgabe des

Rheinischen Ärzteblatts amtlich veröffentlicht; er ist zudem im Internet-Angebot der KV Nordrhein abrufbar unter www.kvno.de

KV | 141228

Haushalt

Genehmigung der Gesamtbilanz

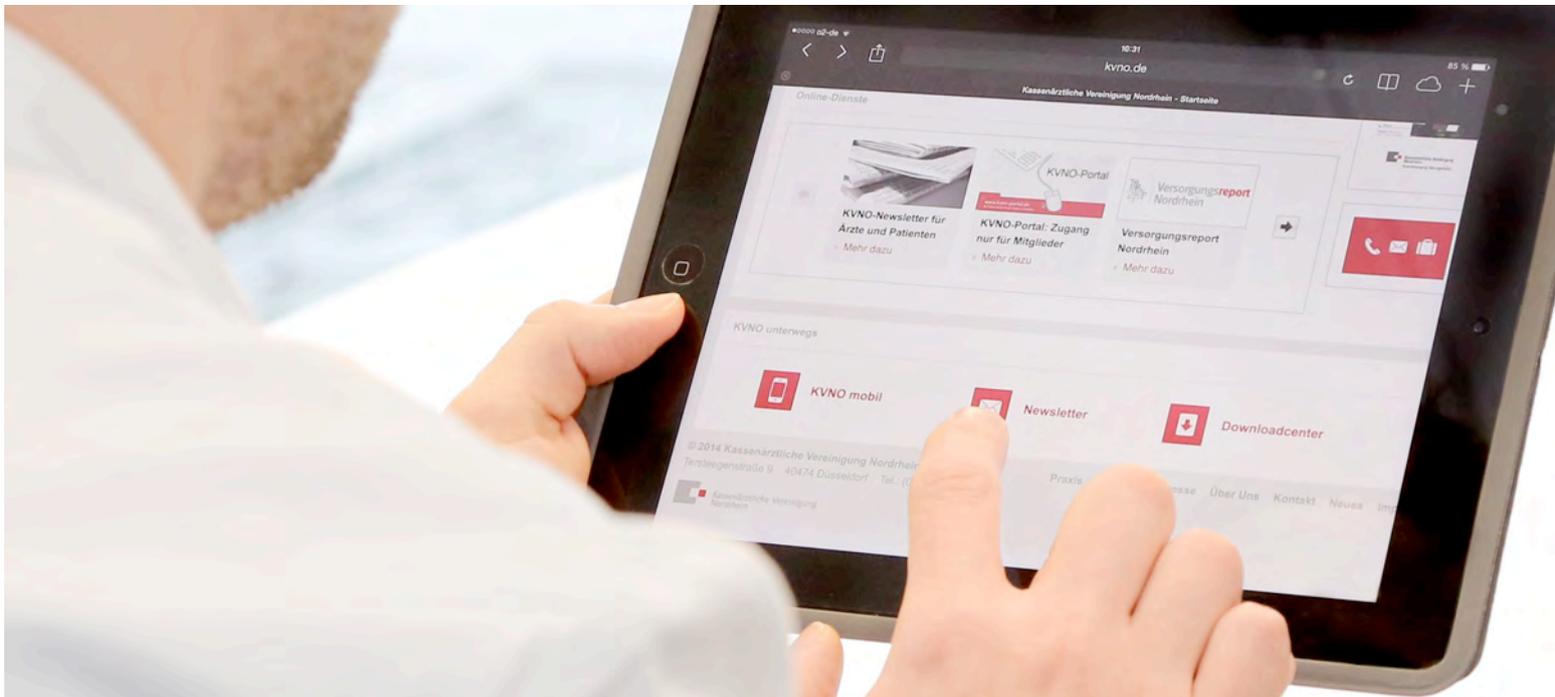
Die Bilanz wird per 31. Dezember 2013 genehmigt und dem Vorstand Entlastung erteilt.

Antrag: Haushaltsausschuss

Genehmigung des Haushaltsplanes für 2015

Der Haushalt für das Geschäftsjahr 2015 wird genehmigt.

Antrag: Haushaltsausschuss



Neues auf den Punkt gebracht

Besser informiert mit den Newslettern der KV Nordrhein

■ KVNO-Ticker

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

■ Praxis & Patient

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

■ VIN – Verordnungsinfo Nordrhein

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

■ IT in der Praxis

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

■ Internet

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

■ MFA aktuell

Aktuelle Informationen exklusiv für MFA – das Wichtigste rund um Abrechnung, Fortbildung und neue Verträge.



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein



www.kvno.de

Abgeber treffen Einsteiger

Der 13. Nordrheinische Praxisbörsentag am 8. November war gut besucht. Über 250 Gäste kamen dazu in die Bezirksstelle Köln. In neun Vorträgen und an sieben Ständen informierte die KV Nordrhein zur Praxisabgabe und -nachfolge.

Von links nach rechts: Mit einem Überblick zu den Perspektiven der Niederlassung startete der stellvertretende KV-Vorsitzende, Bernhard Brautmeier den 13. Nordrheinischen Praxisbörsentag in Köln.

Praxisabgeber und Niederlassungsinteressierte finden über gezielte Anzeigen zusammen.

Die Café-Bar in der Bezirksstelle Köln war ein idealer Treffpunkt für ein erstes Gespräch.

Ein Highlight der Veranstaltung waren die Pinnwände, an denen Haus- und Fachärzte rund 350 Anzeigen anbrachten. Sie boten darauf ihre Praxen für Nachfolger an oder suchten nach der Wunschpraxis. Gezielt kennenlernen konnten sich die Teilnehmer an den gekennzeichneten Meeting-Points oder beim Mittagessen in der hauseigenen Kantine.

Die Vortragsreihe im Rahmen des Nordrheinischen Praxisbörsentags startete mit einem Überblick zum Thema „Perspektiven der Niederlassung“. Bernhard Brautmeier, der stellvertretende Vorsitzende der KV Nordrhein, lieferte Fakten zur ambulanten Versorgung

in Nordrhein, stellte die Teilnahmemöglichkeiten innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung vor und ging auf die Möglichkeiten der vertragsärztlichen Zusammenarbeit ein.

Ein bei den Teilnehmern beliebtes Thema war auch in diesem Jahr die Praxiswertermittlung. Achim Bredenbach von der Unternehmensberatung medoec lieferte in seinem Vortrag zahlreiche Fakten und Tipps zu Bewertungsmethoden, zum Gewinnverfahren und zur Berechnung des Praxiswertes. ■ IBO

Die Vorträge sind abrufbar unter www.kvno.de

KV | 141230



Das Rauschen im Ohr

Der nervende Ton, der ständig im Ohr erklingt – genannt Tinnitus, nach lateinisch tinnire, „klingen“ – er quält offenbar viele Menschen: Rund 250 Gäste kamen zum Ratgeber Gesundheit der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Zusammenarbeit mit der Rheinischen Post ins Rheinische Landestheater in Neuss, um mehr darüber zu erfahren.

Einer von 200 Menschen hat heute laut dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ein so intensives Geräusch im Ohr, dass sein Leben stark beeinträchtigt ist. Warum hört man etwas, was andere nicht hören? Mit diesem Thema und dem Entstehen eines Ohrgeräuschs befasste sich Dr. Joachim Wichmann, Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO) aus Krefeld und Vorsitzender des Berufsverbandes der HNO-Ärzte in Nordrhein. Er beruhigte das Publikum: „Ein Tinnitus ist kein Notfall und keine Krankheit, er ist ein Symptom“, und stellte anerkannte Behandlungsansätze vor – dabei ging es um medikamentöse Therapien ebenso wie um Entspannungsverfahren, Retraining-Verfahren, Neurostimulation und Musiktherapie.

„Leben mit dem Tinnitus – vom Feind zum Freund“ hatte der Düsseldorfer HNO-Arzt Dr. Hans-Michael Strahl seinen Vortrag überschrieben. Er erklärte, dass der Körper im Grunde stets Geräusche von sich gebe; mancher höre sie, ein anderer hingegen nicht. Hinzu komme, dass das Ohr als Warnsystem frühzeitig Gefahren wahrnehmen müsse, deshalb empfindlich und schützenswert sei. „Die Disco sollte man nur mit Ohrstöpsel besuchen und nicht in die Nähe von Silvesterböllern kommen“, so Strahl.

Raus aus dem Teufelskreis

Patienten mit einem Ohrgeräusch können nach seinen Worten schnell in einen Teufelskreis geraten – indem sie sich Gedanken über ihren Tinnitus machen, sich ärgern oder ängs-



tigen und dadurch das Symptom eher noch verstärken. „Hier gilt es, einzugreifen und sich nicht damit hilflos abzufinden“, sagte der Experte, der den Tinnitus als Schnittstelle zwischen körperlicher Befindlichkeit (infolge von Bluthochdruck oder Schilddrüsenerkrankungen), psychisch-seelischen Aspekten und den privaten Lebensumständen sieht.

Alternative Behandlungsstrategien, die dabei helfen können, den Tinnitus als Chance zu sehen und die Situation positiv zu verändern, erläuterte Dr. Martin Kusatz, Leiter der Tinnitus-Therapie-Zentren in Düsseldorf und Krefeld. Zu seinem speziellen, von den Krankenkassen finanzierten Trainingsprogramm „Krefelder Modell“ gehören Entspannungstechniken, die zwischendurch im Büro angewendet werden können, ebenso wie verhaltenstherapeutische Ansätze, das Singen tiefer Töne und die sogenannte Auditive Stimulationstherapie (AST) mit musiktherapeutischen Übungen.

■ NATASCHA PLANKERMANN

Die Akteure der Ratgeberveranstaltung (v.l.): Dr. Martin Kusatz, Dr. Joachim Wichmann, Moderatorin Natascha Plankermann und Dr. Michael Strahl.

Willkommen in der Praxis

In einer konzertierten Aktion haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) im November um Nachwuchs geworben. Die KBV lud zum Info-tag an der Charité, die KV Nordrhein war an der Uni Düsseldorf zu Gast. Angesichts der Pläne der Bundesregierung zur Stilllegung von tausenden Praxen hat innerhalb der KVen eine Diskussion darüber begonnen, ob für die Niederlassung weiter auf diese Weise geworben werden kann.



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

Ärztinnen und Ärzten zur Abwechslung mal die schönen Seiten und Chancen der Niederlassung nahegebracht werden sollen.

Mit Blick auf die Pläne der Bundesregierung, die in Ihrem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz aus Sicht der Ärztevertreter die Freiberuflichkeit der Niedergelassenen in Frage stellt und einen Kahlschlag bei der ambulanten Versorgung anstrebt, stellte Gassen allerdings in Frage, ob man weiterhin „seriös für die Niederlassung werben“ und „junge Kollegen sehenden Auges in eine problematische Situation laufen lassen könne“. Mehrheitlich angenommen wurde in Berlin ein Antrag, die Mittel für

die Kampagnen, speziell für die Kernkampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“, 2015 für Botschaften zu nutzen, die den Erhalt der Freiberuflichkeit in den Mittelpunkt stellen.

Unabhängig davon soll weiter um den Nachwuchs geworben werden – wie bisher ohne geschönte Werbebotschaften. Auch wenn die Kampagne von einprägsamen Motiven, Claims und Botschaften lebt: Es geht darum, ein realistisches Bild von der Tätigkeit in der eigenen Praxis zu vermitteln – am besten mit Ärztinnen und Ärzten, die von eigenen Erfahrungen berichten. So wie Dr. med. Guido Pukies, der sich in diesem Jahr im Herzen von Neuss als Hausarzt mit einer angestellten Kollegin selbstständig gemacht hat und schon jetzt sicher ist, dass das der richtige Schritt war – trotz der vielen Arbeit, trotz bürokratischer Hürden und trotz der Mehrfachbelastung als Arzt, Arbeitgeber und Ansprechpartner für alle möglichen Sorgen und Nöte seiner Patienten. „Was es finanziell zu regeln gibt, bekommen Sie mit einem guten Steuerberater und den Beratern der KV in den Griff“, sagte Pukies auf einer Infoveranstaltung auf dem Campus der Uni Düsseldorf, die die KV Nordrhein zusammen mit der Fachschaft der Mediziner und dem Institut für Allgemeinmedizin organisiert hatte.

Verantwortung und Vertrauen

Vieles entschädige für die Mühen – vor allem das enge Verhältnis zu vertrauten Patienten. „Wenn Sie ein älteres Ehepaar erleben,

das sich innig verbunden ist, mit Mühe ihre Praxis aufsucht und sie bittet, alles zu tun, um nicht in die Klinik zu müssen, dann wissen Sie, welche Verantwortung Sie tragen – aber auch, welches Vertrauen man genießt.“ Sein eigener Herr zu sein, habe seine Tücken, aber auch riesiges Potenzial – wenn man die in seinem Fall 1.800 Patienten pro Quartal so zu versorgen lerne, dass man seine Arbeitszeit dauerhaft auf ein gesundes Maß beschränken könne. Denn eines stehe fest: „Sie werden ihre Patienten nicht suchen müssen. Sie werden eher zu viele davon haben.“

An Pukies' Ausführungen schloss sich eine Gesprächsrunde an, bei der sich der Neuser Hausarzt, KVNO-Niederlassungsberaterin Linda Pawelski, Weiterbildungsexpertin Viktoria König, Norbert Effenberg, stellvertretender Geschäftsführer der KV-Bezirksstelle in Köln, und KVNO-Sprecher Dr. Heiko Schmitz vielen Fragen stellten. Das Spektrum reichte von den Chancen der Quer- und Späteinsteiger in die Niederlassung über den Notdienst, Finanzierungsmöglichkeiten beim Praxiskauf und den Einfluss der KVen auf die Honorarverhandlungen – bis hin zur Frage, welche fachärztliche Ausbildung die besten Perspektiven biete.

Minister auf Werbetour

Einen stärkeren politischen Akzent setzte der Infotag „Fit für die Praxis“ von KBV und KVen, der am 4. November an der Charité in Berlin stattfand. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe ließ sich seine Verstimmung über die Kritik der KVen am geplanten Versorgungsstärkungsgesetz nicht anmerken und würdigte die Bedeutung ärztlicher Arbeit, die „nicht ersetzbar“ sei. Der Minister warb für seine Pläne, insbesondere die Förderung der hausärztlichen Tätigkeit, denn die Allgemeinmedizin müsse gestärkt werden. Der Abbau vermeintlicher fachärztlicher „Überversorgung“ erfolge in „homöopathischer Dosis“.

An derlei Politprosa hatten die 280 Studenten, die das Niederlassungscafé über den Tag



bevölkerten, wenig Interesse. Sie wollten wissen, was KBV-Chef Dr. med. Andreas Gassen meinte, als er Mut zur Selbstständigkeit forderte und feststellte: „Die Niederlassung bietet deutlich mehr Freiheiten als die Arbeit in der Klinik.“ Das findet auch Robin Charlotte Rätz. Die 33-jährige Medizinstudentin im achten Semester ist ein Gesicht der Nachwuchskampagne, und für sie ist schon klar, dass sie sich nach dem Studium niederlassen will. „So kann ich viel selbstständiger arbeiten und bleibe für meine Kinder besser erreichbar. Im Krankenhaus wäre das viel unpersönlicher.“

„Ein erfüllender Beruf“

Für andere Besucher stehen erstmal die Fakultät oder das Praktische Jahr (PJ) an. Etwas für Felix Boschann, der im achten Studiensemester über das PJ nachdenkt und noch nicht genau weiß, ob er Hausarzt werden möchte – wie seine Mutter, die in Berlin eine Praxis führt. „Ich denke schon, dass das ein erfüllender Beruf ist“, sagte der 22-Jährige. Doch es gebe eben bürokratische Hürden und unternehmerische Risiken. „Vielleicht gehe ich zunächst in die Klinik.“ Ein zu früher Einstieg in die eigene Praxis könnte zur Einbahnstraße werden, so seine Befürchtung. Umso wichtiger sei, Studenten frühzeitig über die Niederlassung zu informieren. „Ich finde sehr gut, dass die KVen eine solche Veranstaltung anbieten.“

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Nachwuchsmediziner trafen sich im Niederlassungscafé der KBV.

Freigabe via KVNO-Portal

Die Digitalisierung der Abrechnung schreitet voran: Die Freigabe der Korrekturvorschläge aus den Diagnoseprüfungen fand im November erstmals über das KVNO-Portal statt. Das einfache und sichere Verfahren findet auch für die Abrechnungsdaten des 3. Quartals statt, die die Praxen im September/Oktober hochgeladen haben.

Um das neue Verfahren zu nutzen, benötigen Praxen neben dem Zugang zum KVNO-Portal einen eToken oder den eA-light. Falls Sie einen Anschluss an das KV-SafeNet in Ihrer Praxis haben, ist die Rückmeldung ohne weitere Authentifizierung möglich. Bitte beachten Sie: Eine Rückmeldung über D2D oder eine Authentifizierung mit dem HBA ist nicht möglich.

Sollten Praxen sich für das Portal neu registrieren müssen, einen eToken bestellen wollen oder andere Fragen zum Portalzugang haben, steht Ihnen die Hotline des KVNO-Portals zur Verfügung unter der Telefonnummer 0211 5970 8500.

Die KV Nordrhein muss die abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose prüfen. Dies verlangt der Gesetzgeber in Paragraph 106a des Sozialgesetzbuchs V. Die KV Nordrhein stellt den Praxen die Vorschläge für die Korrekturen auf Papier zur Verfügung. Bisher konnten diese Vorschläge per Fax bestätigen oder ablehnen. Inzwischen ist die Freigabe der von der KV Nordrhein vorgeschlagenen Korrekturen an den Diagnose-Kodierungen nur noch über das KVNO-Portal möglich.

Bestätigung bis 11. Februar 2015

In Kürze erhalten Praxen die Korrekturvorschläge für die Diagnosen aus den Abrechnungsdaten des 3. Quartals 2014, die sie Ende September/Anfang Oktober hochgeladen haben. Ende Januar erhalten Sie wie gewohnt mit den Abrechnungsbescheiden eine Liste mit den Vorschlägen zur Korrektur der Codes. Bitte geben Sie diese Vorschläge bis 11. Februar 2015 frei bzw. lehnen sie ab. Betroffen sind natürlich nur die Praxen, bei denen die KV Nordrhein implausible Kodierungen ausgemacht hat.

Ein Vorteil der elektronischen Freigabe: Sie können die Bearbeitung auch unterbrechen, zwischenspeichern und beenden, wann es zeitlich passt. Das Verfahren hat die KV Nordrhein so einfach wie möglich gestaltet. Wie Sie die vorgeschlagenen Korrekturen freigeben oder ablehnen, zeigt die folgende Anleitung. Sie steht auch im KVNO-Portal und im Internet-Angebot zur Verfügung unter www.kvno.de ■ KVNO

ICD-Korrekturen: Die Top-10-Fehler

Die Tabelle zeigt die zehn häufigsten Hinweise, die beim Prüfen der Diagnose-Kodierungen im 1. Quartal 2014 aufgetreten sind.

ICD-10 Code	Beschreibung
I25.29-G	Alter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet
I69.3-G	Folgen eines Hirninfarktes
I25.19-G	Atherosklerotische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet
N28.9-G	Krankheit der Niere und des Ureters, nicht näher bezeichnet
J44.99-G	Nicht näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit, FEV1-Wert nicht näher bezeichnet
E11.72-G	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
O09.9-G	Schwangerschaftsdauer, nicht näher bezeichnet
I69.1-G	Folgen einer intrazerebralen Blutung
J45.9-G	Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet
Z95.0-G	Vorhandensein eines implantierten Herzschrittmachers oder eines implantierten Kardiodefibrillators

Einfach freigeben

Die Abrechnung in der KV Nordrhein wird noch einen Schritt digitaler. Die Freigabe der Vorschläge zur Diagnosekorrektur findet über das KVNO-Portal statt: schnell, einfach und sicher. Wie das geht, zeigt diese Anleitung.



Schritt 1

Mit den Abrechnungsunterlagen haben Sie die Vorschläge der Diagnosekodierungen erhalten. Nehmen Sie diese zur Hand und loggen sich mit Nutzernamen und Passwort im KVNO-Portal ein.



Schritt 2

Wechseln Sie zum Dienst „Rückmeldung Diagnoseprüfung“ und klicken Sie dann auf „Rückmeldung Diagnoseprüfung starten“.



Schritt 3

Wählen Sie aus, ob Sie sich mit dem eToken oder dem eA-light anmelden möchten. (Dies ist nicht nötig, wenn Sie das KVNO-Portal mittels des KV-SafeNet nutzen.) Beim eToken müssen Sie die achtstellige Nummer eintippen, die der eToken auf Knopfdruck anzeigt. Dann bitte auf „Senden“ klicken.



Schritt 4

Wählen Sie Ihre BSNR aus.

Zwei Wege: Internet oder KV-SafeNet

Wenn Sie über das Internet die Rückmeldung der Diagnoseprüfung vornehmen möchten, rufen Sie das KVNO-Portal über die URL www.kvnoportal.de auf. In diesem Fall benötigen Sie einen eToken oder eA-light zur weiteren Anmeldung.

Wenn Sie in Ihrer Praxis über einen KV-SafeNet-Anschluss verfügen, dann rufen Sie das KVNO-Portal bitte über die URL <http://kvnoportal.kvno.kv-safenet.de/> auf. Ein eToken oder eA-light sind in diesem Fall nicht notwendig.



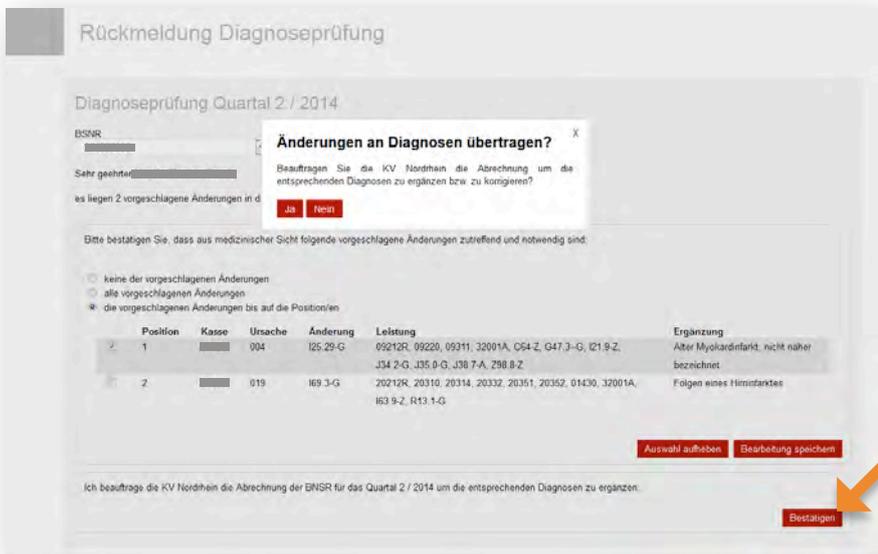
Schritt 5

Wählen Sie aus, ob Sie keine der Änderungen, alle Änderungen oder einzelne Positionen der vorgeschlagenen Änderungen bestätigen möchten. Achtung: Wenn Sie einzelne Positionen markieren, gelten die als akzeptiert, die sie nicht anklicken. Die angeklickten Positionen gelten als widersprochen.



Schritt 6

Sie können Ihre Auswahl speichern, um sie später weiter bearbeiten zu können. Achtung: Die Änderungen der Diagnosen werden noch nicht an die KV Nordrhein übertragen.



Schritt 7

Durch Anklicken von „Bestätigen“ beauftragen Sie die KV Nordrhein, die Diagnosen zu korrigieren bzw. zu ergänzen. Wenn Sie im Anschluss die Frage „Änderungen der Diagnosen übertragen“ mit „Ja“ beantworten, werden die Daten an die KV Nordrhein übertragen.



Schritt 8

Die Änderungen an den Diagnosen wurden erfolgreich übermittelt. Sie können sich das Protokoll für Ihre Unterlagen ausdrucken.



www.kvno-portal.de

Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

- **Abrechnung online** Übermitteln Sie Ihre Daten online und nutzen Sie zum Beispiel die Möglichkeit zur kostenlosen Testabrechnung.
- **Abrechnungsunterlagen** Schon vor dem Versand stehen die aktuellen Unterlagen für Sie bereit – und die der vorherigen Quartale.
- **Kennzahlen** Übersichtliche Auswertungen aus der Honorarabrechnung: Fallzahlen, Diagnosen und Ihr Leistungsspektrum.
- **Honorarauswertung** Partner-Ärzte in Gemeinschaftspraxen oder MVZ können (gegen Gebühr) den Anteil am Honorar, Leistungsbedarf und an den Behandlungsfällen je Mitglied abrufen. Aber nur, wenn alle Partner dem zustimmen.

- **Diagnoseprüfung** Geben Sie die von der KV Nordrhein vorgeschlagenen Korrekturen an Ihren Diagnose-Kodierungen einfach und sicher online frei.
- **eDokumentationen** Geben Sie Ihre Dokumentation für das Hautkrebs-Screening oder zytologische Untersuchungen einfach online ein.
- **Vordrucke** Alle Vordrucke für Ihre Praxis können Sie rund um die Uhr online über das Portal bestellen.
- **Praxisdaten** Mit diesem Dienst können Sie Ihre Praxisdaten einsehen, prüfen und elektronisch ändern.

Das KVNO-Portal steht allen Mitgliedern der KV Nordrhein kostenlos zur Verfügung. Ihre Zugangsdaten erhalten Sie unter www.kvno-portal.de

Kontakt

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



www.kvno-portal.de 

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

Führen Patienten eine gedankliche Checkliste?

Man könnte erwarten, dass das Thema Hygiene für die Patienten eine besondere Bedeutung hat und deshalb eine Vielzahl von Veröffentlichungen dazu zu finden ist. Weit gefehlt. Eine Recherche nach dem Stichwort Hygiene ergibt wenige Treffer. Zumindest ist das so für den ambulanten Bereich. Anders sieht es im stationären Bereich aus. In zahlreichen Patientenberichten klagen die Patienten über unzureichende Standards bis hin zu mutmaßlichen Todesfällen von Familienangehörigen aufgrund mangelnder Hygienemaßnahmen.



kutiert. Dazu hat sicherlich auch die Aktion „Saubere Hände“ beigetragen. Viele Patienten sind in Bezug auf das Händewaschen in verschiedenen Situationen sensibilisiert. Die Diskussion rund um das Thema Multiresistente Erreger hat dagegen bei Patienten aber auch Ängste freigesetzt. „Die Patienten haben Angst, ins Krankenhaus zu gehen und sich dort mit Keimen zu infizieren“, das ist der Eindruck von Rita Januschewski, Koordinatorin der Gesundheitsselbsthilfe, Wittener Kreis. „Seit der Diskussion um MRSA sind in den Arztpraxen plötzlich die Wartezimmer geschlossen, und ich fühle mich als Patientin eingeschlossen, und gleichzeitig ausgeschlossen.“ Diese Einschätzung zeigt, wie wichtig es ist, Maßnahmen zur Hygiene zu erläutern.

Bei endoskopischen Untersuchungen gibt es hohe Hygiene-Anforderungen. Patienten vertrauen in der Regel darauf, dass diese eingehalten werden.

Sind die Patienten im ambulanten Bereich mit der Hygiene zufrieden? Haben Patienten Wünsche an die Arztpraxen vor Ort? Und wenn ja: Wie sehen die aus?

Einige Ärzte führen im Rahmen des eigenen Praxismarketings Befragungen durch, in denen auch ermittelt wird, ob die Patienten mit den Hygienestandards einverstanden sind. Die Ergebnisse verbleiben jedoch in der Regel in den Praxen.

Über Hygiene sprechen

Insgesamt werden Fragen der Hygiene intensiver in der allgemeinen Öffentlichkeit dis-

Bei Dialysepatienten, Transplantierten oder aber Tumorerkrankten können Hygienefragen von existentieller Bedeutung sein. Im Wartezimmer wird gehustet und geschneift, und damit werden zahlreiche Viren verteilt, die besonders Patienten mit einer geschwächten Immunabwehr zum Verhängnis werden können. „Der transplantierte Patient müsste seine Gesprächspartner ständig vorab fragen: Sind Sie erkältet?“ so Hans Schmolke von der Selbsthilfe Organtransplantierte NRW. „Jeder macht da seine eigenen, unter Umständen leidvollen Erfahrungen und es macht Sinn, mit

dem Praxispersonal und den Ärzten über besondere Erfordernisse zu sprechen. Bei einem Verdacht auf eine bakterielle Erkrankung sollte der Patient an der wartenden Schlange vorbeigehen und sich direkt an der Theke melden. Einige, aus meiner Sicht vorbildliche, Praxen haben dieses System mit gutem Erfolg für die Patienten eingeführt."

Kein Klinken-Kontakt

Patienten mit einem geschulten Auge achten auch darauf, ob man das Wartezimmer ohne Kontakt mit einer Türklinke erreichen kann, ob dieses gut belüftet ist und durch wie viele Hände die Wartezimmerzeitungen augenscheinlich schon gegangen sind. Eine Verbesserung bezüglich des Infektionsrisikos für andere Patienten etwa zu Grippezeiten bringt bereits eine spezifische Terminplanung, die Patienten mit grippeähnlichen Symptomen zu bestimmten Sprechzeiten bestellt.

Mehrheitlich vertrauen die Patienten darauf, dass Hygienestandards in den Praxen eingehalten werden. Die Frauenselbsthilfe nach Krebs, vertreten durch Petra Kunz, ist bisher noch nicht mit Problemen im ambulanten Bereich konfrontiert worden. „Anders als in den Krankenhäusern bin ich mit dem Einhalten der Hygienestandards gut einverstanden. Ich achte selbstverständlich darauf, ob

der Papierstreifen auf der Behandlungsliege weiter gezogen wird."

Für Patienten mit Psoriasis gilt, dass sie wegen Komorbiditäten häufiger zum Arzt gehen. „Ich persönlich habe mir nur einmal die Frage gestellt, wieso die MFA bei der Blutabnahme keine Handschuhe trägt, aber ansonsten besteht bei mir blindes Vertrauen, dass in den Praxen alles okay ist", sagt Ottfrid Hillmann vom Deutschen Psoriasisbund. Er würde Probleme ansonsten ansprechen. Ähnlich sieht das Bettina Kempen von der Interessensgemeinschaft Niere NRW. Nach ihrer Einschätzung wird zum Beispiel in den nephrologischen Praxen sehr auf Hygiene geachtet. Sie findet es jedoch problematisch, dass in Hausarztpraxis in der Regel die infektiösen Patienten nicht von den anderen getrennt werden können. „Ich persönlich habe keine unhygienische Praxis vor Augen; ich rege aber an, dass jede Praxis im Eingangsbereich eine Handdesinfektion vorsieht."

Fazit: Patienten vertrauen auf eine gute Hygiene in den Praxen. Sie wünschen sich dennoch, dass in bestimmten Situationen nach Möglichkeit infektiöse Patienten von den anderen getrennt werden, im Eingangsbereich die Hände sterilisiert werden können und die Wartezimmer gut belüftet sind.

■ STEPHANIE THEISS

Hygieneberater der KV Nordrhein

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



Anna-Lena Poth
Telefon 0211 5970 8476
E-Mail hygiene@kvno.de



Patrick Ziech
Telefon 0211 5970 8489
E-Mail hygiene@kvno.de

Die Vernetzung ist das Ziel

„Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“: So lautet der Titel einer Fortbildungsreihe für Medizinische Fachangestellte (MFA), die die Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten (KOSA) der KV Nordrhein regelmäßig veranstaltet. Dabei sollen die Teilnehmer lokale Selbsthilfeangebote kennenlernen und diese bei Bedarf Patienten empfehlen. Inzwischen hat die KOSA über 1.000 Teilnehmer geschult.

Depressionen, Essstörungen, Ängste – statistisch gesehen leidet jede zweite Frau einmal in ihrem Leben an einer psychischen Erkrankung, die behandlungsbedürftig ist. Bei Männern sind es 40 Prozent. Diese Zahlen präsentierte Dr. Christian Raida, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zu Beginn des Seminars „Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“ mit dem Schwerpunkt „Psychische Erkrankungen“ Mitte November

in Köln. Das Seminar war restlos ausgebucht. Das Besondere: Die Veranstalter durften die 1000. Teilnehmerin begrüßen.

Seit 2009 veranstaltet die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein derartige Seminare in Kooperation mit Einrichtungen zur Selbsthilfe überaus erfolgreich. Ziel ist es, MFA stärker in die Vernetzung von lokalen Selbsthilfeangeboten einzubeziehen. Neben Vorträgen

1000. Teilnehmerin: Bärbel Schmidt im Interview

Frau Schmidt, zunächst einmal herzlichen Glückwunsch! Sie sind die 1.000. Teilnehmerin der KOSA-Seminarreihe für MFA. Warum haben Sie diese Fortbildung besucht?

Wir werden oft mit Sorgen und Ängsten der Patienten konfrontiert, weil wir am Empfang meist die ersten sind, die zu den Patienten Kontakt haben. Dann ist es hilfreich zu wissen, wie man am besten auf Patienten eingehen kann. Und es ist gut, konkrete Hilfsangebote zu kennen, die den Patienten bei einer Problembewältigung im Alltag unterstützen können.

Sie arbeiten in einer radiologischen Praxis in der Kölner Innenstadt. Inwiefern sind Patienten mit psychischen Erkrankungen für Sie in der Praxis ein Thema?

» Es ist gut, konkrete Hilfsangebote zu kennen «

Wir haben häufig Kontakt zu Onkologie-Patienten mit Krebserkrankungen. Wenn ein Patient die Diagnose Krebs erhält, ist das für ihn eine große psychische Belastung. Er hat Angst vor den Untersuchungsergebnissen, aber auch oft Angst vor der Untersuchung selbst. unsere radiologische Praxis ist mit großen, hochtechnischen Apparaten ausgestattet. Für die meisten Patienten sind Untersuchungen mit diesen Geräten eben keine Routine. Für Menschen mit Platzangst zum Beispiel ist die Untersuchung in Großgeräten wie Computertomograph oder Kernspintomograph eine große Herausforderung.

Haben Sie oft Kontakt zu den gleichen Patienten?

Ja. Aufgrund von Nachsorgeuntersuchungen bei Krebs-erkrankten. Diese Untersuchungen werden ja über Jahre in regelmäßigen Abständen durchgeführt.

von Fachreferenten erzählen auch Teilnehmer der örtlichen Selbsthilfegruppen von ihren Erfahrungen. Durch den damit verbundenen emotionalen Charakter erleben die Teilnehmer diese Seminare nicht nur als Gewinn für ihre tägliche Arbeit in der Praxis, sondern auch für sich persönlich. Sie erhalten Tipps zum Umgang mit psychisch kranken Patienten und zu konkreten Anlaufstellen, die die Patienten in ihrer Alltagsbewältigung unterstützen können.

Ergänzung zur Therapie

Allein in Köln gibt es 800 bis 1000 Selbsthilfegruppen, erklärte Claudia Daubenbüchel von der Selbsthilfe-Kontaktstelle Köln im Seminar. Sie unterstützt beispielsweise neue Gruppen bei ihrer Gründung. Auch wenn Selbsthilfegruppen nicht für jeden hilfebedürftigen Patienten in Frage kommen und auch keine herkömmliche Therapie ersetzen sollen, können sie in vielen Fällen als Überbrückung bis zum Beginn einer Therapie oder ergänzend darüber

hinaus sinnvoll sein. Davon ist Claudia Daubenbüchel überzeugt.

Über die Kooperation der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mit zahlreichen Selbsthilfegruppen referierte Anke Petz von der KOSA. Sie stellte den MFA auch hauseigene Flyer zu Selbsthilfeangeboten vor. Doch wie bringt man diese Informationen an die Patienten? Wer unter häuslicher Gewalt leidet oder depressiv ist, wird im Wartezimmer ausliegende Flyer vor den Augen der anderen Patienten eher selten mitnehmen. Daher der Tipp: „Legen Sie die Flyer einfach in der Toilette aus. Da sind sie meist sehr schnell vergriffen“, berichtet Anke Petz.

Auf die 1000. Teilnehmerin der MFA-Seminarreihe folgte übrigens kürzlich die 1000. Abonnentin für den neuen MFA-Newsletter. Auch an dieser Stelle wird deutlich, dass die KV Nordrhein mit ihrem Angebot für MFA auf der richtigen Welle funkt. ■ SIMONE HEIMANN

Mehr Infos unter
www.kvno.de
KV | 141241

Wie lange arbeiten Sie schon in dieser Praxis?

Ich bin seit der Gründung 1984 mit dabei. Begonnen habe ich als ausgebildete Medizinische Radiologieassistentin, heute leite ich das Praxisteam.

Dann haben Sie bestimmt schon viele Fortbildungen besucht.

Ja. Heute empfehle ich die meisten Weiterbildungen meinen Kolleginnen. Wir tauschen uns im Anschluß regelmäßig aus und sprechen über die Dinge, die wir in den Weiterbildungen erfahren haben.

Was haben Sie aus dem heutigen Seminar mitgenommen?

Es war interessant zu erfahren, wie groß die Fülle an Selbsthilfegruppen ist. Und ich habe festgestellt, dass wir viele Tipps im Umgang mit Patienten schon erfolgreich in unserer Praxis umsetzen.

■ DAS GESPRÄCH FÜHRTE SIMONE HEIMANN.



Bärbel Schmidt (r.) war die 1000. Teilnehmerin der KOSA-Seminare. Stephanie Theiss überreichte der MFA einen Blumenstrauß.

Alle für einen

Schlaganfall, Herzinfarkt oder ein tragischer Unfall: Wenn Menschen plötzlich und unerwartet aus dem Leben scheiden, ist der Schock für die Angehörigen besonders groß. Oft fühlen sich die Hinterbliebenen mit den Dingen, die dann zu regeln sind, überfordert. Die Gemeinschaftshilfe für Ärzte ist gerade in solchen Situationen eine wichtige finanzielle Unterstützung.

Sie ist eine freiwillige Einrichtung seit den 50er Jahren und basiert auf dem Solidaritätsgedanken – die Gemeinschaftshilfe für Ärzte in Köln, Aachen, Düsseldorf, im Raum Duisburg und Essen sowie am linken Niederrhein. Das Prinzip: Verstirbt ein Mitglied der Gemeinschaft, zahlen alle Mitglieder einen Beitrag. Geld, mit dem die Hinterbliebenen die Beerdigung finanzieren können.

2.000 Mitglieder

„Allein in den vergangenen sieben Jahren haben wir über drei Millionen Euro ausgeschüttet. Pro Trauerfall sind das derzeit in Köln 7.000 Euro und in Aachen 9.000 Euro“, erklärt Gaby Ludewig, zuständig für die Gemeinschaftshilfen Köln und Aachen. Beiden Einrichtungen zusammen gehören gut 2.000 Mitglieder an. Je mehr Mitglieder eine Einrichtung hat, desto höher ist auch die Auszahlungssumme pro Sterbefall. Geleitet werden die Gemeinschaftshilfen von mehrköpfigen Kommissionen, die auch über die Aufnahme von neuen Mitgliedern entscheiden.

Doch leider verzeichnen viele Gemeinschaftshilfen in Nordrhein sinkende Mitgliederzahlen, oft

unter jungen Medizinerinnen. Möglicher Grund: Heute sichern sich Ärzte anders ab als früher, weil es auch andere Möglichkeiten gibt. Für den Kommissionsvorsitzenden der Kölner Gemeinschaftshilfe, Dr. Heinrich Antz, ist das ein Trugschluss.

„Niemand weiß, wann sein Leben zu Ende geht. Gerade junge Kollegen sind im plötzlichen Todesfall nicht immer ausreichend abgesichert, weil sie zum Beispiel ihre Praxis noch nicht abbezahlt haben. Besonders dann können die Leistungen der Gemeinschaftshilfe die Angehörigen spürbar entlasten“, so Antz. Dass die Hinterbliebenen die Hilfe dankbar annehmen, erfahren die Mitarbeiter der Einrichtungen immer wieder aufs Neue.

Damit junge Ärztinnen und Ärzte auch von der Gemeinschaftshilfe erfahren, werden sie innerhalb der ersten zwei Jahre ihrer Niederlassung mehrmals per Post angeschrieben. Über eine Mitgliedschaft nachzudenken, lohnt sich auf jeden Fall, denn für die Mitglieder fallen keine monatlichen Beiträge an. Sie zahlen lediglich einen Beitrag – pro Sterbefall. In Köln sind das beispielsweise sechs Euro, in Aachen 15 Euro.

„Die Einrichtung ist als erstes Krisenmanagement für die Hinterbliebenen zu verstehen, um finanzielle Engpässe zu überbrücken, und zwar schnell und unbürokratisch“, betont Antz. Die Beiträge können übrigens steuermindernd geltend gemacht werden.

■ SIMONE HEIMANN

Kontakt

Gemeinschaftshilfe Köln und Aachen

Gaby Ludewig
Telefon 0221 7763 6297

Eva-Marie Merling
Telefon 0221 7763 6296

Gemeinschaftshilfe Düsseldorf, Essen, Duisburg, linker Niederrhein

Michaela Pietsch
Telefon 0211 5970 8608

- 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**

Die Polizei – ein schwieriger Fall

Bei der Abrechnung gibt es für Polizisten viele Besonderheiten. So geben die Landespolizeien zum Beispiel keine elektronischen Gesundheitskarten (eGK) aus – wie auch einige andere Sonstige Kostenträger. Doch Praxen müssen noch mehr spezifische Regelungen beachten. Dazu erreichten die Serviceteams der KV Nordrhein im November eine große Zahl von Fragen.

Über welche Kassennummer rechne ich Polizisten ab?

Das kommt darauf an, welcher Landespolizei ihr Patient angehört. Die Landespolizei Nordrhein-Westfalen hat die Kassennummer 24870 und das Institutionskennzeichen (IK) 103600525.

Aber nicht alle Polizisten gehören der Landespolizei NRW an. Beachten Sie die Kassennummer auf der Rückseite des Behandlungsscheines und tragen diese in Ihr System ein. Wenn ein Polizist zum Beispiel über die Polizei Thüringen versichert ist, finden Sie dort die Kassennummer 89870 bzw. das IK 103600558.

Ein Polizist kommt mit einer Krankenversicherungskarte statt mit einer eGK. Kann ich diese anerkennen?

Ja, Polizisten aus NRW besitzen keine Krankenversicherungskarte. Sie geben nach wie vor einen Behandlungsschein ab. Dies gilt auch für einige andere Sonstige Kostenträger.

Doch Vorsicht: Bei Polizisten aus anderen Bundesländern kann es eine andere Regelung geben, sodass sie eine eGK vorlegen müssen. Das gilt auch für Versicherte der Bundespolizei.

Es kommt ein Polizist zur Behandlung, der mittlerweile aus dem Dienst ausgeschieden, also in Pension ist. Wie werden die Leistungen angerechnet?

Die Pensionäre können nur über eine Privatrechnung nach GOÄ abgerechnet werden.

Kann ich für Polizisten eine Überweisung ausstellen, wenn mir ein Behandlungsausweis oder eine Krankenversicherungskarte vorliegt?

Ja, das ist möglich.

Brauche ich bei Polizisten einen Originalbehandlungsschein für die Abrechnung einer Konsultation im Notfalldienst?

Nein, Sie können hier über Muster 19/Notfalldienst abrechnen.

Darf ich bei Polizisten die Gesundheitsuntersuchung durchführen?

Ja. Es können auch die Leistungen der Krebsfrüherkennung und der Mutterschaftsvorsorge erbracht und abgerechnet werden.

Kann ich bei Polizisten die Grippeimpfung ganz normal abrechnen?

Nein. Alle Impfungen können nicht zu Lasten der Polizei NRW erbracht beziehungsweise verordnet werden. Genauso wenig ist möglich, Leistungen und Mittel zur Empfängnisregelung (Pille), Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch und zur Reproduktionsmedizin abzurechnen oder zu verordnen. Diese Untersuchungen und Behandlungen werden in der Regel durch Polizeiärzte durchgeführt.

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

Fortbildungspflicht: Änderung bei Angestellten

Ärzten und Psychotherapeuten, die nicht nachweisen, dass sie ihrer Fortbildungspflicht nachkommen, muss die KV das Honorar kürzen. Dabei hat die KV Nordrhein bislang in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und in Praxen mit angestellten Ärzten das Gesamthonorar gekürzt. Mit anderen Worten: Wenn in einem MVZ ein angestellter Arzt oder Psychotherapeut die erforderlichen Punkte nicht nachgewiesen hat, traf dies das Honorar aller dort Tätigen.



So verfährt die KV Nordrhein nicht mehr; das Verfahren wird vereinheitlicht. Analog zur Regelung bei Partnern von Berufsausübungsgemeinschaften kürzt die KV ab dem 3. Quartal 2014 ausschließlich das anteilig erwirtschaftete Honorar des fortbildungspflichtigen Arztes bzw. Psychotherapeuten, der den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht ausreichend erbracht hat. Dies gilt auch für im Job-Sharing zugelassene oder angestellte Ärzte.

Alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind verpflichtet, in einem Zeitraum von fünf Jahren nachzuweisen, dass sie ihrer Fortbildungspflicht nachgekommen sind. Konkret vorweisen müssen sie, dass sie 250 Fortbildungspunkte gesammelt haben – unabhängig davon, ob sie niedergelassen, ermächtigt oder angestellt sind. Wird der Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig gegenüber der KV erbracht, sieht

der Gesetzgeber eine Kürzung des Honorars vor: in den ersten vier Quartalen 10, ab dem darauffolgenden Quartal 25 Prozent.

Bei fehlender Fortbildung trifft die Honorarkürzung nur noch den Arzt, der seiner Fortbildung nicht nachgekommen ist.

Entscheidend ist der Nachweis der Punkte – nicht der bloße Erwerb. Sind die 250 Punkte erreicht, können die Vertragsärzte und -psychotherapeuten bei der Ärzte- bzw. der Psychotherapeutenkammer ein Zertifikat beantragen. Die Kammern übermitteln die Fortbildungszertifikate nur dann elektronisch an die KV Nordrhein, wenn die Ärzte und Psychotherapeuten dieser Übermittlung zustimmen.

Übrigens: Zum 30. Juni 2014 haben über 95 Prozent der Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Nordrhein nachgewiesen, dass sie ihre Fortbildungsverpflichtung erfüllt haben.

■ PFI

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Methodenintegrativer Arbeitskreis

Kontakt Hartmut Reinhard Kujath
Alt-Pempelfort 3
40211 Düsseldorf

Telefon 0211 5667 5725

Thema Behandlungstechniken und Probleme im Rahmen der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Kontakt Ralf Kaesler
Cäcilienstraße 1
40597 Düsseldorf

Telefon 0211 29 09 783

E-Mail kaesler@muenster.de

Thema Psychotherapeutischer Qualitätszirkel

Kontakt Angelika Anslinger
Uhlgasse 36
53127 Bonn

Telefon 0228 92 58 164

14 bis 17 Uhr

Infomarkt der KV Nordrhein

Mittwoch, 7. Januar 2015

Bezirksstelle Köln | Sedanstraße 10-16
50668 Köln



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.

Vortrag um 15 Uhr

Reformpläne der Großen Koalition – Entwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes
Johannes Reimann | Referat Gesundheitspolitik | KV Nordrhein

Treffen Sie Experten an den Infoständen

- Abrechnungsberatung
- EVA – Die Entlastende Versorgungsassistentin | Abrechenbare Leistungen
- Hilfsmittel – Tipps zum Verordnen
- Honorar
- Hygieneberatung
- IT-Beratung – verfügbare Online-Dienste | Praxisverwaltungssysteme | Telematik
Datenschutz und -sicherheit
- KV-Börse – Kooperationspartner und Praxisnachfolger online finden
Betriebswirtschaftliche Orientierung mit dem KV-Praxis-Check
- Niederlassungsberatung
- Pharmakotherapie-Beratung – Tipps zum Verordnen von Arznei- und Heilmitteln
- Serviceteams – Ansprechpartner bei allen Fragen aus dem Praxisalltag
- ZIP – Zentrale Informationsbörse Psychotherapie
- Neue Medien für Ihr Praxisteam



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

www.kvno.de



Arzthaftung bei voll beherrschbaren Risiken

Die 66. Fortbildung „Aus Fehlern lernen“ – in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler – stellt die „Arzthaftung“ in den Mittelpunkt. Auf der Grundlage von Kasuistiken aus der Gutachterkommission wird erläutert, in welchen Bereichen unzureichende Regelungen beziehungsweise mangelnde Einhaltung von Regeln zu Behandlungsfehlern führen können.

Wie sich im Schadensfall Mängel im Bereich der voll beherrschbaren Risiken auswirken und was zu tun ist, schließt sich an. Aufgeklärt wird unter anderem darüber, was das voll beherrschbare Risiko in der medikamentösen Therapie bedeutet. Am Beispiel der Elektrochirurgie werden typische Vorkommnisse, Fehlerursachen und deren Vermeidung vorgestellt.

Weitere Informationen unter: www.kvno.de

ZERTIFIZIERT | 4 Punkte

Termin 21. Januar 2015
16 bis 19.30 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf
Info IQN
Telefon 0211 4302 2750
Anmeldung iqn@aekno.de
Fax 0211 4302 5751

Gesundheitsförderung und Prävention

Der Stellenwert ärztlicher Präventionsmaßnahmen ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Die Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung bietet auf Grundlage des Curriculums der Bundesärztekammer einen 24-stündigen Kurs „Gesundheitsförderung und Prävention“ an. Vermittelt werden unter anderem die wesentlichen Faktoren, die das Gesundheitsverhalten beeinflussen, sowie deren Folgen für die ärztliche Beratung und für gezielte Interventionsstrategien.

Der Unterricht umfasst zwei Präsenztage und zwei Online-Lernphasen. Nach erfolgreichem Kursabschluss kann bei der Ärztekammer Nordrhein ein entsprechendes Kammerzertifikat beantragt werden.

Weitere Informationen unter: www.akademienordrhein.info

ZERTIFIZIERT | 26 Punkte

Termine 7. Februar und
14. März 2015
9 bis 16.30 Uhr
Ort Gemeinschafts-
krankenhaus Bonn,
Prinz-Albert-Str. 40
53113 Bonn
Info Nordrheinische Akademie
Anmeldung andrea.ebels@aekno.de
Telefon 0211 4302 2801
Gebühr 460 Euro

Gendergerechte Medikamentengabe

In der Reihe der Verordnungssicherheit dreht sich in der nächsten Fortbildung alles um die „Gendergerechte Medikamentengabe“. Diskutiert werden genderspezifische Aspekte von Erkrankungen und deren Medikation.

Die Veranstaltung klärt über die unterschiedlichen Nebenwirkungen bei weiblichen und männlichen Patienten auf; pharmakokinetische und pharmakodynamische Aspekte für Verordnungen werden aufgefrischt und damit sicherer gemacht. Weitere Themen sind die unterschiedliche Stoffwechsellage von Medikamenten wie auch die Unterschiede in Einstellungen und Verhalten der Patienten zu einer Medikamenteneinnahme.

Weitere Informationen unter: www.kvno.de

ZERTIFIZIERT | 4 Punkte

Termin 25. Februar 2015
16 bis 19.30 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstr. 9
40474 Düsseldorf
Info IQN
Telefon 0211 4302 2750
Anmeldung iqn@aekno.de
Fax 0211 4302 5751

Veranstaltungen für Mitglieder

07.01.2015	KV Nordrhein: Infomarkt, Köln
16.01.2015	KV Nordrhein: Start-up in die Niederlassung – Die Arztpraxis organisiert und sicher, Düsseldorf
21.01.2015	IQN: „Arzthaftung bei voll beherrschbaren Risiken“, Düsseldorf
30./31.01.2015	Nordrheinische Akademie: „Werkzeugkoffer‘ für Führungskräfte“, Düsseldorf
30./31.01.2015/ 28.02.2015	Nordrheinische Akademie: „Hygienebeauftragter Arzt“, Düsseldorf
04.02.2015	KV Nordrhein: Einführungsworkshop „Rational und rationell verordnen für neu niedergelassene Ärzte“, Düsseldorf
06.02.2015	Nordrheinische Akademie: Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement „Organisation des Notfallmanagements“, Düsseldorf
07.02.2015	Nordrheinische Akademie: Moderatorenausbildung Qualitätszirkel – Aufbaukurs, Düsseldorf
07.02.2015/ 14.03.2015	Nordrheinische Akademie: „Gesundheitsförderung und Prävention“, Bonn
20.02.2015/ 20.03.2015	Nordrheinische Akademie: Datenschutz-Aufbauseminar, Düsseldorf
20./21.02.2015	Nordrheinische Akademie: Moderatorenausbildung Qualitätszirkel – Grundkurs, Düsseldorf
25.02.2015	IQN: Verordnungssicherheit Teil 19: „Gendergerechte Medikamentengabe“
04.03.2015	Nordrheinische Akademie: Datenschutz-Einführungsseminar, Düsseldorf
06.03. 2015	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

10.01.2015	Nordrheinische Akademie: Entlastende Versorgungsassistentin (EVA): Modul B 1 – Häufige Krankheitsbilder in der hausärztlichen Praxis, Düsseldorf
14.01.2015	KV Nordrhein: Workshop EBM – Wiedereinsteigerinnen (Teil 1), Düsseldorf
21.01.2015	KV Nordrhein: Workshop EBM – Wiedereinsteigerinnen (Teil 2), Düsseldorf
21.01.2015	KV Nordrhein KOSA: Selbsthilfe-Unterstützung für Patient und Praxis. Schwerpunkt: Psychische Störungen, Euskirchen
23.01.2015	KV Nordrhein: Der Weg zu mehr Gelassenheit, Düsseldorf
04.02.2015	KV Nordrhein: Workshop EBM – Wiedereinsteigerinnen (Teil 1), Köln
04.02.2015	KV Nordrhein KOSA: Unterstützung für Patient und Praxis „Depression hat viele Gesichter“, Moers
11.02.2015	KV Nordrhein KOSA: Unterstützung für Patient und Praxis „Depression hat viele Gesichter“, Wesel
11.02.2015	KV Nordrhein: Workshop EBM – Wiedereinsteigerinnen (Teil 2), Köln
18.02.2015	KV Nordrhein: IGe-Leistungen, Düsseldorf
25.02.2015	KV Nordrhein: Pharmakotherapie, Düsseldorf
04.03.2015	KV Nordrhein: Abrechnung Hausärzte, Köln
04.03.2015	Nordrheinische Akademie: Datenschutz-Einführungsseminar, Köln

Veranstaltungen für Interessierte und Patienten

24.02.2015	KV Nordrhein Rheinische Post: RP-Ratgeber Gesundheit „Gesunde Ernährung“, Düsseldorf
------------	--

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

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

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

Redaktionsbeirat

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

Druck

Echo Verlag, Köln

Satz

Heike Merzhäuser | grafik+design | Bonn

Anschrift der Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
40182 Düsseldorf
Telefon 0211 5970 8106
Telefax 0211 5970 8100
E-Mail redaktion@kvno.de

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

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

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 23 500

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

Vorschau „KVNO ■ aktuell“ 1+2 | 2015

■ Marketing

Was sich in der Praxis lohnt

■ KVNO-Portal

Dienst checkt Arzneimittel-Interaktionen

■ Patienten

Kompetenz geringer als gedacht

■ Analyse

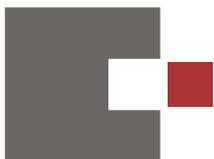
Entwicklung der ärztlichen Vergütung

Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell

erscheint am 11. Februar 2015

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