

1+2 | 2015

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Schwerpunkt

Ab 1. April 2015 | Neue
EBM-Nummern im Notfalldienst

Hintergrund

DMP-Bericht | Im Rheinland
nehmen 818.000 Patienten teil

Aktuell

Gesundheitspolitik | Fünf
Gesetze auf einen Streich

Praxisinfo

EBM | Volle Pauschale gibt es
künftig auch im Vertretungsfall



© dpa Picture-Alliance



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Ab 1. April 2015:
Neue EBM-Nummern
im Notfalldienst

Aktuell

- 4 Fünf Gesetze auf
einen Streich
- 6 „Pille danach“ bald
ohne Rezept
- 7 Neuer Akzent für
Imagekampagne
- 8 „MFA vernetzt“:
Facebook-Seite gestartet
- 8 EVA-Fortbildungen in
Düsseldorf und Köln

■ Praxisinfo

- 10 Basisassessment:
Leistungsinhalt ergänzt
- 10 Versichertenpauschale
im Vertretungsfall
- 10 Augenärztliche Struktur-
pauschale auch bei IVM
- 11 mRNA-Nachweis ab April
via EBM abrechenbar
- 11 TK-Vertrag zur augen-
ärztlichen Vorsorge bei
Kleinkindern endet

- 12 Änderungen an der
Onkologie-Vereinbarung
- 12 Hautkrebs-Vertrag Barmer
GEK: Teilnahme neu
beantragen
- 13 Pronova BKK tritt
Strukturvertrag
Diabetischer Fuß bei
- 13 Ärztliche Versorgung
von Bundeswehrosoldaten
- 14 Palliativvertrag Primär-
kassen: Bereitschafts-
pauschale für BAG
- 14 Patientenflyer Koloskopie
für die Praxis

■ Verordnungsinfo

- 15 25 Millionen „Grüne
Rezepte“ ausgestellt
- 16 Heilmittel: Patienten-
individuelle Diagnose
- 16 Regressfalle: Fiktiv
zugelassene Arzneimittel
- 17 KVNO extra: Arznei- und
Heilmittelvereinbarung
- 17 Pregabalin-Generika in
Deutschland zugelassen
- 18 Verordnungen von Vita-
min D auf Kassenrezept
- 19 Zulassung für Kortikoide
erweitert
- 19 Impfstoffe: Die Kasse
zahlt nicht immer

Hintergrund

- 20 DMP-Bericht:
Gute Beteiligung
und hohe Qualität

Berichte

- 24 Gesundheitskompetenz:
Noch Luft nach oben
- 28 Versorgung auf
hohem Niveau
- 29 Fallen bei der
SSB-Bestellung
- 30 Transceiver: Mit
Sicherheit Zeit sparen

Service

- 32 Todesbescheinigung:
Sorgfalt post mortem
- 34 Broschüre: Palliativver-
sorgung im Pflegeheim
- 35 Faxe, Kopien und Mails
abrechnen

In Kürze

- 36 Qualitätszirkel
suchen Mitglieder
- 36 ISDN-Kündigung
- 36 Zum Tode von
Karin Hamacher
- 37 Start-up in die
Niederlassung
- 37 Ärzte aus dem Ausland



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

die Politik entwickelt zurzeit großen Eifer bei der Reform des Gesundheitswesens oder zumindest wesentlicher Teile der Gesundheitsversorgung in unserem Land. Seit Monaten berichten wir an dieser Stelle über das geplante GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (VSG), das der Bundestag Anfang März in erster Lesung beraten wird. Wir müssen davon ausgehen, dass die Bundesregierung ihre Pläne nach einigen eher unwesentlichen Änderungen im Kabinettsentwurf dieses Gesetzes mit Hilfe der satten Mehrheit der Großen Koalition ungefährdet verwirklichen wird.

Eine der Änderungen: Die von uns heftig bekämpfte Verpflichtung, Praxen bei Überversorgung stillzulegen, wurde mit weiteren Ausnahmeregelungen versehen. Über den Stand der Dinge informieren wir Sie in dieser Ausgabe – auch mit Blick auf die Imagekampagne für die Niedergelassenen, die im Frühjahr parallel zum Gesetzgebungsverfahren einen klaren politischen Akzent erhalten und mit voller Kraft weitergeführt wird.

Gemischte Gefühle beschleichen uns bei einem weiteren Thema, bei dem die Bundesregierung Druck und Tempo macht – es geht um die IT

in der Arztpraxis beziehungsweise die elektronische Vernetzung im Gesundheitswesen. Der Referentenentwurf eines neuen „eHealth-Gesetzes“ liegt auf dem Tisch. Wie für das VSG gilt auch hier: Nicht alles ist verkehrt an diesem Entwurf. Er enthält sinnvolle Elemente und Regelungen, denn Telemedizin oder elektronische Arztbriefe sind die Zukunft und nicht nur ein Mehrwert für die Patienten, sondern auch für Ärzte sämtlicher Fachgruppen. Inakzeptabel hingegen ist, dass Aufgaben der Kostenträger in die Praxen verlagert werden sollen, vor allem der Online-Abgleich der Versichertenstammdaten, bei dem der Gesetzgeber sogar mit empfindlichen Sanktionen droht, wenn Ärzte sich dem verweigern sollten.

Dennoch gilt es, sich mit den Anforderungen auseinanderzusetzen. In jedem Fall sollten wir die Schritte zur IT-Vernetzung, die wir im KV-System schon gegangen sind, weitergehen. Denn die Investition der KVen in unser eigenes Netz, das KV-SafeNet, hat sich bewährt und bezahlt gemacht. In den kommenden Jahren werden wir davon profitieren – auf jeden Fall so lange, bis es eine wirklich einheitliche Telemedizin-Infrastruktur gibt.

Herzliche Grüße

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

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender

Neue EBM-Nummern im Notfalldienst

Kurz vor dem Jahresende 2014 haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband auf weitere Änderungen am Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geeinigt. Dadurch entsteht eine neue Abrechnungssystematik für den organisierten Notfalldienst, die in Nordrhein ab dem zweiten Quartal gilt, also ab dem 1. April 2015. Bis dahin können Praxen in Nordrhein wie gewohnt abrechnen.



Ärzte müssen bei der Abrechnung von Leistungen im Notfalldienst künftig die Uhrzeiten angeben – davon hängt die Höhe der Pauschale ab.

Die wichtigsten Neuerungen: Die bisherigen EBM-Nummern für die Vergütung der Besuchsbereitschaft entfallen, die bisherige Notfallpauschale wird in eine Tages- und eine Nachtpauschale unterteilt. Auch die bisherige Pauschale für den dringenden Besuch wird in zwei Positionen gegliedert. Außerdem haben sich die Bewertungen geändert. Die Notfallpauschale 01210 beispielsweise ist künftig mit 127 Punkten bewertet, vorher waren es 159 Punkte. Bei der Notfallkonsultationspauschale 01214 sind künftig 50 Punkte abrechenbar, bislang waren es 39.

Die Regelungen gelten aufgrund eines Beschlusses des Bewertungsausschusses in Folge höchststrichterlicher Rechtsprechung rückwirkend zum 1. Januar 2008. Das Bundessozialgericht hatte festgestellt, dass die Zuschlagspauschalen für die Besuchsbereitschaft, die

Vertragsärzte im organisierten Notfalldienst erhielten, rechtswidrig seien. Nach Angaben der KBV erfolgt keine rückwirkende Korrektur bestandskräftiger Honorarbescheide.

Da die Beschlüsse vom Institut des Bewertungsausschusses erst am 19. Januar 2015 veröffentlicht wurden, führt die KV Nordrhein die Neuregelung erst zum 2. Quartal ein. Ärzte in Nordrhein können also bis 31. März 2015 wie gewohnt abrechnen. Dadurch bleibt ihnen zusätzlicher Aufwand erspart, denn sie hätten die zur Abrechnung notwendigen „Uhrzeitangaben“ nachtragen müssen. Folgende Neuregelungen gelten ab 1. April 2015:

Notfallpauschalen: Uhrzeitangaben sind bei der Abrechnung von Leistungen im Notfalldienst zwingend erforderlich. Denn die Notfallpauschalen unterscheiden sich, je nachdem, ob die Leistung vor 19 Uhr oder danach erbracht wurde. Die Pauschale vor 19 Uhr beim persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt ist mit der Nummer 01210 abrechnungsfähig. Ab 19 Uhr rechnen Sie beim persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt die 01212 ab.

Dringende Besuche: Aus der EBM-Nummer 01411 wurde der dringende Besuch im Rahmen des organisierten ärztlichen Notfalldienstes ausgegliedert und hierfür die Nummer 01418 neu in den EBM aufgenommen. Die 01418 müssen Ärzte ebenfalls mit der Uhrzeitangabe versehen.

Zuschläge: Die Zuschläge für das Vorhalten der Besuchsbereitschaft nach den Nummern 01211, 01215, 01217 und 01219 entfallen.

Unverändert rechnen Sie die EBM-Nummern 01214, 01216 und 01218 ab. Allerdings sind auch hier die Uhrzeiten anzugeben. ■ KVNO

Notfall-Abrechnung ab 1. April 2015 im Überblick

EBM-Nummer	Leistungslegende ab 1. April 2015	Vertragsärzte	Krankenhäuser	Bemerkung	Bewertung ab 1. April 2015
Notfallpauschale					
01210	Notfallpauschale im organisierten Notdienst und Notfallpauschale für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme zwischen 7:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24. und 31. Dezember)	x	x	Uhrzeit angeben An Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24. und 31. Dezember ist immer die 01212 EBM abrechnungsfähig.	127 Punkte
01211	entfällt				
01212	Notfallpauschale im organisierten Notdienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 7:00 Uhr des Folgetages. Ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24. und 31. Dezember	x	x	Uhrzeit angeben	195 Punkte
01214	Notfallkonsultationspauschale im organisierten Notdienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser für jeden weiteren persönlichen oder anderen Arzt-Patienten-Kontakt	x	x	Uhrzeit angeben	50 Punkte
01215	entfällt				
01216	Notfallkonsultationspauschale im organisierten Notdienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser für jeden weiteren persönlichen oder anderen Arzt-Patienten-Kontakt bei Inanspruchnahme - zwischen 19:00 und 22:00 Uhr - an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr	x	x	Uhrzeit angeben	140 Punkte
01217	entfällt				
01218	Notfallkonsultationspauschale III im organisierten Notdienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser für jeden weiteren persönlichen oder anderen Arzt-Patienten-Kontakt bei Inanspruchnahme zwischen 22:00 und 7:00 Uhr. Außerdem an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember zwischen 19:00 und 7:00 Uhr	x	x	Uhrzeit angeben	170 Punkte
01219	entfällt				
Dringender Besuch					
01411	Dringender Besuch wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt zwischen 19:00 und 22:00 Uhr; oder an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31. Dezember zwischen 07:00 und 19:00 Uhr	x	Nicht mehr im organisierten Notdienst abrechnungsfähig	Nicht mehr im organisierten Notdienst abrechnungsfähig	469 Punkte
01418	Besuch im organisierten Notdienst bzw. im Rahmen der Notfallversorgung durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser	x	Abrechnungsfähig, sofern Besuch erfolgte	Abrechnungsfähig, sofern Besuch erfolgte	778 Punkte

Fünf auf einen Streich

Die Bundesregierung hat derzeit mehrere gesundheitspolitische Eisen im Feuer: Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) hat am 17. Dezember 2014 das Kabinett passiert, ebenso das Präventionsgesetz. Seit Mitte Januar liegen ferner die Referentenentwürfe für das E-Health Gesetz und das „Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen“ vor. Darüber hinaus ist für Frühjahr ein Gesetzesentwurf zum Thema „Hospiz- und Palliativversorgung“ angekündigt. Wir informieren in dieser KVNO aktuell über die wichtigsten Neuerungen im E-Health- und im GKV-VSG.

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz

Gegenüber dem Referentenentwurf (wir berichteten) gibt es in der vom Bundeskabinett verabschiedeten Fassung einige Änderungen.

Termingarantie: Kassenpatienten haben künftig nur beim Gynäkologen und Augenarzt Anspruch, ohne hausärztliche Überweisung innerhalb von vier Wochen einen Termin zu erhalten. Anders als noch im Referentenentwurf ist die Termingarantie beim Kinder- und Jugendarzt künftig auch an eine hausärztliche Überweisung gebunden. Scheitert die Terminvermittlung innerhalb von vier Wochen, müssen die Servicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) den Patienten einen Termin im Krankenhaus anbieten. Neu ist, dass dies nur noch für dringende Fälle gilt.

Basisanpassung der Morbi-Gesamtvergütung (MGV): Die KVen müssen den Nachweis einer zu niedrigen Gesamtvergütung in den Verhandlungen mit den Kassen „unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme des stationären Sektors“ erbringen. Das dürfte die Verhandlungsspielräume für die KVen in NRW aufgrund der überdurchschnittlichen Krankenhauskapazitäten empfindlich beeinträchtigen. Eine mögliche Anpassung der MGV wird um ein Jahr auf 2017 verschoben.

Schließung von Praxen bei Überversorgung: Es bleibt bei dem Grundsatz „Keine Nachbar-

setzung bei Überversorgung“. Allerdings kann der Zulassungsausschuss nun auch bei rechnerischer Überversorgung ausschreiben. Und zwar dann, wenn sich der Nachfolger verpflichtet, den zur Nachbesetzung anstehenden Sitz in ein schlechter versorgtes Gebiet desselben Planungsbereichs zu verlegen. Die erschwerte Übernahme durch den Angestellten oder Partner (Einführung einer Drei-Jahres-Frist) bleibt bestehen. Es gilt allerdings Bestandsschutz für Kooperationen, die vor einem gesetzlichen Stichtag begründet wurden. Laut Kabinettsentwurf ist dies das Datum der 1. Lesung des Gesetzes im Bundestag.

E-Health-Gesetz

Im jüngst veröffentlichten Referentenentwurf des E-Health-Gesetzes setzt Größe verbindliche Fristen für diverse Telematik-Anwendungen. Die wesentlichen Inhalte des Gesetzesentwurfs im Einzelnen:

Versichertenstammdatenprüfung: Diese wird Pflicht in der Arztpraxis. Vertragsärzte, die dieser Pflicht ab dem 1. Juli 2018 nicht nachkommen, sanktioniert das Gesetz mit einer Kürzung der Vergütung um ein Prozent.

Versichertenstammdatendienst: Diese technische Voraussetzung für die Stammdatenprüfung muss bis 30. Juni 2016 so funktionieren, dass Arztpraxen, Krankenhäuser und gesetzliche Krankenkassen eine Onlineprüfung

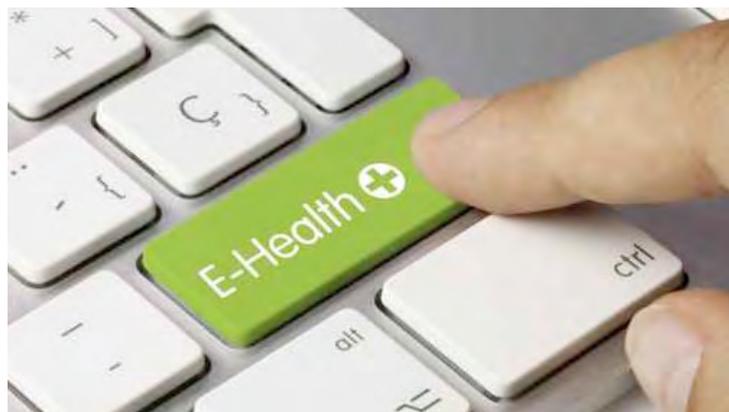
und Aktualisierung der Versichertenstammdaten durchführen können. Wird diese Frist nicht eingehalten, drohen den betreffenden Gesellschaftern der gematik (Gesellschaft für Telematik-Anwendungen der Gesundheitskarte), wozu auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zählt, pauschale Kürzungen ihrer Haushalte.

Notfalldaten der elektronischen Gesundheitskarte: Darauf sollen alle Ärzte und Notärzte ab 1. Januar 2018 zugreifen können. Die technischen Voraussetzungen hat die gematik laut Referentenentwurf bis zum 31. Dezember 2017 herzustellen. Bei Verzögerungen droht den Gesellschaftern der gematik auch hier eine Haushaltskürzung. Ärzte, die einen Notfalldatensatz erstellen oder aktualisieren, sollen dafür eine Vergütung erhalten.

Förderung elektronischer Arztbriefe: Für die Übermittlung eines elektronischen Arztbriefs erhalten Ärzte in den Jahren 2016/17 eine gesetzliche Pauschale von 55 Cent. Ab 2018 sollen die Vertragspartner auf Bundesebene entsprechende Zuschläge verhandeln.

Elektronischer Entlassbrief: Krankenhäuser erhalten dafür ab 1. Juni 2016 einen Zuschlag von einem Euro pro Behandlungsfall – befristet für zwei Jahre. Vertragsärzte erhalten für die Entgegennahme des elektronischen Briefs einen Zuschlag von 50 Cent. Bis zum 31. März 2016 müssen sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die KBV auf Details einigen.

Abrechnungsfähigkeit der Zuschläge für elektronische Arzt- bzw. Entlassbriefe: Diese ist nicht an ein bestimmtes IT-System gebunden. Daher können bis zur endgültigen Verfügbarkeit der IT-Infrastruktur auch Systeme genutzt werden, die von DKG und KBV zertifiziert und vom Bundesministerium für Gesundheit unbeanstandet sind. Davon profitieren auch alle Nutzer von KV-SafeNet, der gemeinsamen Telematik-Infrastruktur der KVen.



Arzneimittel-Therapiesicherheit: Patienten mit mindestens fünf verordneten Arzneimitteln sollen ab 1. Oktober 2016 einen Medikationsplan beanspruchen können, der nicht zusätzlich vergütet wird. Laut Referentenentwurf zählen die Erstellung und Aktualisierung des Plans zu den Koordinierungs- und Dokumentationspflichten des Hausarztes. Inhalt und Struktur des Plans sind durch Vereinbarung zwischen KBV, Bundesärztekammer und der Spitzenorganisation der Apotheker zu treffen.

Telemedizinische Anwendungen: Um diese möglichst schnell zu verbreiten, sollen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) Positionen für telemedizinisch erbrachte konsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgenaufnahmen aufgenommen werden. Kommt keine Einigung zustande, greift auch hier die Sanktionsdrohung der pauschalen Haushaltskürzungen. Schließlich können telemedizinische Leistungen, die im EBM abgebildet sind, künftig auf regionaler Ebene durch Zuschläge gefördert werden.

„Endlich werden telemedizinische Leistungen, Entlassbriefe und elektronische Arztbriefe klar benannt“, kommentierte Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, den Entwurf des E-Health-Gesetzes. Er stellte jedoch auch klar: „Die Sanktionsmaßnahmen der Politik lehnen wir ab. Zumindest für die Ärzte sind sie nicht nur nicht notwendig, sondern machen es noch schwerer, die notwendige Akzeptanz zu schaffen.“ ■ SIMONE GRIMMEISEN

Die Bedeutung der elektronischen Vernetzung im Gesundheitswesen wird in den nächsten Jahren weiter zunehmen.

„Pille danach“ bald ohne Rezept

Das Ringen um die sogenannte Pille danach geht zu Ende. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat eine Verordnung verfasst, die die rezeptfreie Abgabe von Notfallkontrazeptiva mit den Wirkstoffen Levonorgestrel und Ulipristalacetat regelt. Der Entwurf der „15. Verordnung zur Änderung der Arzneimittel-Verschreibungsverordnung“ hat das BMG Mitte Januar 2015 an Verbände im Gesundheitswesen versandt.



Frauen, die die „Pille danach“ nehmen möchten, können diese bald rezeptfrei in der Apotheke erhalten.

Die Stellungnahmen fallen konträr aus: Die Bundesapothekerkammer beispielsweise begrüßt den Entwurf grundsätzlich. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) lehnt ihn dagegen ab.

Bereits im November 2013 hatte der Bundesrat den Weg für die Rezeptfreiheit von „Pidana“ als „Pille danach“ freigemacht. Die Länder sahen keine „tragfähige Begründung“ dafür, dass die „Pille danach“ nur vom Arzt verschrieben werden kann. Gegen die Rezeptfreiheit hatten sich Bundesregierung und BMG monatelang gesperrt. Doch wenn die vorgelegte Verordnung in Kraft tritt, wäre das Präparat in der Apotheke frei verkäuflich – und müsste möglicherweise auch von Patientinnen unter 20 Jahre selbst bezahlt werden.

EU: Verschreibungspflicht aufheben

Die Europäische Arzneimittel-Agentur hatte im November 2014 empfohlen, die Verschreibungspflicht für „ellaOne“

aufzuheben. Die EU-Kommission ist dieser Empfehlung Anfang Januar 2015 gefolgt.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) sicherte zu: „Wir werden der Entscheidung der Kommission folgen und das deutsche Recht für beide Präparate, die derzeit auf dem Markt sind, schnellstmöglich anpassen.“ Der Berufsverband der Frauenärzte dagegen hält „die Beratung beim Frauenarzt für die bewährte, nachhaltige und damit optimale Lösung“. Die Rezeptpflicht und die frauenärztliche Beratung hätten dazu beigetragen, dass Deutschland im weltweiten Vergleich eine sehr niedrige Rate an Schwangerschaftsabbrüchen aufweise.

Gröhe will weiter eine gute Beratung gewährleisten. „Wenn diese künftig nicht mehr zwingend durch den Arzt vorgenommen werden muss (...), ist eine intensive Beratung auch in Apotheken der richtige Weg.“ ■ FRANK NAUNDORF

Die Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung finden Sie unter www.kbv.de | [KV 150206](#)

Stichwort: „Pille danach“

Als „Pille danach“ werden Medikamente bezeichnet, die zur nachträglichen Empfängnisverhütung dienen, indem sie den Eisprung verzögern. Einen Abort führen sie nicht herbei. Zurzeit gibt es zwei Präparate: „Pidana“ (Wirkstoff Levonorgestrel) und „ellaOne“ (Ulipristalacetat). Das Levonorgestrel-haltige Präparat kann bis zu 72 Stunden nach dem Geschlechtsverkehr eingenommen werden. Ulipristalacetat kann bis zu fünf Tage nach dem Verkehr eingenommen werden. Für beide Mittel gilt: Je früher sie eingenommen werden, desto sicherer verhindern sie eine Schwangerschaft.

Neuer Akzent für Imagekampagne

Einen besonderen politischen Akzent bekommt die Imagekampagne für die niedergelassenen Ärzte und Therapeuten im Frühjahr. Viel kritisierte Bestandteile des Versorgungsstärkungsgesetzes wie die geplante Verpflichtung zur Stilllegung von Praxen werden auf Plakaten und in Anzeigen bissig kommentiert.

Ein Beschluss der jüngsten Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) befasste sich direkt mit der Imagekampagne von KBV und KVen: Gefragt wurde, auch von KBV-Chef Dr. Andreas Gassen, ob man angesichts der Zumutungen im Gesetzentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes (VSG) und dessen Auswirkungen auf die Perspektiven junger Ärztinnen und Ärzte überhaupt noch für die Niederlassung werben sollte.

Jetzt steht fest: Es wird weiter geworben. Und zugleich das aktuelle politische Geschehen kommentiert. Die Grundausrichtung und der Claim „Wir arbeiten für Ihr Leben gern.“ bleiben erhalten, doch in Anzeigen in überregionalen Tageszeitungen und auf Großflächenplakaten wird die Kampagne parallel zum Gesetzgebungsverfahren zwischen Februar und Mai klar machen, wer die Verantwortung für den drohenden Kahlschlag innerhalb der ambulanten Versorgung trägt.

Berliner Politikbetrieb im Fokus

Die exakten Claims standen bei Redaktionsschluss noch nicht fest, doch schon am 27. Februar wird eine erste Anzeige in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung erscheinen. Für den 4. März, kurz vor der ersten Lesung des VSG, ist eine Pressekonferenz der KBV geplant. Dort soll wie auch im Bundestag und im Bundesrat zu entsprechenden Sitzungen eine sogenannte „mobile Großfläche“ zu sehen sein. Im Mai und November wird es erneut Infopakete für die Niedergelassenen geben, inklusive eines neuen Printmagazins fürs Wartezimmer.

Die Nachwuchskampagne „Lass dich nieder!“ soll in diesem Jahr verstärkt die Ärzte in Weiterbildung und junge Fachärzte ansprechen – mit Infoständen bei medizinischen Fachkongressen und Kooperationen mit den Berufsverbänden. Auch ein koordinierter, bundesweiter Promotion-



Die erfolgreiche Imagekampagne von KBV und KVen wird auch in diesem Jahr fortgeführt.

Einsatz an den 36 medizinischen Fakultäten ist geplant. Neue Motive sind bald fertig: In diesem Monat findet ein Fotoshooting für die Nachwuchskampagne statt. Ärzte und Therapeuten stehen am 27. und 28. Februar wieder vor der Kamera.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

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

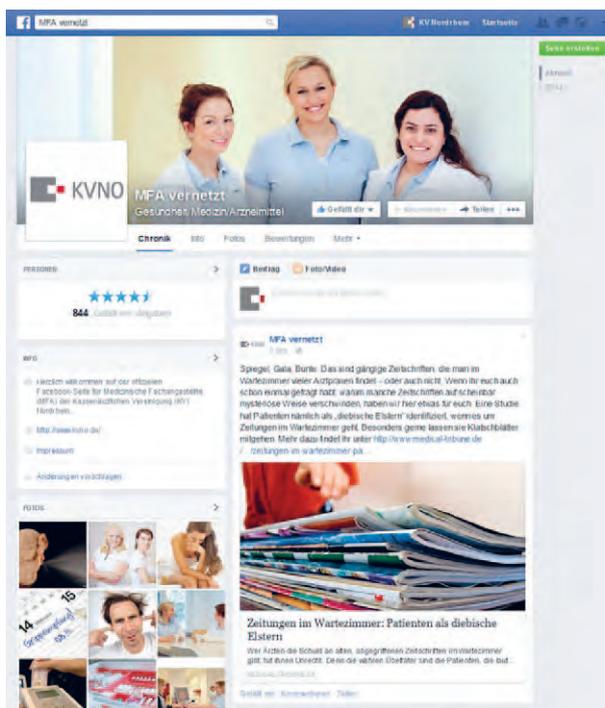
Bundesweite Famulaturbörse gestartet

Die neue bundesweite Famulaturbörse ist seit Dezember online. Aktuell sind gut 700 Stellen im Angebot. Ab sofort finden junge Mediziner Famulaturplätze im ambulanten Bereich in ganz Deutschland auf www.lass-dich-nieder.de – auf Wunsch sortiert nach Postleitzahl/Region und Fachrichtung. Auf Knopfdruck erscheinen eine Übersichtskarte und eine Liste mit den Kontakten der Ärzte. Niedergelassene Haus- und Fachärzte, die eine Famulatur in ihrer Praxis anbieten wollen, können sich in der Famulaturbörse registrieren.

Die Registrierung für Ärzte gibt es unter <https://famulaturboerse.lass-dich-nieder.de/arztregistrierung>

„MFA vernetzt“: Facebook-Seite gestartet

Kurz vor Weihnachten begrüßte die KV Nordrhein die Medizinischen Fachangestellten (MFA) auf der Seite „MFA vernetzt“. Einen Monat später hatten schon über 900 MFA die Seite auf Facebook abonniert. Mit Beiträgen über die wichtigsten Infos auf dem Praxis-Anrufbeantworter, den aktuellen Änderungen bei der Abrechnung



Über 900 MFA folgen bereits der Facebook-Seite „MFA vernetzt“

von Leistungen im Notfalldienst oder Fortbildungs-Hinweisen sammelte die Seite etliche „Gefällt-mir-Daumen“. MFA sind oft online, viele haben einen Facebook-Account und sind interessiert an beruflicher Information. Das zeigte eine Befragung, die die KV Nordrhein im vergangenen Jahr durchgeführt hat. Deswegen plante die KV die Facebook-Seite, die MFA Informationen für den Praxisalltag liefert. Ein qualifiziertes Team wird immer wichtiger. Dabei kommt es auch auf aktuelle Informationen an. „Wir brauchen gut ausgebildete, interessierte MFA, die Ärzte bestmöglich unterstützen“, sagt Dr. med. Peter Pott-hoff, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-rhein.

Die MFA sind unentbehrlich – und werden wegen des wachsenden Bedarfs medizinischer Betreuung tendenziell immer wichtiger. Die KV Nordrhein reagiert auf die Rolle der MFA mit neuen Medien für diese Zielgruppe: Ein News-let-ter und eine neue Rubrik auf der KVNO-Homepage ver-sorgen die MFA seit Anfang Oktober mit aktuellen Infor-mationen für die Praxis und Tipps für den Berufsalltag. Nun ist auch die Facebook-Seite online. KV-Chef Pott-hoff ist überzeugt: „Die neuen Medien sind gut für die MFA und für die Praxen.“

■ NAU

Die Facebook-Seite finden Sie unter „MFA vernetzt“. Den Newsletter „MFA aktuell“ können MFA abonnieren über: www.kvno-newsletter.de KV | 150208

EVA-Fortbildungen in Düsseldorf und Köln

Der Einsatz von besonders qualifizierten Medizinischen Fachangestellten (MFA) in Hausarztpraxen wird seit Anfang 2015 gefördert. Die Entlastende Versorgungsassistentin (EVA) erfüllt die Voraussetzungen. Hausärzte erhalten jetzt für den Einsatz einer EVA einen extrabudgetären Zuschlag zur Strukturpauschale sowie Vergütungen für Haus- und Mitbesuche der Assistentin. Das Interesse an EVA-Fortbildungen ist deswegen gestiegen, das Kursangebot wurde stark ausgeweitet.

Köln: Am 20. Februar startet die erste EVA-Fortbildung in der Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein. Hier gibt es noch freie Plätze. Anmeldungen nimmt die Abteilung Qualitätssicherung der Bezirksstelle Köln an.

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV | 150208

Düsseldorf: Im Haus der Ärzteschaft laufen in diesem Jahr drei EVA-Fortbildungen der Nordrheinischen Akademie parallel. Inzwischen gibt es auch in der dritten Fortbildung, die am 27. Mai startet, derzeit nur noch Plätze auf der Warteliste.

Die Fortbildung vermittelt organisatorische Fähigkeiten, zum Beispiel im Case Management, in palliativmedizinischer Koordination und im Hausbesuchsmanagement. Außerdem erwerben die Teilnehmerinnen zusätzliche medizinische Kompetenzen, zum Beispiel in geriatrischen Diagnoseverfahren, Wundversorgung und in der Versorgung von Onkologiepatienten. Die Fortbildung dauert 170 bis 220 Stunden, je nach Berufserfahrung.

■ NAU

Mehr Infos unter www.akademienordrhein.info | KV | 150208

- 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**

Geriatrisches Basisassessment: Leistungsinhalt ergänzt

Zum 1. Januar 2015 wurde das „Geriatrisches Basisassessment“ (Nummer 03360) im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) angepasst. Der obligate Leistungsinhalt wurde um den Persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt ergänzt. Dieser umfasst nun zusätzlich:



© Alexander Rath - Fotolia

Verschiedene standardisierte Tests gehören zum „Geriatrischen Basisassessment“.

- Erhebung und/oder Monitoring organbezogener und übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen,
- Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten mittels standardisierter, wissenschaftlich validierter Testverfahren (zum Beispiel Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatrisches Screening nach LACHS),
- Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren (zum Beispiel Timed „up & go“, Tandem-Stand, Esslinger Sturzrisikoassessment).

Versichertenpauschale im Vertretungsfall

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab sah bislang vor, dass Hausärzte im Vertretungs- oder Überweisungsfall ledig-



lich die halbe Versichertenpauschale für einen Patientenerhalten. Ab 1. April 2015 können Haus- und Kinderärzte, die einen Kollegen im Urlaub oder wegen Krankheit vertreten, die volle Versichertenpauschale abrechnen. Damit wird die Vertreterpauschale für Hausärzte abgeschafft. Die Nummern 03010/04010 werden im EBM gestrichen. Stattdessen rechnen Ärzte ab 1. April 2015 bei Behandlung im Vertretungsfall oder bei Überweisungen durch einen anderen Hausarzt/Pädiater zur Mit-, Weiterbehandlung oder Konsiliaruntersuchung die volle Versichertenpauschale ab (EBM-Nummern 03000/04000).

Dadurch wird auch im Vertretungsfall und bei Überweisungen von Patienten zur spezialisierten Behandlung in diabetologischen oder HIV-Schwerpunktpraxen die volle Strukturpauschale (EBM-Nummer 03040) ohne Abschlag vergütet.

Mehr Infos im Internet-Angebot der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de | **KV | 150210**

Augenärztliche Strukturpauschale auch bei IVM möglich

Konservativ tätige Augenärzte, die nur die intravitreale Medikamenteneingabe (IVM) als operative Leistung durchführen, können ab April 2015 auch die augenärztliche Strukturpauschale abrechnen. Die Strukturpauschale wird einmal im Behandlungsfall als Zuschlag zur Grundpauschale (EBM-Nummern 06210 bis 06212) gezahlt. Formal erfolgt die im Bewertungsausschuss von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband vor kurzem beschlossene Änderung über eine Anpassung der Nr. 6 der Präambel 6.1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM).

Die IVM wurde zum 1. Oktober 2014 in den EBM aufgenommen. Dabei war festgelegt worden, dass konservativ tätige Augenärzte, die IVM-Leistungen durchführen, nicht die augenärztliche Strukturpauschale nach der EBM-

Intravitreale Medikamenteneingabe

Abrechnung intraocularer Eingriff

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

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

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

Belegärztliche Eingriffe analog Kapitel 36 EBM

IVM am rechten Auge: 36371 EBM / 772 Punkte (rund 78 Euro)

IVM am linken Auge: 36372 EBM / 772 Punkte (rund 78 Euro)

IVM an beiden Augen: 36373 EBM / 1018 Punkte (rund 103 Euro)

Nummer 32820 an die neue Münchner Nomenklatur III und die überarbeitete Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie angepasst. Die geänderte Qualitätssicherungsvereinbarung ist zum 1. Januar in Kraft getreten.

Nummern 06225 (11,24 Euro, 111 Punkte) abrechnen dürfen.

Mehr Infos im Internet-Angebot der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de | [KV | 150211](#)

mRNA-Nachweis ab April via EBM abrechenbar

Nach einem auffälligen zytologischen Befund des Gebärmutterhalsabstrichs können Vertragsärzte ab 1. April 2015 auch einen mRNA-basierten Nachweis auf humane Papillomviren durchführen. Dazu wird die Nummer 32820 im EBM angepasst.

Für einen Nachweis auf humane Papillomviren (HPV) nach einem auffälligen zytologischen Befund ab Gruppe III der Münchner Nomenklatur III war bislang nur ein DNA-Test abrechnungsfähig. Nun können Ärzte zwischen einem DNA- und mRNA-basierten Testverfahren zum Nachweis der Hochrisikotypen des HPV (HR-HPV) wählen. Nur die HR-HPV-Typen sind maßgeblich an der Entstehung eines Zervixkarzinoms beteiligt.

Für den Nachweis nach einem operativen Eingriff an der Cervix uteri ist wie bisher ausschließlich der DNA-Test berechnungsfähig. Diese Indikation ist nunmehr als Nummer 32819 im EBM enthalten.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben außerdem die

TK-Vertrag zur augenärztlichen Vorsorge bei Kleinkindern endet

Der mit der Techniker Krankenkasse geschlossene Vertrag zu einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern, der seit dem 1. Juli 2013 galt, endet am 28. Februar 2015. Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat die Vereinbarung aus rechtlichen Gründen beanstandet und die Fortführung dieses Vertrages nach § 73a des Sozialgesetzbuchs V außerhalb der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zum vollendeten sechsten Lebensjahr untersagt.



© Monkey Business - Fotolia

Das BVA hätte die Fortführung des Vertrags an die Einführung weiterer Regelungen geknüpft, die sowohl für die KV Nordrhein als auch für die Techniker Krankenkasse nicht akzeptabel waren. Es wären weitere bürokrati-

Der Vertrag ermöglichte Vorsorgeuntersuchungen für Kinder im Alter von 31 bis 42 Monaten.

sche Hürden für die Ärzte und die teilnehmenden Patienten entstanden, ohne dass der zusätzliche Aufwand erstattet worden wäre. Deswegen sahen die Vertragspartner keine Möglichkeit, den Vertrag fortzuführen.

Änderungen an der Onkologie-Vereinbarung

Die Onkologie-Vereinbarung wurde zum 1. Januar 2015 angepasst. Eine Neuerung ist die Entfristung der Übergangsregelung, die bislang immer nur um ein Jahr verlängert wurde. Die Regelung ermöglicht, dass auch Ärzte an der Vereinbarung teilnehmen dürfen, die die Mindestpatientenzahlen unterschreiten und Inhalte der Zusatzweiterbildung medikamentöse Tumorthherapie nicht vollständig nachweisen können. Im Bereich der KV Nordrhein besteht die Möglichkeit, an der regionalen Vereinbarung zur Onkologie-Vereinbarung teilzunehmen, die abweichende Regelungen zur fachlichen Befähigung und zu Mindest-

patientenzahlen zu Anlage 7 des Bundesmantelvertrags vorsieht.

Auch bei den Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung gibt es Änderungen. Bislang konnte nur ein Arzt diese abrechnen, auch wenn mehrere Ärzte in die Behandlung eingebunden waren. Seit Januar können mehrere Ärzte die Kostenpauschalen 86510, 86512, 86514 und 86516 abrechnen, wenn voneinander unabhängige Tumore vorliegen und die Ärzte unterschiedlichen Fachgruppen angehören.

Weitere Änderung: Die EBM-Nummer 86518 für die Palliativversorgung können Praxen auch nach einer Operation abrechnen. Diese Regelung ist zunächst bis zum 31. Dezember 2017 befristet.

Mehrere Fristen wurden verlängert:

- die Frist zur Kooperation mit Ärzten mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin bis 1. Januar 2016 (§ 6 Abs. 1 Nr. 6)
- die Frist zur EDV-Dokumentation bis 1. Januar 2018 (§ 6 Abs. 7)
- die Frist zur Prüfung der Erstellung einer Medikamentenliste, in der die Medikamente erfasst werden, bei deren Anwendung die Kostenpauschale 86516 berechnungsfähig ist, bis 1. Januar 2016

Konkretisiert wurde zudem der Geltungsbereich der Onkologie-Vereinbarung: Die Vereinbarung gilt nicht für die Behandlung von Patienten im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung gemäß §116b des Sozialgesetzbuchs V.

Die aktuelle Onkologie-Vereinbarung finden Sie unter www.kbv.de | [KV | 150212](#)

Hautkrebs-Vertrag Barmer GEK: Teilnahme neu beantragen

Dermatologen müssen die Teilnahme am Hautkrebsvorsorge-Vertrag für Patienten un-

Sonderverträge: Noch gilt der alte Punktwert

Die Übersichten zu den Sondervereinbarungen der KV Nordrhein und zu den im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gelisteten Einzelleistungen im Internet-Angebot der KV Nordrhein sind inhaltlich auf dem aktuellen Stand – mit Ausnahme der neu in den EBM aufgenommenen Positionen. Bei den Vergütungen gilt noch der Orientierungspunktwert (OPW) aus dem Jahr 2014 von 10,1300 Cent.

Auf Bundesebene wurde zwar ein neuer OPW in Höhe von 10,2718 Cent für 2015 vereinbart, doch ob dieser übernommen oder ein abweichender Wert fixiert wird, verhandeln die Vertragspartner in den Ländern. Da die Honorarverhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein für 2015 bis Redaktionsschluss noch liefen, sind die Beschlüsse des Bewertungsausschusses zum OPW und zur Höhe der Vergütungen der Einzelleistungen bislang noch nicht umgesetzt.

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomievertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen. Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter www.kvno.de | [KV | 150212](#)

ter 35 Jahren mit der Barmer GEK neu beantragen. Das liegt an den Vorgaben des § 73c des Sozialgesetzbuchs V. Ärzte müssen bei diesen Verträgen ihre Teilnahme schriftlich erklären.

Dies betrifft auch den bereits vor Jahren geschlossenen Hautkrebsvorsorge-Vertrag für Patienten unter 35 Jahren mit der Barmer GEK. Dieser Vertrag wurde inzwischen entsprechend angepasst. Die Verträge zur Hautkrebsvorsorge mit den anderen Krankenkassen werden sukzessive ebenfalls angeglichen.

Für die Neubeantragung können Hautärzte ein auf der Internetseite der KV Nordrhein eingestelltes Formular verwenden und direkt an die für sie zuständige KV-Bezirksstelle senden. Wenn der Fortbildungsnachweis der Bezirksstelle bereits vorliegt, muss er nicht erneut eingereicht werden. Das Hautkrebsvorsorge-Screening können ab dem 1. Februar 2015 nur noch Ärzte abrechnen, die bis dahin eine Genehmigung erhalten haben.

Auch die Teilnahmeerklärung für die Patienten wurde neu gefasst. Patienten müssen sie nun direkt an die Barmer GEK schicken.

Die Anträge und mehr Infos finden Sie unter www.kvno.de | KV 150213

Pronova BKK tritt Strukturvertrag Diabetischer Fuß bei

Die Pronova BKK ist zum 1. Januar 2015 dem bestehenden Vertrag zur Versorgung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom beigetreten. Den Vertrag haben die KV Nordrhein und die AOK Rheinland/Hamburg bereits 2012 geschlossen.

Die bisher im Vertrag zur Integrierten Versorgung eingeschriebenen Patienten der Pronova BKK können im neuen Vertrag kontinuierlich weiterbetreut werden. Dafür ist allerdings eine neue Patientenerklärung zur Teilnahme an

dem Vertrag nötig. Das entsprechende Formular für den Einbezug der Patienten der Pronova BKK können Praxen über den Formularversand der KV Nordrhein beziehen.

Ärztliche Versorgung von Bundeswehrsoldaten



Soldaten der Bundeswehr, die mit Sanitätsvordruck in die vertragsärztliche Praxis kommen, sind nach besonderen Regelungen zu versorgen. Veranlasst die Bundeswehr im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung ambulante Untersuchungs- und Behandlungsleistungen, sind die angeforderten ärztlichen Leistungen auf der Grundlage des vorgelegten Überweisungsscheins nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abzurechnen. Sie werden so vergütet, wie die Ersatzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten.

Eine privatärztliche Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist nicht zulässig. Dies gilt besonders für bestimmte weitere Untersuchungen und Begutachtungen, etwa für die sogenannten Untersuchungen auf Verwendungsfähigkeit. Diese gehören zwar nicht zum Umfang der allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung, sind aber bei der

Bundeswehr-Soldaten bei einer Übung. Für die medizinische Versorgung gibt es besondere Regelungen.

Bundeswehr mitumfasst. Veranlasst ein Arzt der Bundeswehr zum Beispiel die Untersuchung des Soldaten auf eine Kraftfahrerverwendungsfähigkeit, ist diese daher auf dem Sanitätsvordruck gemäß EBM abzurechnen. Sie darf dem Soldaten nicht privat in Rechnung gestellt werden.

Näheres zum Umfang des Versorgungsauftrages und zur Abrechnung ist in den sogenannten Bundeswehrverträgen geregelt. Diese finden Sie unter www.kbv.de

KV | 150214

Palliativvertrag Primärkassen: Bereitschaftspauschale für BAG

Qualifizierte Palliativärzte (QPA) können je Patient im Behandlungsfall (Quartal) einmalig eine Bereitschaftspauschale (Symbolnummer 92115) für das Vorhalten einer ständigen Erreichbarkeit (Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit) in Höhe von 100 Euro abrechnen. Dies ist im Vertrag mit den Primärkrankenkassen vereinbart worden. Die Vergütung erhalten die QPA nur in den Behandlungsfällen, in denen am gleichen Tag zusätzlich eine Leistung des Palliativvertrages oder nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) erbracht wurde. Ziel der Regelung: Der Patient soll seinen QPA immer erreichen können – von Urlaubs- oder Krankheitszeiten abgesehen.

Wenn mehrere Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) als QPA agieren und die Bereitschaftspauschale abrechnen, erläutern Sie bitte die Behandlungsfälle, in denen die Pauschale mehr als einmal erbracht wird. Entscheidend ist, ob der zweite Ansatz der Bereitschaftspauschale im selben Quartal und bei demselben Patienten aufgrund einer Urlaubs- oder Krankheitsvertretung erfolgte. Der zweite Ansatz der Bereitschaftspauschale kann nur in diesen Fällen vergütet werden.

Patientenflyer Koloskopie für die Praxis

Seit 2002 können Ärzte Koloskopien nur dann durchführen, wenn sie eine Genehmigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Koloskopie erhalten haben. Die hohen Qualitätsstandards, die regelmäßigen Bildüberprüfungen der Ärzte und die Hygieneüberprüfungen der Praxen garantieren einen nachweislich hohen Standard der Darmspiegelung in Deutschland.



Um auch die Patienten über den hohen Qualitätsstandard zu informieren, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gemeinsam mit Experten einen Flyer entwickelt. Praxen können das Falblatt zur Mitnahme auslegen. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein stellt Ihnen den Flyer kostenlos zur Verfügung.

Bestelladresse

KV Nordrhein

Telefax 0221 7763 6266

E-Mail bestellung.koeln@kvno.de

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

25 Millionen „Grüne Rezepte“ ausgestellt

Bis zu 2,5 Millionen „Grüner Rezepte“ für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel stellen Ärzte in Nordrhein jährlich aus – in den vergangenen zehn Jahren rund 25 Millionen. Seit Anfang 2004 kooperieren die KV Nordrhein und der Apothekerverband Nordrhein bei der Bereitstellung von „Grünen Rezepten“ an die Praxen.

„Das ‚Grüne Rezept‘ ist ein wichtiger Beitrag zur Stärkung der Therapietreue der Patienten“, sagt Thomas Preis, Vorsitzender des Apothekerverbandes Nordrhein. Im Zuge der Kooperation mit der KV sei es über viele Jahre hinweg gelungen, das Bewusstsein der Patienten dafür zu schärfen und den Ärzten zu ermöglichen, „Grüne Rezepte“ auszustellen.

„Auch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel können ein wichtiger Bestandteil von Therapien sein“, sagt Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein. Daher soll die Kooperation zwischen dem Apothekerverband und der KV Nordrhein fortgesetzt werden.

Die Patienten müssen die Kosten für die Arzneimittel auf einem „Grünen Rezept“ sel-



ber tragen – häufig sind die Präparate jedoch günstiger als eine Zuzahlung von fünf bis zehn Euro bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Allerdings können sich viele Patienten, besonders ältere, chronisch kranke Menschen, selbst zu zahlende, für Ärzte nicht verordnungsfähige Arzneimittel nicht leisten. Daher unterstützten der Apothekerverband und die KV Nordrhein die Forderung von Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens, die Kosten für rezeptfreie Arzneimittel wieder zu erstatten. ■ NAU

Bei der Behandlung allergischer Symptome haben sich nicht verschreibungspflichtige Antihistaminika bewährt. Hier stellen Ärzte ihren erwachsenen Patienten oft ein „Grünes Rezept“ aus.

Ein „Grünes Rezept“

- orientiert sich in der Gestaltung an dem bekannten Rezeptvordruck (Muster 16), das den Versicherten bekannt ist – wesentlicher Unterschied: Es ist grün, und die Kosten für die Arzneimittel werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen
- informiert den Patienten, dass die Anwendung des so verordneten Medikamentes medizinisch sinnvoll ist und stärkt somit die Therapietreue
- dient als Kommunikationsmittel für Arzt, Patient und Apotheker bezüglich Name, Wirkstoff und Packungsgröße
- kann bei der Einkommenssteuererklärung als Quittung eingereicht werden, wenn Patienten ihre persönliche Belastungsgrenze überschritten haben sollten.

Im Rahmen des Gesundheitsmonitors des Bundesverbands der Arzneimittel-Hersteller im September, einer repräsentativen Befragung von 1000 Bürgern im Mai und Juni 2014, gab über die Hälfte an, das „Grüne Rezept“ zu kennen, und fast die Hälfte hat auch selbst bereits eines erhalten. Neun von zehn Befragten lösten es daraufhin in einer Apotheke vor Ort ein – die Bestellmöglichkeit über den Internetversandhandel nutzen hingegen nur sehr wenige.

Patientenindividuelle Diagnose

HEILMITTEL KOMPAKT

Die Heilmittel-Verordnung ist Ihr „Arbeitsauftrag“ an den Therapeuten, und er muss mit dieser Verordnung in die Lage versetzt werden, den Patienten in Ihrem Sinne zu behandeln. Dabei hat er die Heilmittel-Richtlinie bzw. den Heilmittel-Katalog und die Rahmenempfehlungen nach § 125 des Sozialgesetzbuchs V zu berücksichtigen.

Zu dem „Arbeitsauftrag“ gehören neben der Angabe des Heilmittels (ggf. mit Angabe der Zeitdauer je Therapieeinheit) besonders die Therapiefrequenz (Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche), die Verordnungsmenge insgesamt und die patientenindividuelle Diagnose mit Leitsymptomatik. Erst die auf das Erkrankungs- und Störungsbild des Patienten individuell abgestellten Angaben ermöglichen dem Therapeuten, die für die Therapie relevanten Inhalte zu berücksichtigen. Beispiel: Neben dem Indikationsschlüssel sind die Diagnose

und die Leitsymptomatik immer anzugeben. „Z. n. Bandscheiben-OP“ allein reicht für eine Verordnung nicht aus. Wenn die Diagnose, zum Beispiel „Zustand nach Bandscheiben-OP mit Fußheberschwäche“ die Leitsymptomatik schon enthält (hier: Fußheberparese), muss sie nicht noch einmal wiederholt werden. Ferner sollten auch weitere relevante Befunde/Begleiterkrankungen aufgeführt werden.

Dabei ersetzt die Angabe des Indikationsschlüssels nicht die Angabe der patientenindividuellen Diagnose. Sofern keine Klartextangabe zur Leitsymptomatik gemacht wurde, ergibt sich diese aus dem Buchstaben des Indikationsschlüssels. Beispiel WS2a: Der Buchstabe a bezeichnet eine Leitsymptomatik einer bestimmten Wirbelsäulenerkrankung mit Funktionsstörungen/Schmerzen durch Gelenkfunktionsstörung, Gelenkblockierung (auch ISG oder Kopfgelenke). ■ KVNO

Achtung, Regressfalle: Fiktiv zugelassene Arzneimittel

Bei Verordnung von fiktiv zugelassenen Arzneimitteln können Krankenkassen Regressanträge stellen. In Nordrhein haben einzelne Kassen bereits Anträge gestellt. Und nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes aus dem Jahr 2005 ist dies rechtens. Die Regressanträge

beziehen sich insbesondere auf die Präparate AHP und Pentalong.

Der Vorgang ist ein Unding: Denn weder in der Software des Arztes noch in der Apotheke ist der Zulassungsstatus eines Arzneimittels hinterlegt. Deswegen hat die KV Nordrhein erneut eine Liste fiktiv zugelassener Arzneimittel veröffentlicht. Sie ist im Internet-Angebot der KV Nordrhein abrufbar.

Was heißt „fiktiv zugelassen“?

Fertigarzneimittel, die bereits vor 1978 im Markt waren, galten mit Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes von 1976 als „fiktiv zugelassen“, um weiterhin verkehrsfähig zu bleiben. Sie sollten bis 2005 einer Nachzulassung unterzogen werden, um den Nachweis von Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit zu erbringen. Doch dazu kam es nicht in allen Fällen. Einzelne fiktiv zugelassene Präparate sind ohne Nachzulassung noch immer im Handel. Zum Teil verzögern Gerichtsverfahren eine endgültige Entscheidung.

Die KV Nordrhein ist zudem an die Kassen herangetreten, um Anträge fernzuhalten. Gefordert sind die Zulassungsbehörden: Sie müssen endlich Klarheit zu schaffen, welche Präparate zugelassen sind und welche nicht. ■ HON

Aktuelle Informationen rund um das Thema Verordnungen bietet der Newsletter VIN der KV Nordrhein. Abonnieren Sie ihn kostenfrei über www.kvno.de | KV | 150216

KVNO extra: Arznei- und Heilmittelvereinbarung

Wie hoch sind die Richtgrößen? Welche Praxisbesonderheiten gibt es? Diese und viele andere Fragen beantwortet das Sonderheft zur Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2015. Das Heft ergänzt die amtlichen Veröffentlichungen mit vielen Hintergrundinformationen. Die vereinbarten Richtgrößen, Quoten und Praxisbesonderheiten werden übersichtlich dargestellt und erklärt.

KVNO extra liegt dieser Ausgabe von KVNO aktuell bei. Das Sonderheft ist außerdem in unserem Internet-Angebot abrufbar unter www.kvno.de | [KV 150217](#) ■ NAU



Pregabalin-Generika in Deutschland zugelassen

Im Dezember 2014 sind die ersten Pregabalin-Generika in Deutschland zugelassen worden. Die Generika sind für die Behandlung der Epilepsie und von generalisierten Angststörungen zugelassen. Sie können jedoch in allen Indikationen, für die das Referenzarzneimittel Lyrica zugelassen ist, auf einem Kassenrezept verordnet werden.

Im Rahmen von aut idem können Arzneien bereits ausgetauscht werden, wenn sie für ein gleiches Anwendungsgebiet zugelassen sind. Die anderen Voraussetzungen für den Austausch (wie gleicher Wirkstoff, gleiche Darreichungsform und Packungsgröße) müssen auch erfüllt sein. Aufgrund der Zulassung ist davon auszugehen, dass Generika die gleiche Wirksamkeit in allen Anwendungsgebieten aufweisen, für die das Referenzmedikament zugelassen wurde.

Pregabalin-Generika können also zur Zusatztherapie von partiellen epileptischen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter und zur Behandlung generalisierter Angststörungen bei Erwachsenen eingesetzt werden. Auch zur Behandlung von peripheren und zentralen neuropathischen Schmerzen im Erwachsenenalter sind sie einsetzbar.

Wir empfehlen, ein preiswertes Generikum zu verordnen und den Austausch zuzulassen, also kein Aut-idem-Kreuz zu setzen. Pregabalin-Generika werden rund fünfzig Prozent unter dem Preis des Originals angeboten. Bei bestehenden Rabattverträgen (auch über das Original) ist davon auszugehen, dass die rabattierten Preise noch unter dem preiswertesten Generikapreis liegen. ■ HON

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

Verordnungen von Vitamin D auf Kassenrezept

Wann zahlt die Kasse, wann nicht? Zur Verordnung von Vitamin D erreichen die KV Nordrhein viele Fragen. Unterschiedliche Angaben bei Grenzwerten oder die Wahl zwischen rezeptpflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Präparaten tragen zur Verunsicherung bei.

Die Bestimmung des Vitamin-D-Spiegels (25-OH-Vitamin-D3) ist bei medizinischer Notwendigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) möglich. Die „medizinische Notwendigkeit“ wird im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aber nicht definiert. Klinisch manifest ist ein Vitamin-D-Mangel beispielsweise bei Rachitis oder Osteomalazie.

Nicht verschreibungspflichtige Vitamin-D-Präparate bis zu einer Tagesdosis von 1.000 I.E. Vitamin D3, in Kombination mit Calcium oder als Monopräparat, können nach den Bestimmungen der Arzneimittel-Richtlinie nur auf einem Kassenrezept verordnet werden für

- Patienten mit manifester Osteoporose (mit Frakturen ohne adäquates Trauma)
- Patienten, die über ein halbes Jahr 7,5 mg Prednisolonäquivalent einnehmen müssen
- Patienten, die eine Bisphosphonattherapie erhalten, gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.

Sollte die Umwandlung des Vitamin D3 (Cholecalciferol) durch eine Erkrankung beispielsweise der Niere verhindert sein, so können die anderen Vitamin-D-Derivate substituiert werden. Die relevanten Arzneimittel (Wirkstoffe: Calcidiol/Synthese in der Leber, Calcitriol/Synthese in der Niere und 1-OH-Vitamin D = Alfacalcidol) sind verschreibungspflichtig und zu Lasten der GKV verordnungsfähig.

Vitamin D für Säuglinge

Für Säuglinge wird eine Verordnung von Vitamin D (10 µg=400 I.E.), gegebenenfalls in Kombination mit Fluorid zur Rachitisprophy-

laxe im ersten Lebensjahr („bis zum zweiten Sommer“) empfohlen. Die Präparate können zu Lasten der GKV verordnet werden.

Verschreibungspflichtige hoch dosierte Vitamin-D-Präparate (> 1.000 I.E.) können zu Lasten der GKV zur Behandlung verordnet werden. Sie sind jedoch nur zugelassen beispielsweise zur einmaligen Anwendung bei Vitamin-D-Mangelzuständen (zum Beispiel Dekristol 20.000).

Nach Auskunft des Herstellers manifestiert sich der Vitamin-D-Mangel durch Störungen im Calciumphosphat- und Knochenstoffwechsel. Die Diagnose sollte daher nicht allein auf dem Vitamin-D-Spiegel beruhen, sondern beispielsweise durch die Bestimmung des Parathormons und/oder der alkalischen Phosphatase gestützt werden.

Zur Einleitung der Behandlung von klinisch manifesten Vitamin-D-Mangelzuständen können nach ärztlicher Anweisung zum Beispiel 5 mg oder 200.000 I.E. Vitamin D3 gegeben werden. Eine eventuell notwendige weitere Behandlung mit dem Arzneimittel muss individuell vom Arzt festgelegt werden. Zur Dauerbehandlung der Rachitis und Osteomalazie und von Hypoparathyreoidismus bei Erwachsenen sind auch Vigantol-Öl-Tropfen verschreibungspflichtig zugelassen.

Keine Prophylaxe

Zur Prophylaxe eines Vitamin-D-Mangels besteht keine Leistungspflicht. Nach der Arzneimittel-Richtlinie sollen nichtverschreibungspflichtige Arzneien zu Lasten des Versicherten verordnet werden, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind. Dies bedeutet, wenn ein (vermeintlicher) Vitamin-D-Mangel mit frei verkäuflichen anstelle verschreibungspflichtiger Präparate zu behandeln ist, müssen die Patienten die Präparate selbst kaufen. Ausnahmen gemäß Richtlinie siehe oben. ■ HON

Mehr Informationen finden Sie in unserem Newsletter VIN unter www.kvno.de
KV | 150218

Zulassung für Kortikoide erweitert

Die Zulassung von Volon A 40 Kristallsuspension wurde vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Rahmen einer Änderungsanzeige erweitert. Das Präparat kann laut BfArM somit auch zur wirbelsäulennahen Therapie unter CT-Kontrolle eingesetzt werden. Leistungen wie die CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention bei akutem und/oder chronischem Schmerz nach interdisziplinärer Diagnostik (zum Beispiel Nummer 34504 EBM) sind wieder zu Lasten der GKV abrechenbar.

Der Hinweis aus dem Jahr 2013, dass Kortikoide bei wirbelsäulennahen Injektionen nicht zu Lasten der GKV verordnet werden können, ist nicht mehr gültig. Die Zulassung von Volon A 40 Kristallsuspension wurde erweitert um die intrafokale Anwendung bei:

- Perineuritis
- zervikaler, thorakaler und lumbaler Periarthritis bei Spondylarthropathie
- zervikaler, thorakaler und lumbaler Radikulopathie. ■ HON

Impfstoffe: Die Kasse zahlt nicht immer

Impfstoffe können als Sprechstundenbedarf verordnet werden, wenn sie in der Schutzimpfungs-Richtlinie als Standard- oder Indikationsimpfung aufgeführt sind. Dann handelt es sich um eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen, beispielsweise bei der Grippeimpfung für über 60-Jährige.

Weitere Impfungen können Krankenkassen als Satzungsleistungen anbieten. Hierfür schließen sie Verträge zur Durchführung und Abrechnung mit der KV Nordrhein. Beispiel: Reiseimpfung gegen Cholera zahlen die AOK Rheinland/Hamburg, die Knappschaft, die Techniker Krankenkasse und einige Betriebskrankenkassen. In diesen Fällen kann die Praxis den Impfstoff auf den Namen des Patienten auf einem Kassenrezept verordnen. Ob eine Zuzahlung für die Satzungsimpfung geleistet werden muss, haben die Krankenkassen unterschiedlich entschieden.

Alle anderen Impfungen und Impfstoffe sind privat abzurechnen. Also Impfungen und Impfstoffe, die weder in der Schutzimpfungs-Richtlinie als Pflichtleistung, noch über zusätzliche Verträge als Satzungsleistung geregelt sind.



Foto: © Sherry Young fotolia

Einige Kassen erstatten ihren Versicherten einen Teil der Kosten, etwa für Impfungen gegen Meningokokken B mit Bexsero oder gegen Herpes Zoster mit Zostavax. Die entsprechenden Impfstoffe können Ärzte weder als Sprechstundenbedarf noch auf den Namen des Patienten als Kassenrezept verordnen. Weitere Ausnahme: Impfung gegen Gelbfieber in Gelbfieberimpfstellen. Hier wird der Impfstoff mit der Leistung als Sachkosten auf dem Behandlungsschein abgerechnet. Die Impfstoffkosten sind mit der Symbolnummer 89713 zu kennzeichnen. ■ HON

Für Menschen über 60 Jahre gehört die Gripeschutzimpfung zur Standardimpfung und ist eine Kassenleistung. Eine Übersicht über die Satzungsimpfungen finden Sie im Internet-Angebot der KV Nordrhein unter www.kvno.de

KV | 150219

Gute Beteiligung und hohe Qualität

Immer mehr Menschen leiden an einer chronischen Krankheit. Der aktuelle Bericht zu den rund 818.000 Patienten, die in Nordrhein an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnehmen, zeigt: Patienten und Ärzte profitieren von dieser Versorgungsform.

Bislang sind sechs Behandlungsprogramme flächendeckend etabliert: für Asthma bronchiale, die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), Diabetes mellitus Typ 1 und 2, für die Koronare Herzkrankung sowie für Frauen, die an Brustkrebs erkrankt sind.

Langfristig dokumentierte Qualität

Der Nutzen der DMP wird regelmäßig überprüft und dokumentiert. Die KV Nordrhein, die nordrheinischen Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen haben für den DMP-Bericht 2013 das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) damit beauftragt, die Befunddaten zu den DMP-Patienten wissenschaftlich aufzuarbeiten.

sowie die Betrachtung von DMP-Teilnehmern über einen längeren Zeitraum den teilnehmenden Ärzten wertvolle Erkenntnisse. Beurteilt werden kann damit vor allem die Wirksamkeit der (langfristigen) Betreuung chronisch kranker Patienten.

Hohe Teilnahmequoten

Fast jeder Patient mit Typ-2-Diabetes erhält in Nordrhein inzwischen seine individuelle Therapie im DMP: Die Autoren gehen von einer Einschreibequote von bis zu 94 Prozent aus (siehe Infografik S. 22). Diese hohe Beteiligung ist nicht selbstverständlich. Schon die einfache Verhältniszahl „DMP-Teilnehmer pro GKV-Versicherte“ (ohne Berücksichtigung der Morbidität) ist in sämtlichen DMP in Nordrhein höher als im Bundesdurchschnitt.

Studien mit Morbiditätsbezug bestätigen den ersten Eindruck: So berichtet die Evaluation der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg von nur rund 74 Prozent eingeschriebener Patienten mit Diabetes; im Kollektivvertrag sind es dort sogar noch weniger.

Je länger, desto besser

Der neue DMP-Bericht dokumentiert auf 248 Seiten, inwieweit die Ziele der Programme erreicht worden sind. Zum Beispiel eine geringere Zahl von diabetesbedingten Amputationen, eine bessere Blutzuckereinstellung für Diabetiker, eine bessere Kontrolle des Blutdrucks bei Patienten mit Koronarer Herzkrankung oder weniger stationäre Notfallaufnahmen wegen Asthmaanfällen. Ein zentrales Ergebnis des

Im Unterschied zu den Qualitätsberichten anderer Regionen beschränken sich die Zi-Analysen für Nordrhein nicht auf die Wiedergabe der seit Jahren etablierten Kennzahlen zur Zielerreichung der DMP. Stattdessen liefern die Beschreibungen von Untergruppen der eingeschriebenen Patienten (zum Beispiel nach Alter, Geschlecht und klinischen Befunden)



Der 248 Seiten starke DMP-Bericht steht im Internet-Angebot der KV Nordrhein bereit unter www.kvno.de

Berichts lautet: Je länger die Patienten in den Programmen verbleiben, desto besser werden die Ziele der Programme erreicht.

Einzelergebnisse

DMP Koronare Herzkrankheit

Im Zeitverlauf kann der zu hohe Blutdruck gesenkt werden. Über eine Betreuungszeit von fünf Jahren steigt der Anteil von Patienten mit normotensiven Blutdruckwerten von 60 auf 67 Prozent.

DMP Diabetes mellitus Typ 2

Der Bericht zeigt, dass das Risiko einer diabetesbedingten Amputation und anderer typischer Begleiterkrankungen seit 2003 erheblich gesunken ist. Um eine vergleichbare Gruppe zu haben, betrachtet der Zeitvergleich nur diejenigen Patienten, bei denen bereits eine diabetische Folgekomplikation der Nerven, Nieren oder Augen vorlag. Zwischen 2003 und 2013 sank die Häufigkeit einer Amputation von 292 auf 59 Fälle, die einer Dialyse von 98 auf 53 und die einer Erblindung von 100 auf 15 Fälle pro 10.000 DMP-Teilnehmer (siehe Infografik).

DMP Diabetes mellitus Typ 1

Der Bericht konnte anhand der Dokumentationen aus den Praxen den Einfluss von Risikofaktoren für das Auftreten von Neuro- und Retinopathien schätzen. Am bedeutsamsten sind das Alter, der HbA1C-Wert und das Vorliegen weiterer diabetischer Folgekomplikationen bzw. kardiovaskulärer Begleiterkrankungen.

DMP Asthma bronchiale

In diesem Kapitel wurde der Analyseschwerpunkt regionaler Besonderheiten im Vergleich zum Vorjahr weiter ausgebaut. Eine Wegezeitenanalyse testete den Einfluss der Infrastruktur auf die Versorgung der Bevölkerung. Die mittleren Fahrzeiten von Patienten zwischen Haus- und Facharztpraxen weisen messbare Differenzen auf, da es eben nicht überall gleich viele Fachärzte gibt. Der Zugang zur Versorgung ist jedoch nicht beeinträchtigt:



Durchschnittlich müssen Asthma-Patienten in Nordrhein nur sieben Minuten Fahrzeit von der Haus- zur nächsten pneumologischen Facharztpraxis einplanen – in Düsseldorf und Köln sind es erwartungsgemäß bis zu drei Minuten weniger. Aber selbst im dünn besiedelten Oberbergischen Kreis beträgt die Fahrzeit nur vier Minuten mehr.

Um festzustellen, ob ein Patient Asthma hat, ist die Überprüfung der Lungenfunktion unerlässlich.

DMP COPD

Bei drei Prozent der Patienten wurde eine stationäre Notfallbehandlung dokumentiert. Das wirft die Frage auf, ob das Qualitätsziel in diesem DMP (mindestens 60 Prozent ohne stationäre Notfälle) nicht zu niedrig angesetzt ist. Außerdem scheint die Betreuung beim Lungenfacharzt die Chance zu erhöhen, das Qualitätsziel Tabakverzicht zu erreichen.

DMP Brustkrebs

Rund 45 Prozent der Frauen wurden in einem frühen Erkrankungsstadium (pT1) behandelt und haben somit eine gute Prognose im Hinblick auf Rezidivfreiheit und ihr weiteres Überleben. Über 85 Prozent von ihnen konnten brusterhaltend therapiert werden.

Wie geht es weiter?

Die vor über zehn Jahren etablierten strukturierten Programme haben viel bewirkt: Pra-

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

TEILNEHMERZAHLEN

PATIENTINNEN UND PATIENTEN

817.596



ÄRZTINNEN UND ÄRZTE

6.170



PRAXEN

4.554



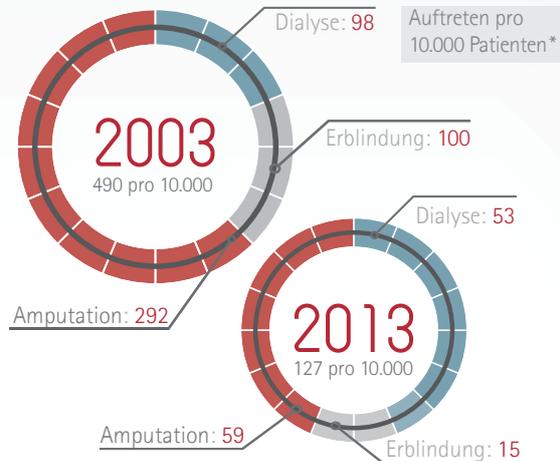
KRANKENHÄUSER



110

RÜCKBLICK NACH 10 JAHREN

Schwerkranke Patienten besser versorgt



* Berechnungsgrundlage sind nur Teilnehmer am DMP Diabetes Typ 2 mit Neuro-, Nephro- oder Retinopathie.

TEILNEHMERZAHLEN DER EINZELNEN DMP

	ANZAHL	TEILNAHMEQUOTE
Diabetes Typ 2	503.885	83-94%
Koronare Herzkrankheit	233.380	47%
COPD	108.733	36%
Asthma bronchiale	96.785	23%
Diabetes Typ 1	22.283	80-90%
Brustkrebs	15.077	21%

Die Teilnahmequote gibt Auskunft darüber, wie viele der von der jeweiligen Krankheit betroffenen Patienten in Nordrhein an einem DMP teilnehmen.

(Schätzwert auf der Basis epidemiologischer Daten)

DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME

Größte Fortbildungsveranstaltung für Patienten in Nordrhein

PATIENTEN-SCHULUNG	SCHULUNG WAHRGENOMMEN	ANTEIL
Diabetes für Typ-2-Patienten*	113.785	52%
Hypertonie für Diabetes-Typ-2-Patienten*	22.573	37%
Diabetes für Typ-1-Patienten*	4.904	54%
Hypertonie für Diabetes-Typ-1-Patienten*	165	30%
Diabetes für KHK-Patienten*	8.630	42%
Hypertonie für KHK-Patienten*	15.079	40%
COPD**	17.250	45%

* Aktuell dokumentierte Patienten, die innerhalb eines Jahres nach ärztlicher Empfehlung an einer Schulung teilgenommen haben.

** Bis 30. Juni 2008 eingeschriebene Patienten, die jemals eine Schulung wahrgenommen haben.

4.000 Patienten

xisinterne Abläufe, die Kooperation zwischen Haus-, Facharzt und Krankenhaus, die Verschreibung von Medikamenten nach evidenzbasierten Richtlinien und die Arbeitsteilung zwischen ärztlicher und administrativ-/pflegerischer Kompetenz funktionieren auf einem deutlich höheren Qualitätsniveau als früher. DMP erweisen sich als zweifellos aufwändige, aber tragfähige Investition in die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Herausgeber des DMP-Qualitätsberichts möchten mit den präsentierten Daten und Analysen die gesundheitspolitische Debatte zur Weiterentwicklung der Programme anregen – eine Debatte, die mit dem Antritt der Großen Koalition wieder Fahrt aufgenommen hat.

Beratungen über neue DMP

Im Koalitionsvertrag regten die Regierungsfractionen die Einführung neuer DMP an. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat daraufhin im August 2014 beschlossen, die Beratungen über Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für weitere chronische Krankheiten aufzunehmen. Von ursprünglich 33 Vorschlägen wählte der G-BA vier Kandidaten aus:

- Rheumatoide Arthritis
- Chronische Herzinsuffizienz

- Osteoporose
- Rückenschmerz

Die Beratungen befinden sich noch in einem frühen Stadium. Momentan arbeitet das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) an einer internationalen Recherche, um Leitlinien zu identifizieren, die für eine deutsche DMP-Richtlinie beispielhaft sein können. Zurzeit liegen erst zwei Berichtspläne mit Angaben zur Methodik der Recherche vor. Schon in dieser Phase sind Stellungnahmen möglich: Alle interessierten Personen, Institutionen und Gesellschaften können das Qualitätsinstitut auf wichtige Studien oder Argumente hinweisen. Das Verfahren ist auf der Homepage des Instituts beschrieben: www.iqwig.de

Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied im G-BA und Vorsitzende des zuständigen Unterausschusses, dämpft die Aufbruchsstimmung ein wenig: „Die Aufnahme der Beratungen hat nicht in jedem Fall zwangsläufig die Entwicklung eines strukturierten Behandlungsprogramms zur Folge. Die tatsächliche Umsetzung wird von den Ergebnissen der Beratungen zu den einzelnen Krankheiten sowie der jeweiligen Leitlinienrecherche abhängig sein.“ ■ MIGUEL TAMAYO



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

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

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

Noch Luft nach oben

Souveräne Patienten, die in der Lage sind, alle medizinischen Informationen zu verstehen und richtig umzusetzen – das hat mit der Realität wenig zu tun. Das zeigt eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) zur Gesundheitskompetenz der Deutschen. Gute Noten gibt es für die Ärzte und Apotheker: Deren Anweisungen können Patienten gut nachvollziehen.

Mit der Studie liegt erstmals eine umfassende Analyse dazu vor, wie die Versicherten gesundheitsrelevante Informationen auffinden, verstehen und wie sie diese in den Bereichen Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung in Handeln umsetzen können.

Da die Untersuchung auf den standardisierten Fragebogen des European Health Literacy Survey (HLS-EU) zurückgreift, sind die Ergebnisse international vergleichbar. Mit über-

raschendem Resultat: Im Ranking mit sieben weiteren europäischen Ländern liegt Deutschland auf dem vorletzten Platz. Nur die Menschen in Bulgarien haben offenbar noch mehr Probleme, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und mit medizinischen Informationen richtig umzugehen.

Defizite bei der Gesundheitskompetenz zeigen sich vor allem bei Migranten und bildungsfernen Versicherten. Aber auch Akademiker tun sich mitunter erstaunlich schwer damit, Ge-

„Positive Nebenwirkungen der Selbsthilfe nutzen“

Die WidO-Studie zeigt, dass Patienten Unterstützung benötigen, um sich im deutschen Gesundheitswesen zurechtzufinden und die Informationen, die sie erhalten, zu verstehen und umzusetzen. Dabei hilft ihnen auch die Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten (KOSA), eine Service-Abteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Über deren Erfahrungen und Angebote sprachen wir mit Stephanie Theiß, Leiterin der KOSA.

Patienten haben offenbar Probleme, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und umzusetzen. Überrascht Sie das Ergebnis der Studie?

Theiß: Leider nein. Es ist vielleicht die Vielfalt der Angebote, die die Menschen verunsichert. Ich glaube aber auch, dass die Sprache oftmals zu kompliziert ist. Erfahrungsberichte in Foren können dazu beitragen, dass sich die Patienten ängstigen. Hier fin-

de ich es sehr erfreulich, dass die Ärztinnen und Ärzte oft die richtige Ansprache wählen.

Welchen Beitrag leistet die Selbsthilfe, um Verständnis und Umsetzung der medizinischen Infos zu erhöhen?

Die Selbsthilfe bietet oft gute gedruckte Gesundheitsinformationen zur Krankheitsbewältigung. Sehr viele Organisationen sind zudem im Internet vertreten. Doch Patienten, die nur

sundheitsinformationen zu verarbeiten. Die Untersuchungsergebnisse im Einzelnen:

Gesundheitsinformationen finden

- 27 Prozent aller Befragten finden es sehr schwierig bzw. schwierig herauszufinden, wo sie professionelle Hilfe erhalten können, wenn sie krank sind. Es hakt also bei vielen Deutschen schon dabei, einen Zugang zum Gesundheitssystem zu finden. Zum Vergleich: Der europäische Durchschnittswert liegt bei 12 Prozent – und ist damit deutlich geringer.
- Rund ein Viertel der Deutschen hat Schwierigkeiten, Informationen zu Krankheitssymptomen zu finden, die sie betreffen. Diese Zahl erstaunt angesichts unzähliger Portale und Foren im Internet sowie der Dichte an Informationsdiensten von Patientenverbänden, Kassen und anderen Institutionen im Gesundheitswesen. Auffallend: Ältere Menschen haben erkennbar weniger Probleme, an die relevanten Informationen zu gelangen, als jüngere.

Gesundheitsinformationen verstehen

- Fast ein Drittel der GKV-Versicherten kann die in den Medien dargebotenen Informationen zur Verbesserung der eigenen Gesundheit nicht verstehen.
- Relativ gute Noten gibt es hingegen für die Ärztinnen und Ärzte: Die überwiegende Mehrheit der Versicherten (85 Prozent hat „kein Problem zu verstehen, was der Arzt sagt“. Immerhin 90 Prozent der Befragten geben an, die Anweisungen des Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente problemlos zu verstehen.
- Auch den Sinn von Vorsorgeuntersuchungen oder Informationen über gesundheits-schädliches Verhalten kann die Mehrheit gut nachvollziehen.

Gesundheitsinformationen beurteilen

- Zwei Drittel aller Befragten finden es schwierig bzw. sehr schwierig zu beurteilen, „ob Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien (wie Fernsehen oder Internet) vertrauenswürdig sind“. Befrag-

die Homepage aufrufen, lassen sich die „positiven Nebenwirkungen“ der Selbsthilfe entgegen: Der Schlüssel zum Erfolg der Selbsthilfe liegt nach wie vor in der persönlichen Begegnung. Das regelmäßige Gespräch mit Gleichbetroffenen fördert die Motivation, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Übrigens: Viele Selbsthilfefortreter werden auch präventiv tätig und gehen in Kindergärten und Schulen. Sie bauen sich im Laufe der Jahre ein Netzwerk für ihre Arbeit auf und freuen sich besonders über Ärzte und Psychotherapeuten, die sie unterstützen.

Ist die Vermittlung von Informationen auch eine Aufgabe der KOSA?

Ja. In „KOSA aktuell“ stellen wir gezielt Informationen für die Patientenberatung zusammen. Der Bedarf ist da: Zum Beispiel

wurde eine Broschüre zum Thema Ess-Störungen tausend Mal angefordert. Im Rahmen unserer interdisziplinären Veranstaltungen für Ärzte, Praxispersonal und auch Patienten gehen wir mit wechselnden Themen in die Regionen. Derzeit informieren wir verstärkt zu psychischen Erkrankungen. Weiterhin erstellen wir Info-Flyer zu verschiedenen Versorgungsbereichen. Aktuell kann der Flyer „Der ältere Patient in der Arztpraxis“ abgerufen werden, der landesweite Hilfsangebote in der Pflege und bei Demenz erläutert.



Stephanie Theiß

■ DIE FRAGEN STELLTE FRANK NAUNDORF.

KV 150225

Gesundheitskompetenz-Werte nach Kompetenzbereichen

Angaben in Prozent

Gesundheitskompetenz	Krankheitsbewältigung		Prävention		Gesundheitsförderung	
	GKV	EU	GKV	EU	GKV	EU
unzureichend (0 bis 25)	11,8	11,8	23,4	13,2	27,6	20,0
problematisch (> 25 bis 33)	33,9	28,7	36,2	28,6	20,5	30,6
ausreichend (> 33 bis 42)	40,0	39,2	33,9	36,2	45,4	33,6
ausgezeichnet (> 42 bis 50)	14,3	20,2	6,4	22,0	6,5	15,9
Mittelwerte	33,3	34,8	30,2	34,4	31,3	32,6

Die Studie des WidO finden Sie im Internet unter www.wido.de
KV | 150226

In allen drei Bereichen liegt die Gesundheitskompetenz in der GKV niedriger als in der EU.

Quelle: WidO-monitor 2014

te mit höherem Bildungsabschluss urteilen hier noch pessimistischer als diejenigen mit einfacher Schulbildung. Insgesamt bewerten die Deutschen mediale Angebote deutlich zurückhaltender als die Versicherten in anderen EU-Staaten.

- Mit 37 Prozent haben recht viele Deutsche Schwierigkeiten zu beurteilen, wann eine ärztliche Zweitmeinung eingeholt werden sollte. Allerdings zeigen die Daten auch: Je mehr Erfahrungen die Befragten mit dem Gesundheitssystem haben, umso einfacher fällt offenbar diese Einschätzung. Gesundheitskompetenz nimmt also vielfach mit dem Lebensalter bzw. der Krankheitserfahrung zu.

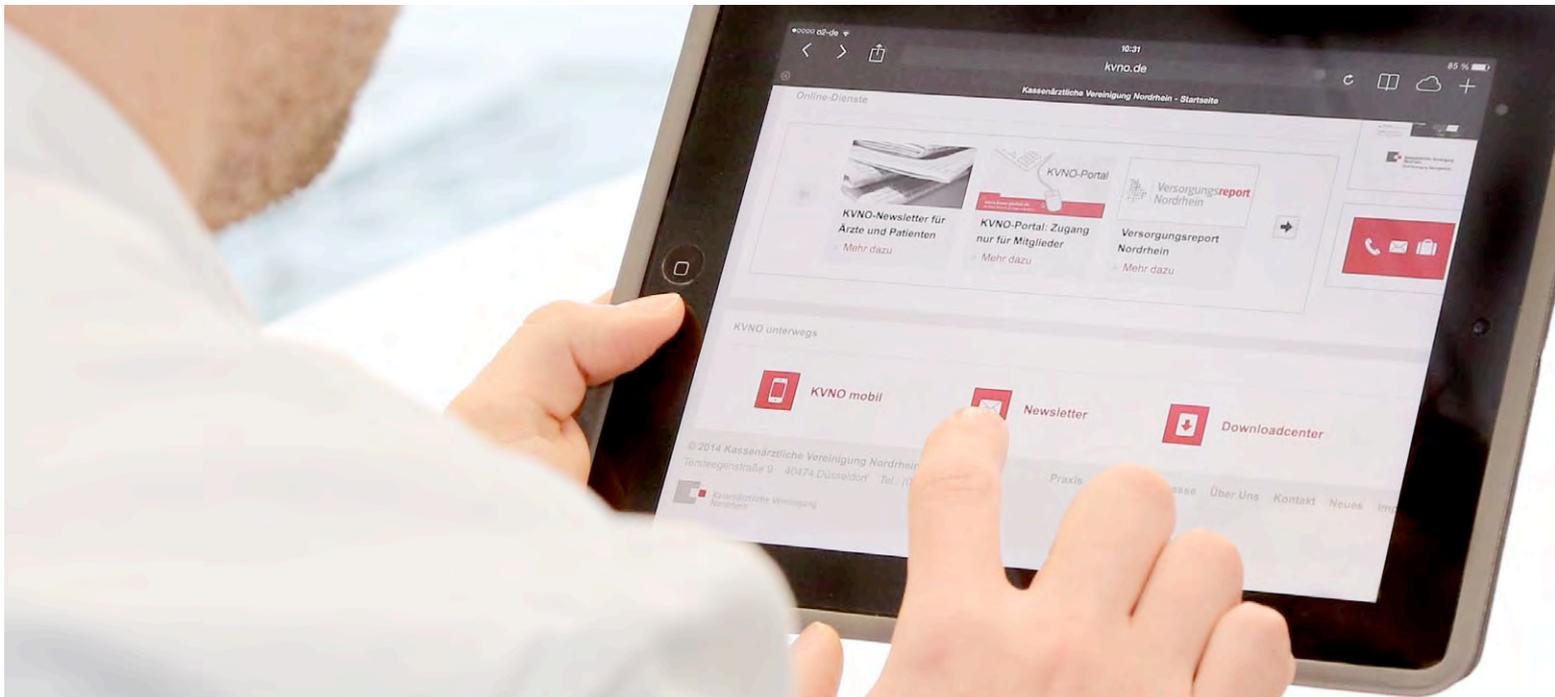
Gesundheitsinformationen umsetzen

- 42 Prozent der Deutschen haben offenbar Probleme damit, aufgrund von Informationen in den Medien zu entscheiden, wie sie sich vor Krankheiten schützen können.
- Auf der Basis von ärztlichen Informationen Entscheidungen bezüglich der eigenen Krankheit zu treffen, ist hingegen für rund drei Viertel der Befragten kein Problem. Dieses Ergebnis unterstreicht die Forderung, auch Ärzte beim Thema „Prävention“ viel stärker einzubeziehen als bisher von der Politik beabsichtigt.

- Fast 90 Prozent der Befragten geben zudem an, den Anweisungen des Arztes/Apothekers problemlos folgen zu können – das ist ein sehr passabler Wert. Allerdings: Personen mit schlechtem Gesundheitszustand haben hierbei etwas mehr Probleme (15 Prozent).

Deutsche Versicherte schreiben sich eine unterdurchschnittliche Gesundheitskompetenz zu; die Untersuchung beruht ja auf Selbsteinschätzungen der Befragten. Während EU-weit rund 46 Prozent der Versicherten eine unzureichende Gesundheitskompetenz aufweisen, liegt dieser Wert in Deutschland bei 59 Prozent – und damit deutlich höher. Dieser „Negativ-Trend“ für Deutschland zeigt sich dabei in allen untersuchten Teildimensionen der individuellen Gesundheitskompetenz (siehe Tabelle).

Vergleichsweise gute Werte in Bezug auf die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung können die Niederlande, Irland und Polen aufweisen. In diesen Ländern verfügt eine deutliche Mehrheit der Bevölkerung über eine ausreichende bzw. ausgezeichnete Gesundheitskompetenz. Die Studie des WidO offenbart also – ähnlich wie einst die PISA-Untersuchung im Bildungswesen – für Deutschland noch Luft nach oben. ■ SIMONE GRIMMEISEN



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.

■ 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

Versorgung auf hohem Niveau

Der aktuelle Qualitätsbericht der KV Nordrhein zeigt, dass die ambulante Versorgung im Rheinland auf unverändert hohem Niveau erbracht wird. Der Bericht bietet eine detaillierte Übersicht zu den inzwischen über 70 genehmigungspflichtigen Leistungen von Akupunktur bis Zervix-Zytologie für den Berichtszeitraum des Jahres 2013.



© Felix Burda Stiftung

Immer weniger Komplikationen gibt es bei Koloskopien. Aber auch immer weniger koloskopierende Ärzte.

Wie der Qualitätsbericht zeigt, sind die Qualitätskriterien zum Beispiel bei der Koloskopie stetig gestiegen. Zur Sicherstellung der Hygienequalität bei Koloskopien werden beispielsweise regelmäßig hygienisch-mikrobiologische Prüfungen der Aufbereitung der Endoskope in der Praxis durchgeführt. Ergebnis der Stichprobenprüfungen: Es gibt nachweislich weniger Komplikationen und Hygienemängel.

Die Prüfungen führen zwei ärztliche Beratungskommissionen in Köln und Düsseldorf durch. „Sie wurden im Bereich der KV Nordrhein mit Einführung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie eingerichtet“, sagt Dr. med. Arno Theilmeier, Fachgruppenkoordinator kolorektales Karzinom des Berufsverbandes Niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands. Die Zahl der kolosko-

pierenden Ärzte hat nach Einführung der Vereinbarung indes abgenommen: Bis zum Jahr 2003 führten rund 640 in Nordrhein Koloskopien durch. Danach ist die Zahl auf rund 240 gesunken, berichtet Theilmeier.

Der Qualitätsbericht informiert auch über die neuen digitalen Beurteilungen von Mammografie-Aufnahmen bei der Früherkennung von Brustkrebs gemäß der bundesweiten Mammografie-Vereinbarung. Diese werden in der KV Nordrhein seit Beginn des vergangenen Jahres durchgeführt und erfreuen sich bei den Teilnehmern großer Akzeptanz.

Qualitätsmanagement etabliert

Positiv ist auch die Bilanz beim Thema Qualitätsmanagement (QM). In praktisch allen Bereichen des Praxisalltags, von der Anmeldung über die diagnostischen und therapeutischen Leistungen bis hin zum Notfall-, Hygiene- und Gerätemanagement, wird systematisch an der Qualität von Abläufen und Leistungen gearbeitet wird.

„Der Bericht verdeutlicht, mit welchem Aufwand und in welcher Form an der ständigen Verbesserung der Behandlung der Patienten gearbeitet wird“, sagt Dr. med. Peter Pott Hoff, Vorsitzender der KV Nordrhein. Hierzu gehören unter anderem auch neue Vereinbarungen mit den Krankenkassen wie der zum 1. November 2014 abgeschlossene Hepatitis-C-Strukturvertrag sowie der Vertrag zur Behandlung von Rheumapatienten. ■ SIGRID MÜLLER

2014



Den Qualitätsbericht der KV Nordrhein finden Sie unter www.kvno.de

KV | 150228

Fallen bei der SSB-Bestellung

Bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf (SSB) sind einige Fallstricke zu beachten. In jüngster Zeit sind mehrere Lieferantenfirmen wegen zweifelhafter Geschäftsgebaren aufgefallen.

Ärzte dürfen für die Verordnung oder den Bezug von Arznei-, Hilfsmitteln oder Medizinprodukten kein Entgelt oder andere Vorteile fordern. Sie dürfen sich dies auch nicht von Dritten versprechen oder gewähren lassen oder selbst versprechen oder gewähren. Dies verbietet das Berufsrecht und das fünfte Sozialgesetzbuch.

Entsprechendes gilt für die Anbieter von Sprechstundenbedarf. Ihnen ist verboten, Vertragsärzte gegen Entgelt oder Gewährung sonstiger wirtschaftlicher Vorteile an der Durchführung der Versorgung mit Hilfs- oder Arzneimitteln zu beteiligen. Unzulässig ist auch, Zuwendungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Hilfs-, Heil- oder Arzneimitteln zu versprechen.

Doch daran halten sich nicht alle Firmen, sondern versprechen für die SSB-Bestellung zum Beispiel Kaffeemaschinen. Dies widerspricht den gesetzlichen Vorgaben. Ärzte dürfen solche „Geschenke“ nicht annehmen, ohne Gefahr zu laufen, gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten zu verstoßen.

Oft tückisch: „Formulierungshilfen“

Aufgrund aktueller Vorkommnisse ist bei manchen SSB-Lieferanten besondere Vorsicht geboten. Ein Lieferant ist zum Beispiel aufgefallen, weil er Ärzte zu überhöhten Bestellungen von SSB veranlasst hat. Dies geschah zum Beispiel dadurch, dass mit „Aktionen“ geworben wurde und den Ärzten „Formulierungshilfen“ oder „Musterrezepte“ überlassen wurden,

die für die Bestellung benutzt werden sollten. Die betroffenen Ärzte haben diese „Formulierungshilfen“ ungeprüft übernommen und damit überhöhten Sprechstundenbedarf bestellt, der zu Anträgen auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Verordnung geführt hat.

Darüber hinaus ist bekannt geworden, dass Vertreter der Firma Bestellungen „missverstehen“ und zum Beispiel statt der gewünschten kleinen Bestellmengen mehrere Großpackungen notiert haben. Hier ist besondere Vorsicht geboten. Bitte überprüfen Sie die von ihnen aufgegebenen Bestellungen vor der Autorisierung mit Ihrer Unterschrift. So können Sie unliebsame Überraschungen vermeiden. Empfehlenswert ist überdies, die Auslieferung des SSB sofort auf die korrekte Bestellmenge zu überprüfen. In den beschriebenen Fällen waren die Bestellungen so hoch, dass Verfahren zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Sprechstundenbestellung eingeleitet worden sind.

Den Firmen, die diesbezüglich aufgefallen sind, wurden die Lieferantenverträge gekündigt. Das bedeutet, dass bei Wirksamwerden der Kündigung eine Direktabrechnung für diese Lieferantenfirmen nicht mehr möglich ist. Die Firmen können jedoch weiter SSB liefern – die Abrechnung kann jedoch nicht mehr direkt erfolgen. Das bedeutet, dass die Ärzte die Verordnungen zur Abrechnung bringen müssen. Fazit: Seien Sie bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf sorgfältig und wachsam.

■ IRINA NEULEBEN

Stichwort: Sprechstundenbedarf

Wundpflaster, Mittel zur Lokalanästhesie oder Desinfektionsmittel für die Haut – Artikel, die bei mehr als einem Berechtigten im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung angewendet werden oder bei Notfällen für mehr als einen Berechtigten zur Verfügung stehen müssen, gelten als Sprechstundenbedarf (SSB). Davon abzugrenzen sind der Praxisbedarf (zum Beispiel Einmalhandschuhe) sowie Sachkosten (zum Beispiel suprapubische Katheter).

Mehr Informationen zur Abrechnung von SSB finden Sie unter www.kvno.de

KV | 150229

Mit mehr Sicherheit Zeit sparen

Das kontaktlose Öffnen von Kraftfahrzeugen durch Druck auf eine Taste am Fahrzeugschlüssel ist weit verbreitet. Auch die drahtlose Anbindung von Tastatur und Maus ist beliebt. Die zugrundeliegende Technik ist die Kombination von kleinen Sendern und Empfängern – auch Transceiver genannt. Mit ihnen kann im täglichen Praxisbetrieb einiges einfacher und sicherer gemacht werden.

Ist kein Arzt oder keine Medizinische Fachangestellte (MFA) im Raum anwesend, müssen Computer-Arbeitsplätze vor dem Zugriff unbefugter Personen gesichert werden. Die Verriegelung des PCs erfolgt meist zeitgesteuert oder manuell; zur Freischaltung muss ein Passwort eingegeben werden. Da Passwörter aus Sicherheitsgründen eine gewisse Komplexität und Länge haben müssen, ist die Eingabe immer mit Mühe und Zeit verbunden. Besonders beim häufigen Platzwechsel – zum Beispiel in mehrere Arbeitszimmer – ist dies lästig. Im schlimmsten Fall führt es dazu, dass diese wirklich essentiellen Sicherheitsmaßnahmen abgeschaltet werden.

Schluss mit dauernder Passwort-Eingabe

Durch einen kleinen Sendechip („Keys“), der an der Berufskleidung getragen werden kann, und einen Empfänger am USB-Anschluss des Computers erkennt dieser die Nähe eines befugten Anwenders. Die Verriegelung und Öffnung des Zugangs erfolgt automatisch. Die Rechte der Chips sind individuell festlegbar. Dadurch kann etwa der Schlüssel des Praxisinhabers mit Zugriffsrecht für alle Arbeitsplätze ausgestattet werden, während für Mitarbeitende die Rechte auf bestimmte Arbeitsplätze eingeschränkt werden können. Auch die Ansprechdistanz ist individuell einstellbar.

Bei wiederholtem Arbeitsplatzwechsel vereinfacht diese Technik das An- und Abmel-

den am Computer erheblich und erfreut sich nach Einführung schnell großer Beliebtheit. In der weiteren Entwicklung wird es in absehbarer Zeit möglich sein, der Praxis-Software automatisch zu übermitteln, welcher Anwender den PC augenblicklich bedient. Damit würde die manuelle Registrierung zur Anwenderidentifikation bei mehreren Ärzten entfallen.

Auch für Arbeitszeit-Erfassung

Auch die Arbeitszeit-Erfassung der Mitarbeitenden wird durch Transceiver-Technik erleichtert. Eine Berührung des Empfängers mit dem individuellen Sendechip des Mitarbeitenden erfasst automatisch Person und Zeit. Diese Art der Zeiterfassung hat sich in größeren Betrieben längst durchgesetzt. Durch die Verfügbarkeit preiswerter Systeme können auch kleine Praxen die Technik anwenden und die manuelle Erfassung der Arbeitszeiten ersetzen. Die zugehörige Software übernimmt dann die Ermittlung von Arbeitszeitsummen, Urlaubsansprüchen und Überstunden.

Transceiver können auch transportable Datenträger sichern. Bei den meisten Praxisprogrammen liegen die Patientendaten unverschlüsselt auf dem Server. Von dort werden Sicherungen auf mobilen Datenträgern erstellt. Diese Sicherungsdatenträger stellen ein großes Risiko dar, wenn sie in unbefugte Hände geraten.

Sicherheitskopien schützen

Die ausschließliche Nutzung innerhalb der Praxis mit zuverlässigem Verschluss der Datenträger ist weitgehend unproblematisch. Da dies aber keine hinreichende Datensicherung bei Brand und Vandalismus darstellt, wird häufig ein zusätzlicher Sicherungsdaträger außerhalb der Praxis verwahrt. Diese Sicherung in falschen Händen, zum Beispiel durch Verlieren beim Transport, ist katastrophal, denn zum unbefugten Auslesen dieser Daten genügen einfachste Computerkenntnisse.

Durch die Sicherung einer USB-Festplatte mit Transceiver-Technik ist dieses Risiko weitgehend auszuschließen. Denn diese Festplatten sind nur durch den zugehörigen Sendechip zu entriegeln. Zur Rekonstruktion der Daten müssen Chip und Datenspeicher lediglich zusammengebracht werden – eine Festplatte ohne zugehörigen Chip ist unbrauchbar. Bei getrennter Aufbewahrung von Festplatte und Sendechips ist Missbrauch daher ausgeschlossen.

Der Praxisinhaber kann mithilfe der so gesicherten Festplatte periodisch Datenabbilder erzeugen, die er außerhalb der Praxis getrennt vom Sendechip verwahrt. Bei komplettem Datenverlust in der Praxis, beispielsweise bei einem Einbruch mit Diebstahl, ist eine Rekonstruktion der Daten möglich. Der Mehrpreis der so gesicherten Festplatten ist durch das erheblich höhere Sicherheitsniveau zweifelsfrei gerechtfertigt. Fazit: Transceiver gehören zu den modernen Entwicklung, die den Praxisalltag erleichtern. ■ DR. OSCAR PFEIFER*

* Dr. Oscar Pfeifer ist Hausarzt in Essen und Mitglied der Qualitätsmanagement-Kommission der KV Nordrhein. Er unterstützt das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) und die Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung. Der Autor unterhält keine kommerziellen Beziehungen mit Herstellern der abgebildeten Geräte.



In Abwesenheit eines „Keys“ ist der Computer verriegelt. Er kann dann nur per Passwort aktiviert werden.



Die Annäherung eines „Keys“ schaltet den Computer sofort frei.



Auch das geht: Zeiterfassung mit Transceiver



Durch Transceiver gesicherte USB-Festplatte (Fotos: Dr. Oscar Pfeifer)

Sorgfalt post mortem

Die Todesbescheinigung ist eine Urkunde, die mit größter Sorgfalt ausgefüllt werden sollte. Das beginnt mit der Feststellung der Angaben zur Person. Im Idealfall ist die verstorbene Person persönlich bekannt. Wenn nicht, können Personalausweis oder Reisepass die Identifizierung ermöglichen. Doch was ist zu tun, wenn die Dokumente fehlen?

Die Tragweite, eine Person mit allen persönlichen, versicherungsrechtlichen und juristischen Konsequenzen für tot zu erklären, ist enorm. Dessen sollten sich leichenschauende Ärzte beim Ausfüllen des Dokuments bewusst sein. Wenn also Unsicherheiten bezüglich der Identität aufkommen, sollten sie die Polizei zur Feststellung der Identität heranziehen.

Todeszeitpunkt

Auch die Dokumentation des Todeszeitpunkts ist oft bedeutsam. Zum Beispiel, wenn es um Ansprüche aus Lebens- und Unfallversiche-

rungen geht, die meist eng mit Vertragsfristen zusammenhängen. Liegt der Todeszeitpunkt dicht an einem Datumswechsel oder um den 15. eines Monats, kann dies Einfluss auf Auszahlungen von Versicherungen haben.

Kriminologen schließen bei Tötungsdelikten aus der Angabe zum Todeszeitpunkt auf eine mögliche Tatzeit. Und bei dem (gemeinsamen) Ableben von Verwandten, beispielsweise durch einen Autounfall, haben selbst Abweichungen von wenigen Minuten Auswirkungen auf die Erbfolge.

Einfluss der angegebenen Todesart auf weitere Nachforschungen



Quelle: Folie aus dem Vortrag von Prof. Markus Alexander Rothschild, Institut für Rechtsmedizin, Universität zu Köln anlässlich der Fortbildungsveranstaltung des IQN am 26. November 2014 „Die Leichenschau – was muss der Arzt beachten“

Todesart

Die Todesart stellt eine juristische Einordnung dar, die bei Erdbestattungen grundsätzlich darüber entscheidet, ob eine Leiche ohne weitere Kontrolle bestattet wird (siehe Grafik). Wichtig bei der Entscheidung für "natürlich" oder „nichtnatürlich“ sind auch kausale Zusammenhänge zu Unfallereignissen: Das Versterben an einer Pneumonie aufgrund eines reduzierten Allgemeinzustands stellt einen natürlichen Tod dar. Ist die gleiche Erkrankung aber die Folge einer dauerhaften Bettlägerigkeit nach einem Unfall, handelt es sich um eine nichtnatürliche Todesart.

Todesursache

Immer wieder stellt die Abfrage der Todesursache eine Herausforderung dar. Grundsätzlich fällt es deutlich leichter eine hoch wahrscheinliche Ursache anzugeben, wenn es sich um bekannte Patienten handelt.

Doch in vielen Fällen stimmen die dokumentierten Ursachen nicht mit den bei der Obduktion gefundenen überein. Das hat die „Görlitzer Studie“ gezeigt. Im Jahr 1987 wurden fast alle Verstorbenen im Stadtbezirk Görlitz im Anschluss an die äußere Leichenschau obduziert. Das Ergebnis: Nur in rund 40 Prozent der Fälle stimmten die Diagnosen der Pathologen mit den Angaben auf dem Totenschein überein. Mit anderen Worten: In der Mehrheit der Fälle stimmten die Angaben nur teilweise oder gar nicht überein.

Ärzte sollten keine Vermutungen äußern, sondern nur solche Angaben machen, die mit großer Sicherheit für den Todeseintritt ursächlich sind. Wenn nichts Genaues bekannt ist, ist „Todesursache unbekannt“ einzutragen.

Einflussnahmen

Die ordnungsgemäße Leichenschau oder Angaben, die die Polizei erforderlich machen, können problematisch sein. Eine vollständi-

ge Entkleidung der Leiche stößt auf Unverständnis oder gar Widerstand, wenn rund um das Bett einer hochbetagt Verstorbenen die Familie versammelt steht oder es sich um eine Muslima handelt. Es soll vorkommen, dass Ärzte aufgefordert werden, nachträglich Todesbescheinigungen zu ändern oder gar durch ein „neues“ Dokument zu ersetzen. Wer das tut, erfüllt den Tatbestand der Urkundenfälschung (§ 267 Strafgesetzbuch).

Gleichzeitig glaubt die Polizei (gerne) den leichenschauenden Ärzten, wenn diese für die Verletzungen an einer Leiche eine Erklärung ohne Hinweis für eine Fremdeinwirkung haben. Sie sollten sich nicht beeinflussen lassen, sondern sorgfältig vorgehen, bevor Sie den Totenschein unterschreiben.

■ DR. DAGMAR M. DAVID | DR. MARTINA LEVARTZ

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat „Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau“ veröffentlicht. Die Regeln finden Sie im Internet-Angebot der AWMF unter www.awmf.org | KV 150233

„Auf Nummer sicher gehen“

Für die meisten Ärzte ist die Leichenschau kein Tagesgeschäft. Wir fragten nach bei Dr. Lothar Nossek, wie er es mit Todesbescheinigungen handhabt. Der Allgemeinmediziner in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis ist Vorsitzender der Kreisstelle Aachen der KV Nordrhein.

Wenn bei Ihnen telefonisch eine Leichenschau angefordert wird, wie handhaben Sie das?

Bei einem unvorhergesehenen Fall fahre ich sofort hin und schaue mir die Leiche an. Wenn die verstorbene Person noch nicht lange genug tot ist, um sichere Todes-



Dr. Lothar Nossek

zeichen zu dokumentieren, vereinbare ich dann vor Ort einen zweiten Besuch und komme nach zwei oder drei Stunden wieder. Im Bereitschaftsdienst fehlen manchmal verlässliche Unterlagen, dann kreuze ich „unbekannte Todesursache“ an. Anders sieht es aus, wenn ich den Patienten kenne und zum Beispiel

weiß, dass er einen Tumor in der terminalen Phase hat. Allein auf Angaben der Angehörigen sollten Ärzte sich aber nicht verlassen.

Bei eindeutig nichtnatürlichen Todesarten ist die Polizei hinzuzuziehen. Aber was tun Sie, wenn die Situation nicht so eindeutig ist?

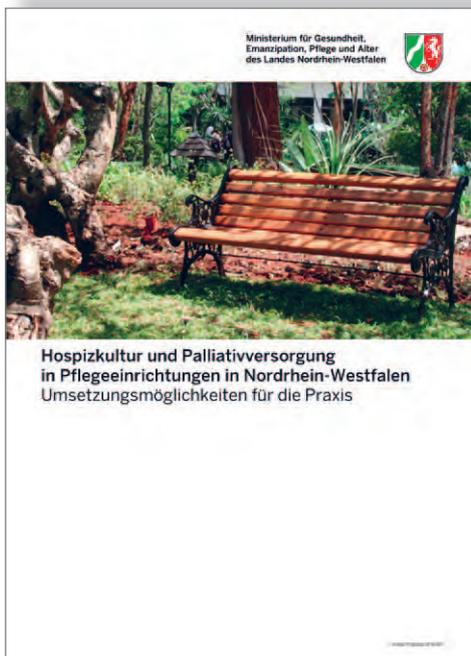
Ich bin auch bei vergleichsweise eindeutigen Fällen vorsichtig. So wurde ich einmal zu einem Mann gerufen, der im Vorgarten gestürzt und auf einen Stein gefallen war. Das kann ein Unfall gewesen sein, aber sicher weiß ich das ja nicht. Also habe ich auch hier die Polizei eingeschaltet. Wichtig ist, zu warten, bis die Beamten vor Ort sind. Das kann leider schon mal eine Stunde dauern.

■ DIE FRAGEN STELLTE FRANK NAUNDORF.

Broschüre mit Tipps zur Kooperation erschienen

Palliativversorgung im Pflegeheim

Pflegeeinrichtungen sind in den letzten Jahren immer mehr auch zu Sterbeorten geworden. Denn die Zahl hochbetagter Menschen mit schweren, zum Tode führenden Erkrankungen in diesen Einrichtungen steigt. Um diese schwerstkranken, sterbenden Menschen umfassend und professionell zu versorgen, muss die Palliativversorgung und Hospizkultur in den Pflegeheimen weiterentwickelt werden. Eine bedeutende Rolle spielen hierbei die Akteure vor Ort.



Auf 28 Seiten bietet die Broschüre Pflegeheimen Infos zur Palliativversorgung. Interessenten können sie auf der Internetseite des Ministeriums bestellen oder herunterladen unter www.mgepa.nrw.de/publikationen KV | 150234

Grundsätzlich sind Hospizarbeit und Palliativversorgung gesetzlich verankerte Aufgaben und gehören zum Versorgungsauftrag der Pflegeeinrichtungen. Bewältigt werden können diese Aufgaben jedoch nur in Kooperation beispielsweise mit qualifizierten Palliativärzten, Palliativpflege- und Hospizdiensten. Die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Haus- und Fachärz-

ten ist für eine adäquate medizinische Versorgung unerlässlich.

Palliativpatienten in nordrheinischen Pflegeheimen profitieren vom kontinuierlichen Ausbau der hiesigen ambulanten Palliativversorgung. Mittlerweile ist die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) nordrheinweit etabliert, und Pflegeheime können sich bei Bedarf an die in den lokalen Versorgungsregionen tätigen speziell geschulten Palliativärzte wenden. Dabei muss das Pflegeheim die palliativpflegerische Versorgung im Rahmen der AAPV sicherstellen.

Säulen der Palliativversorgung

Ergänzt wird die AAPV durch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) für unheilbar kranke Patienten, bei denen eine besonders aufwändige Palliativversorgung erforderlich ist. Die SAPV wird von einem Palliative Care Team (PCT), bestehend aus qualifizierten Palliativärzten und Pflegefachkräften, erbracht. Mittlerweile gibt es in Nordrhein 23 PCTs, die Palliativpatienten nicht nur in der häuslichen Umgebung, sondern auch in Pflegeheimen versorgen können.

In NRW gibt es 2.200 vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit rund 179.000 Plätzen. Die Einbindung der Heime in die lokalen Versorgungsregionen sollte weiter verbessert werden. Die Bereitschaft der lokalen Akteure interdisziplinär und sektorenübergreifend zu kooperieren, ist hierbei ebenso wichtig wie die Schulung und Qualifizierung der Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen.

Eine konkrete Hilfe für Pflegeheime bietet die Broschüre „Hospizkultur und Palliativversorgung in Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen – Umsetzungsmöglichkeiten für die Praxis“. Diese hat das Landesgesundheitsministerium unter anderem in Kooperation mit Experten der Hospiz- und Palliativversorgung sowie Vertretern der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen in NRW, darunter die KV Nordrhein, entwickelt.

■ DR. HEIKE ZIMMERMANN

Faxe, Kopien und Mails abrechnen

Wenn eine Praxis oder Klinik Kopien von Befunden benötigt, dann können Praxen dies über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechnen. Doch in anderen Fällen muss mitunter der Patient zahlen. Die Serviceteams erreichten jüngst mehr Fragen zur Abrechnung von Faxen, Kopien und E-Mails.

Kann ich für den Ausdruck eines per E-Mail empfangenen Berichts zur eigenen Archivierung in der Praxis, die EBM-Nummer 40144 abrechnen?

Nein. Einen Bericht für die eigene, in Papier geführte Patientenakte, können Sie nicht mit der 40144 abrechnen. Wenn der Ausdruck eines per E-Mail empfangenen Berichts für einen anderen Arzt bestimmt ist, dann ist Nummer 40144 (13 Cent je Seite) abrechenbar.

Für welche Kopien können wir die Nummer 40144 abrechnen?

Die Nummer ist bei Kopien von patientenbezogenen Unterlagen für einen anderen Arzt abrechenbar. Das sind zum Beispiel eigene oder fremde Befunde, Arztbriefe oder Berichte, die Sie an einen weiterbehandelnden Arzt weitergeben. Auch wenn die Kopien für einen konsiliarisch tätigen Arzt oder einen Krankenhausarzt bestimmt sind, ist die 40144 anzusetzen.

Wie oft kann die Nummer 40144 abgerechnet werden?

Die 40144 können Praxen je kopierter Seite abrechnen.

Welche EBM-Position kann für den Versand von schriftlichen Unterlagen oder eines Faxes abgerechnet werden?

Für den Versand bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 20 g oder für die Übermittlung eines Telefaxes, können Sie die Pauschale nach Nummer 40120 (55 Cent) abrechnen. Die 40120 ist nur einmal

abrechenbar – auch wenn Sie mehrere Seiten an einen Empfänger faxen. Der Empfänger eines Faxes hat keine Abrechnungsmöglichkeit.

Können wir Kopien für die eigenen Unterlagen in der Praxis abrechnen?

Nein. Kopien für die eigenen Unterlagen in der Praxis sind nicht berechnungsfähig.

Sind Kopien für Patienten abrechenbar?

Nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen. Die Kosten für Kopien, die ein Patient für sich selbst erbittet, hat der Patient privat zu zahlen.

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

ISDN-Kündigung – Fehlentscheidungen vermeiden

ISDN-Kündigungsschreiben sorgen derzeit in Praxen für Unruhe, die noch Telefonanlagen nutzen, die auf herkömmlichen ISDN-Anschlüssen (Anlagenanschluss oder Primärmultiplex-Anschluss) basieren. Die Deutsche Telekom hat vor Jahren beschlossen, ihre Netze zusammenzuführen – also alle Dienste in einem Netz zu bündeln.

Als Anwender verbindet man sich nur noch mit genau einem Netz und kann darin telefonieren, Fernsehprogramme empfangen oder Internet-Anwendungen benutzen. Das ist das sogenannte Next Generation Network, kurz NGN. Die Netze, die nach der Vereinheitlichung nicht mehr benötigt werden, sollen

abgeschaltet werden, auch das sogenannte Festnetz. Die gesamte Telefonie wird auf einen IP-basierten Zugang umgestellt (IP = Internetprotokoll).

Wer ein Kündigungsschreiben für den ISDN-Anschluss erhält, sollte sich spätestens nach Eingang der Nachricht gründlich informieren. Am besten wendet man sich an einen Informations- und Telekommunikationstechnik-Dienstleister seines Vertrauens, um keine teuren Fehlentscheidungen zu treffen. Die Abschaltung von ISDN ist ein Grund, warum die KV Nordrhein ab Mitte 2015 D2D nicht mehr über den ISDN-Kanal anbieten wird, sondern nur noch via KV-SafeNet. ■ NAU

Zum Tode von Karin Hamacher



Karin Hamacher

Am 11. Dezember 2014 starb Karin Hamacher plötzlich nach einer schweren akuten Erkrankung mit 58 Jahren. Seit 1981 war sie bei der KV Nordrhein tätig, seit langem als Pressereferentin vor allem für Anfragen von Journalisten zuständig.

Sie gehörte zudem zur Redaktion von KVNO aktuell, hier waren die Praxisinformationen ihr Werk. Kaum ein Text verließ den Bereich Kommunikation, den sie nicht gelesen und für feh-

lerfrei befunden hatte. Ihr Lektorat war Garant für die geringe Fehlerquote in unseren Medien.

Ihre Erfahrung und ihre Sachkenntnis waren groß. Größer noch war ihre Identifikation mit ihrer Aufgabe und mit ihrem Arbeitgeber. Immer sah sie sich als Interessensvertreterin der niedergelassenen Ärzte, der Psychotherapeuten und der KV, aber auch als Dienstleisterin, vor allem für unsere Mitglieder. Ihr Tod hinterlässt eine große Lücke. ■ DR. HEIKO SCHMITZ

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Interventionszirkel
Bonn-Ippendorf
Kontakt Dr. med. Bodo Altröck
Im Acker 13
53127 Bonn
Telefon 0228 659 627
Telefax 0228 696 010
E-Mail praxisdraltröck@t-online.de

Thema Fachspezifischer Austausch /
Fallbesprechung und
Intervention
Kontakt Elena Fiebig
Von-Dieghardt-Straße 9
51375 Leverkusen
Telefon 0214 2065 9828
E-Mail elenafiebig@web.de

Kontakt

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

Start-up in die Niederlassung

Wie organisiere ich die Praxisabläufe? Das erfuhren 40 künftige Praxischefinnen und -chefs am 16. Januar im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf. Die Themen reichten von Tipps für den Arzt als Ausbilder und Arbeitgeber, über den Datenschutz bis hin zum Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement (PQR).

Dr. Oscar Pfeifer stellte im PQR-Themenblock unter anderem vor, wie ein Qualitäts-Handbuch den Praxisalltag erleichtert und sicherer macht. Der Allgemeinmediziner aus Essen zeigte dies exemplarisch am Beispiel des Notfallmanagements. Ein weiterer Schwerpunkt seines Vortrags war die Datensicherheit in der Praxis (siehe hierzu auch den Beitrag auf Seite 30f.)



Julia Kirilov wird in Kürze mit einem Kollegen eine Gemeinschaftspraxis in Zülpich im Kreis Euskirchen übernehmen. „Die Veranstaltung finde ich sehr informativ. Es ist wichtig zu wissen, was alles beachtet werden muss. Die Vorträge und das umfangreiche Material werden helfen, mich tiefer mit dem Thema auseinander zu setzen.“



Die Aufgaben des Arztes als Ausbilder von Medizinischen Fachangestellten stellte die Referentin Ausbildungswesen MFA der Ärztekammer Nordrhein, Cornelia Grün, vor. Über Ziele des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie ein Modell zur Arbeitssicherheit informierte Sicherheitsingenieur Jörg Damm. Die Präventionsberaterinnen Bianca Milde und Lena Hohlfeld von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege wiesen auf zahlreiche kostenfreie Angebote für Arztpraxen hin. Mit dem Thema Hygiene endete der eintägige Praxistag in Düsseldorf.

Aufmerksame Zuhörerinnen verfolgten den Vortrag über Qualitätsmanagement in der Praxis.

Die nächste „Start-up“-Veranstaltung plant die KV Nordrhein für das zweite Halbjahr 2015. Die Vorträge und weiteres Infomaterial rund um die Praxisorganisation finden Sie unter www.kvno.de

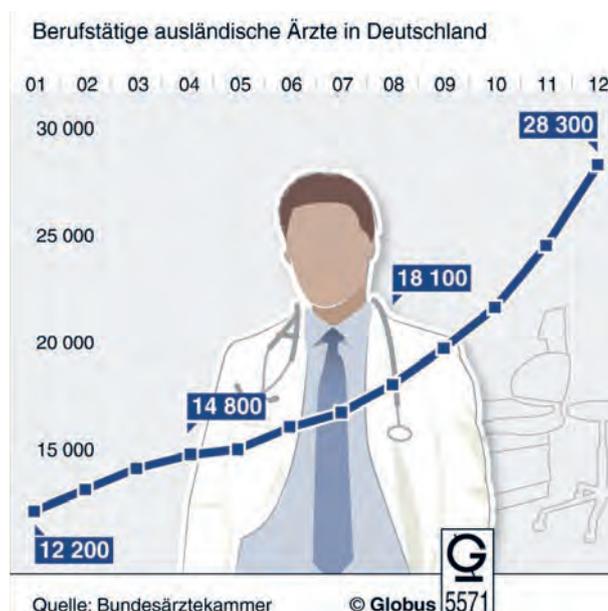
■ IBO

KV | 150237

Ärzte aus dem Ausland

Patienten in Deutschland werden immer häufiger von ausländischen Ärzten behandelt. Nach Angaben der Bundesärztekammer stieg die Zahl aus dem Ausland stammender Ärzte von 2011 auf 2012 um rund 4.000 bzw. 15 Prozent auf 28.300 tätige Ärzte. Zehn Jahre zuvor waren es nicht einmal halb so viele.

Laut Statistik kommen die meisten ausländischen Ärzte aus Ländern der Europäischen Union (56 Prozent), gefolgt von asiatischen Ländern (18 Prozent), aus Nicht-EU-Staaten Europas (17 Prozent) und Afrika (fünf Prozent).





Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?

Im Frühjahr 2015 geht es weiter mit den Infoveranstaltungen, bei der Ihnen Experten der KV Nordrhein die Abrechnungsunterlagen vorstellen. Dabei informieren wir Sie zugleich über die Grundsätze der Honorarverteilung. Die Veranstaltungen finden immer mittwochs von 16 bis 18 Uhr mit maximal 50 Teilnehmern statt. Psychotherapeuten erhalten das Angebot, sich individuell bei den Abrechnungsberatern in Düsseldorf und Köln beraten zu lassen.

Düsseldorf

Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstr. 9 | 40474 Düsseldorf

Termine - jeweils 16 - 18 Uhr

Haus- und Fachärzte

- | | | |
|--------------------------|----------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | 15. April 2015 | Hausärzte |
| <input type="checkbox"/> | 22. April 2015 | Hausärzte |
| <input type="checkbox"/> | 29. April 2015 | Hausärzte |
| <input type="checkbox"/> | 20. Mai 2015 | Fachärzte |
| <input type="checkbox"/> | 27. Mai 2015 | Fachärzte |
| <input type="checkbox"/> | 10. Juni 2015 | Fachärzte |

Anmeldung Düsseldorf

E-Mail anmeldung@kvno.de
Telefax 0211 5970 9990

Köln

Bezirksstelle Köln
Sedanstr. 10-16 | 50668 Köln

Termine - jeweils 16 - 18 Uhr

Fachärzte

- | | | |
|--------------------------|---------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | 4. März 2015 | Fachärzte |
| <input type="checkbox"/> | 18. März 2015 | Fachärzte |

Anmeldung Köln

E-Mail seminar.abrechnung@kvno.de
Telefax 0221 7763 6250

Hiermit melde ich mich verbindlich zu der Fachveranstaltung an (Einzelanmeldung Arzt/Ärztin):

LANR

Titel, Vorname, Name

PLZ, Ort

E-Mail

Datum, Unterschrift

Es werden **keine** Anmeldebestätigungen verschickt. Falls eine Veranstaltung ausgebucht ist, bieten wir Ihnen einen Alternativtermin an.

Zertifiziert mit zwei
Fortbildungspunkten

Der erste Eindruck zählt – Die MFA fit am Empfang

Mitarbeiter am Empfang sind oft die ersten Ansprechpartner in der Praxis. Sie sind das Aushängeschild der Praxis und das Spiegelbild des Unternehmens. Der Kurs vermittelt die Bedeutung von Service und Dienstleistung in der Arztpraxis und wird den „Wert“ des Empfangs bewusst machen. Die Teilnehmerinnen erhalten unter anderem Tipps zur Konfliktreduzierung und Instrumente zur Messung der Patientenzufriedenheit. Kommunikationsgrundlagen sind ein weiterer Themenschwerpunkt.

Termin 6. März 2015
15 bis 19 Uhr

Ort Bezirksstelle Köln
Sedanstr. 10-16
50668 Köln

Anmeldung Angelika.Heidemanns@kvno.de

Telefon 0221 7763 6204

Verordnungssicherheit: Herausforderung chronische Wunde

Üblicherweise werden Wunden desinfiziert, mit einem Pflaster versorgt und sind nach kurzer Zeit wieder verheilt. Ist die Wundheilung gestört und die Haut schließt sich nach einer Verletzung nicht mehr, kann es zu einer chronischen Wunde kommen. Schwere Komplikationen können die Folge sein. In der Fortbildung werden die drei großen Formenkreise der chronischen Wunde mit ihren spezifischen Anforderungen an das Wundmanagement dargestellt. Es handelt sich um den diabetischen Fuß, Decubitalulcera und das „offene“ Bein. In dem Kurs werden zusätzlich administrative Aspekte, Ordnungsmodalitäten und die Dokumentation chronischer Wunden thematisiert. Mit erfahrenen Kollegen können die verschiedenen Formen des Wundmanagements diskutiert werden.

Termin 11. März 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

ZERTIFIZIERT | 4 Punkte

QEP-Einführungsseminar: Qualitätsmanagement für Arztpraxen

QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen, ein Angebot der Kassenärztlichen Vereinigungen, bietet niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten sowie Medizinischen Versorgungszentren ein praxisspezifisches Angebot, um Qualitätsmanagement (QM), einzuführen oder weiterzuentwickeln. Anhand des festgelegten Curriculums und des QEP-Qualitätsziel-Kataloges führt ein Trainer in die Grundlagen des QM sowie in das QEP-System ein. Der Kurs richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, MFA und/oder Praxisteams und arbeitet mit Vorträgen und praktischen Übungen; die Teilnehmer können aktiv mitarbeiten. QEP ist das aktuell am meisten gewählte ambulante QM-System, ist besonders anwenderfreundlich und berücksichtigt in besonderer Weise Patientenbelange.

Termine 24. April 2015
14 bis 19.30 Uhr und
25. April 2015
8.30 bis 16.30 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstr. 3
40474 Düsseldorf

Info Nordrheinische Akademie

Anmeldung Kirsten.Lautenschlager@aekno.de

Telefon 0211 4302 2848

Gebühr 240 Euro

ZERTIFIZIERT | 16 Punkte

Mehr Infos über unsere Veranstaltungen unter ► www.kvno.de/termine

Veranstaltungen für Mitglieder

20./21.02.2015	Nordrheinische Akademie: Moderatorenausbildung Qualitätszirkel – Grundkurs, Düsseldorf
20.2./20.3.2015	Nordrheinische Akademie: Datenschutz-Aufbauseminar (PQR), Düsseldorf
25.02.2015	IQN: Verordnungssicherheit Teil 19: Gendergerechte Medikamentengabe, Düsseldorf
■ 04.03.2015	KV Nordrhein: Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen? (für Fachärzte), Köln
04.03.2015	Nordrheinische Akademie: Datenschutz-Einführungsseminar (PQR), Düsseldorf
06.3./15.4.2015	Nordrheinische Akademie: Arbeitssicherheit Et Hygiene (PQR), Düsseldorf
■ 06.03. 2015	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf
07.03.2015	Gesundheitsakademie Bundesregion Bonn: Symposium Reisemedizin, Impfschutz und internationale Gesundheit, Bonn
11.03.2015	IQN: Verordnungssicherheit Teil 20: Herausforderung chronische Wunde, Düsseldorf
■ 18.03.2015	KV Nordrhein: Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen? (für Fachärzte), Köln
■ 15.04.2015	KV Nordrhein: Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen? (für Hausärzte), Düsseldorf
15.04.2015	IQN: Therapeutisches Vorgehen bei Schulterläsionen, Düsseldorf
17.04.2015	Nordrheinische Akademie: Moderatorenausbildung Qualitätszirkel – Grundkurs, Düsseldorf
■ 22.04.2015	KV Nordrhein: Grundlagenseminar EBM, Düsseldorf
■ 22.04.2015	KV Nordrhein: Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen? (für Hausärzte), Düsseldorf
24./25.04.2015	Nordrheinische Akademie: QEP-Einführungsseminar – QM für Arztpraxen, Düsseldorf

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

20.2./20.3.2015	Nordrheinische Akademie: Datenschutz-Aufbauseminar (PQR), Düsseldorf
25.02.2015	KV Nordrhein: Pharmakotherapie, Düsseldorf
04.03.2015	KV Nordrhein: Abrechnung Hausärzte, Köln
04.03.2015	KV Nordrhein: IGe-Leistungen, Düsseldorf
04.03.2015	Nordrheinische Akademie: Datenschutz-Einführungsseminar (PQR), Düsseldorf
06.03.2015	KV Nordrhein: Fit am Empfang, Köln
06.3./15.4.2015	Nordrheinische Akademie: Arbeitssicherheit Et Hygiene (PQR), Düsseldorf
25.03.2015	Diagnosekodierung in der Praxis. Grundkurs für MFA, Düsseldorf
27.03.2015	KV Nordrhein: Führung 1, Köln
15.04.2015	KV Nordrhein: Abrechnung Hausärzte, Düsseldorf
24.04.2015	KV Nordrhein: Führung kompakt, Köln
29.04.2015	KV Nordrhein: Infomarkt, Köln
29.04.2015	IQN: Neue Impulse für den Praxisalltag, Düsseldorf

Veranstaltungen für Patienten

25.03.2015	KV Nordrhein/Rheinische Post: Ratgeber Gesundheit: „Gesunde Ernährung“, Düsseldorf
22.04.2015	KV Nordrhein/VHS Köln: „Kopfschmerzen und Migräne“, Köln

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

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

Frank Naundorf (verantwortlich)
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“ 3 | 2015

■ Flüchtlinge

Das Kölner Versorgungs-Modell

■ Notdienst

VV der KVNO entscheidet über Reform

■ Telematik

Über 100.000 eArztbriefe in Düren

■ Analyse

Entwicklung der ärztlichen Vergütung

Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell

erscheint am 25. März 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