

6+7 | 2017

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Schwerpunkt

Telematik | Praxen müssen bis Juli 2018 technisch aufrüsten

Hintergrund

Antikorruptionsgesetz | Gehemmte Zusammenarbeit

Service

Praxisvertretung | Gut gerüstet in den Urlaub

Praxisinfos

DMP | Neue Teilnahme- und Einwilligungserklärungen

Beilage

Fortbildungsübersicht August bis Dezember 2017

Online-Rollout startet



© vege | fotolia.com



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Telematik:
Online-Rollout startet

Aktuell

- 6 Immer häufiger:
Angriff aus dem Internet
- 10 Ergebnisse der Nutzen-
bewertung im Praxis-PC

■ Praxisinfos

- 12 DMP-Neuerungen
- 12 Änderungen an
Diabetes-DMP Typ 2
- 13 Europäische KVK:
Umgang erleichtert
- 13 Ambulante OP:
Krankenförderung
- 14 Erläuterungen zu
Formularen überarbeitet
- 15 Akupunktur:
Neuer Doku-Bogen
- 15 Knappschafft: Patienten-
erklärung U10/U11 und J2
- 16 Krankenpflege:
Neues Formular
- 15 Neues Formular für
Präventionsempfehlungen
- 16 Verordnungsfähigkeit für
Brillengläser ausgedehnt

- 16 Asylbewerbersversorgung:
ICD-10-Diagnosen
- 17 PET/CT bei fortgeschritte-
nen Kopf-Hals-Tumoren
- 17 Psychotherapeuten dürfen
Verordnungen ausstellen
- 17 Laborquote für
2. Halbjahr 2017

■ Verordnungsinfos

- 18 Sprechstundenbedarf:
„SSB-Nordrhein“
- 18 Abrechnung von
Gasen im SSB
- 18 Impfstoffersatzung
bei Kühlschranksausfall
- 18 Achtung: Kassen
kündigen Prüfungen an
- 19 Patientinneninfo
Antimykotika
- 19 Nachholimpfungen bei
über 18-Jährigen
- 19 KVNO-Portal:
Medikations-Infos
- 20 Leitfaden zum
Einsatz von DOAKs

Hintergrund

- 22 Antikorruptionsgesetz:
So erkennen Sie
Korruptionsfallen
- 24 „Auch aufs
Bauchgefühl hören“

Berichte

- 26 KBV-VV und Ärztetag:
Klare Kante vor der Wahl
- 32 20 Jahre Qualitäts-
sicherung in Eigenregie
- 35 25 Jahre NFP Düsseldorf

Service

- 36 Ratgeberveranstaltung:
Wenn essen krank macht
- 38 iFOB-Test richtig
abrechnen
- 39 Gut gerüstet
in den Urlaub

In Kürze

- 40 Publikumsmagnet
Praxisbörsentag
- 40 QEP-Manual für Psycho-
therapeuten erschienen
- 41 KVNO und BKK-LV Nord-
west gewinnen dfg Award
- 41 Cave: Nachbar-
setzungsverfahren
- 41 Neue Broschüre:
Soziotherapie

Veranstaltungen

- 43 Veranstaltungen | Termine

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

die Bundesregierung hat ein neues Lieblingsthema: die Digitalisierung des Gesundheitswesens. Im Wochenrhythmus signalisierten Bundeswirtschaftsministerin Brigitte Zypries, Wissenschaftsministerin Johanna Wanka und Gesundheitsminister Hermann Gröhe im Juni Aktivität auf allen Ebenen. Während Zypries jedoch eine „zügigere Digitalisierung“ anmahnte, lieben Wanka und Gröhe wissen, dass sie die Digitalisierung „kraftvoll vorantreiben“ – für die Bundesregierung offenbar kein Widerspruch.

Auch von mir kommt dazu kein Widerspruch – zumindest nicht zum angestrebten Abbau von Hemmnissen bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Die Vertragsärzte und -psychotherapeuten betrachten die Digitalisierung inzwischen vor allem als Chance für eine gute Versorgung. Das ist auch beim 120. Ärzte-

tag in Freiburg sowie in den jüngsten Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und unserer KV deutlich geworden.


Wir können diese Chance aber nur dann vollumfänglich und so zügig wie gefordert nutzen, wenn alle an der Versorgung beteiligten Akteure gleichermaßen davon profitieren – auch die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Wer die ambulante und sektorübergreifende Versorgung stärken und dabei die Möglichkeiten der Digitalisierung voll ausschöpfen will, darf die notwendige digitale Infrastruktur nicht nur an Universitätskliniken finanzieren wollen, wie es Ministerin Zypries angekündigt hat.

Die Niedergelassenen müssen im Rahmen der bisherigen gesetzlichen Vorgaben, zum Beispiel bei der Ver-

pflichtung zum Ausstellen von Medikationsplänen oder der Einrichtung der Telematik-Infrastruktur, erhebliche Summen aufwenden. Sie investieren in einen Markt für hochspezialisierte IT-Produkte, der bislang nur bedingt funktioniert und Abhängigkeiten von einem Industrie-Oligopol schafft, das die ambulante Versorgung akut gefährdet.

Wir brauchen daher erweiterte Möglichkeiten für die Selbstverwaltung, um im Bedarfsfall eigene Angebote für die Praxen bereitstellen zu können. In Hausarztpraxen beziehungsweise auf Verbandsebene soll es ja schon ein funktionierendes System zum Abgleich von Patientendaten geben, das auch den Anforderungen an den Datenschutz genügt.

Herzliche Grüße



Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender



Praxen müssen bis Juli 2018 technisch aufrüsten

Online-Rollout startet

Jetzt geht's los – zumindest theoretisch: Der Startschuss für den Online-Rollout ist gefallen. Da auch die Finanzierungsvereinbarung inzwischen steht, könnten Praxen nun in die nötige Technik investieren. Doch zurzeit fehlt das Herzstück: zertifizierte Konnektoren. Das erste Modell kommt voraussichtlich im Herbst auf den Markt.

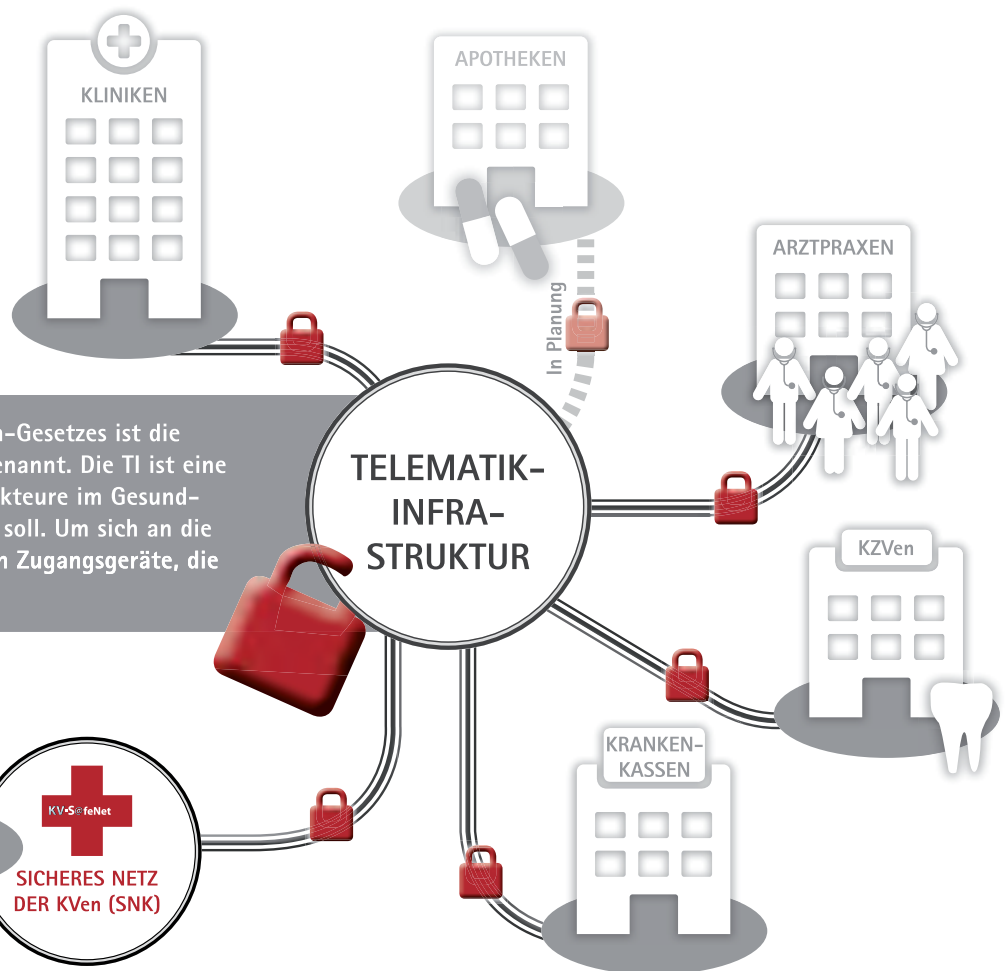
Am 2. Juni hat die gematik grünes Licht für den Start gegeben. In der gematik sitzen der GKV-Spitzenverband und die Bundesorganisationen der ärztlichen Verbände mit dem Auftrag, die Telematik-Infrastruktur (TI) auf den Weg zu bringen. Damit sind sie schon seit 2002 beschäf-

tigt. Doch nachdem der Gesetzgeber mit dem E-Health-Gesetz ordentlich Druck gemacht hat, musste das Projekt Fahrt aufnehmen.

Ein entscheidender Schritt war die Finanzierungsvereinbarung, die bis Ende Juni 2017

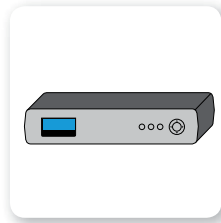
Die Telematik-Infrastruktur

Telematikinfrastruktur:
Datenautobahn für das
Gesundheitswesen



Zentraler Bestandteil des E-Health-Gesetzes ist die Telematik-Infrastruktur, kurz TI genannt. Die TI ist eine digitale Datenautobahn, die alle Akteure im Gesundheitswesen miteinander vernetzen soll. Um sich an die TI anzuschließen, benötigen Praxen Zugangsgeräte, die Konnektoren genannt werden.

Erstattungsbeträge im Überblick



■ **Konnektor:**
2.620 bis
720 Euro,
je nach
Anschaffungs-
zeitpunkt



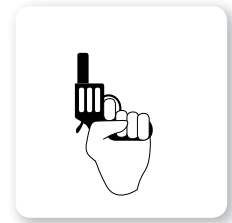
■ **stationäres
Kartenterminal:**
435 Euro



■ **mobiles
Kartenterminal:**
350 Euro



■ **Beträge für
den laufenden
Betrieb**



■ **Startpauschale
von einmalig
900 Euro**

vorliegen musste. Das haben der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mithilfe des Schiedsamts pünktlich geschafft – anderenfalls hätten sie mit Strafzahlungen rechnen müssen. „Unser wichtigstes Ziel war es, dass die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen nicht auf Kosten sitzenbleiben, die ihnen durch die gesetzlich vorgeschriebene Anbindung an die sektorenübergreifende Telematik-Infrastruktur entstehen“, sagt Dr. med. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV.

Dieses Ziel hat die KBV tatsächlich weitgehend erreicht. Für Beschaffung und Einrichtung der stationären Geräte ist eine Finanzierung von bis zu 4.825 Euro vorgesehen, für den laufenden Betrieb eine Pauschale von ca. 300 Euro pro Quartal. Die genaue Höhe ist vom Zeitpunkt der Inbetriebnahme und der Anzahl der Vertragsärzte pro Praxis abhängig. Diese Beträge dürften die Kosten für neue Geräte, Installation und Betrieb decken. Nur bei den stationären Kartenlesegeräten müssen die Praxen wohl zuzahlen.

Knackpunkt Konnektor

Der Konnektor ist das Herzstück des Online-Rollout, denn er verbindet die Praxen mit der

TI. Die Finanzierungsvereinbarung sieht vor, dass Praxen mit bis zu drei Ärzten für einen Konnektor ab 1. Juli 2.620 Euro erhalten (für Praxen mit mehr als drei Mitgliedern etwas mehr). Dieser Betrag gilt für das dritte Quartal 2017. In den drei Folgequartalen sinkt der Betrag jedes Quartal um jeweils zehn Prozent. Wer den Konnektor im zweiten Quartal 2018 oder später erwirbt und anschließt, erhält noch 1909,98 Euro. Warum das so ist? Die KBV und die Krankenkassen gehen davon aus, dass die Preise für die Konnektoren sinken werden.

Bei allen Überlegungen gibt es aber einen großen Haken: Im dritten Quartal 2017 gibt es voraussichtlich gar keinen zertifizierten Konnektor.

Bis Ende Juni liefen in der Region Nordwest, zu der auch Nordrhein zählt, die Tests mit dem Gerät der Compugroup Medical (CGM). Bevor die Geräte aber im Echtbetrieb von den Praxen eingesetzt werden dürfen, müssen diese vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zertifiziert und anschließend von der gematik zugelassen werden. Die gematik geht davon aus, dass ab Herbst 2017 „erste zugelassene Produkte“ auf dem Markt verfügbar sein werden.

*Ausführliche Infos zur
Finanzierungsvereinbarung unter kbv.de
KV | 170703*

Fest steht auch noch nicht, wie viel sie genau kosten. „Der Preis für einen VSDM-Konnektor mit dem späteren QES-Upgrade (für die qualifizierte elektronische Signatur mit dem Heilberufsausweis, Anm. d. Red.) wird voraussichtlich bei 2.200 Euro netto liegen“, sagt Andreas Koll, Leiter der Business Unit TI der CGM. „Eine finale und verbindliche Aussage zu den Kosten können wir jedoch erst tätigen, wenn die Verträge zur Finanzierung unterschrieben wurden.“

Mit weiteren Anbietern auf dem Markt könnten die Preise fallen, doch dies ist im Laufe des Jahres 2017 unwahrscheinlich. T-Systems hat es nicht rechtzeitig geschafft, einen funktionsfähigen Konnektor zu entwickeln. Die Tests in der Region Südost (Sachsen und Bayern), die mit diesen Geräten durchgeführt werden soll-

ten, hat die gematik abgesagt. Derzeit ist noch ein Anbieter aus Österreich im Gespräch. Verbindlich kann niemand sagen, wann alternative Konnektoren zur Verfügung stehen; Praxen müssen den Markt also im Blick behalten.

Die KV Nordrhein wird weiter breit in ihren Medien über das Thema informieren. „Wir hoffen, dass im Laufe des dritten Quartals mehr Informationen vorliegen, sodass Praxen ihren Einstieg in die TI besser planen können“, sagt Gilbert Mohr, IT-Experte der KV Nordrhein. Fest steht: Bis Ende Juni 2018 sollen alle Praxen mit der neuen Technik ausgestattet sein – so schreibt es das E-Health-Gesetz vor. Wer danach keine Versichertenstammdaten online prüft und aktualisiert, muss mit Sanktionen rechnen: Ein Prozent des Honorars soll dann gekürzt werden.

„Nicht unter Druck setzen lassen“

Die KBV und die KV Nordrhein empfehlen Ärzten und Psychotherapeuten, genau abzuwägen, wann der richtige Zeitpunkt für den Anschluss der Praxis an die Telematik-Infrastruktur ist: „Nach den aktuellen gesetzlichen Vorgaben haben Sie bis zum 30. Juni 2018 Zeit. Die gematik geht davon aus, dass in den kommenden Monaten weitere Hersteller Geräte auf den Markt bringen werden. Damit hätten Sie eine größere Auswahl. Zudem ist zu erwarten, dass die Preise für die Konnektoren fallen werden. Das ist im Übrigen auch ein Grund, warum die Finanzierungspauschalen, die die Krankenkassen für die Konnektoren bereitstellen, pro Quartal um zehn Prozent sinken.“

Unser Rat: Lassen Sie sich nicht unter Druck setzen. Unterschreiben Sie möglichst keinen Vertrag, wenn die Firma Ihnen nicht zusichern kann, dass der Konnektor noch im selben Quartal in Ihrer Praxis installiert wird. Anderenfalls sollten Sie darauf drängen, dass Sie das Gerät zu dem Preis erhalten, der durch die Höhe der Finanzierungspauschale zum Zeitpunkt der Installation

abgedeckt ist. Verbindliche Bestellungen mit langen Lieferzeiten können ansonsten problematisch sein.

Der Grund ist, dass sich die Höhe der Finanzierungspauschale nicht nach dem Zeitpunkt der Bestellung richtet, sondern nach der Inbetriebnahme. Genauer gesagt: Sämtliche Pauschalen und Zuschläge, die die Krankenkassen Ihnen für den Anschluss und den Betrieb der TI zahlen, erhalten Sie erst ab dem ersten VSDM – also wenn Sie die erste elektronische Gesundheitskarte mit Ihrem neuen Kartenterminal eingelesen haben und dabei die Versichertendaten des Patienten auf der Chipkarte automatisch online geprüft wurden. Diese Regelung gilt auch für den Zuschuss zum elektronischen Heilberufsausweis.

Bei der Bestellung des Konnektors sollten Sie außerdem darauf achten, dass das Gerät bereits für die qualifizierte elektronische Signatur geeignet ist. Eventuell anfallende Kosten für ein späteres Update sind in der Finanzierungspauschale für den Konnektor, die Sie bekommen, enthalten.“

NÄCHSTE MEILENSTEINE DES E-HEALTH-GESETZES

Die Grafik zeigt die wichtigsten Punkte für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten im Zeitverlauf.



Kartenterminals

Einfacher ist die Regelung bei den Kartenterminals: Für ein stationäres Kartenterminal gibt es 435 Euro. Für mobile Terminals erhalten Praxen 350 Euro. Anspruch haben Ärzte, die mindestens drei Haus- beziehungsweise Heimbefuche im Quartal durchführen oder an einem Kooperationsvertrag zur ambulanten Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen teilnehmen. Der Betrag wird je Vertragsarzt mit mindestens halber Zulassung gezahlt. Ausgelagerte Praxisstätten erhalten unabhängig davon ein mobiles Kartenterminal, damit sie sich keinen Konnektor anschaffen müssen.

Startpauschale

Praxen erhalten zudem eine einmalige Startpauschale von 900 Euro. Damit wird zum Beispiel der Praxisausfall während der Installation des Konnektors und für die Anpassung des Praxisverwaltungssystems erstattet. Die Installation des Konnektors durch Fachleute dau-

erte im Test in Nordrhein zwischen zwei und in Einzelfällen bis zu zwölf Stunden.

Laufende Betriebskosten

Eine Betriebskostenpauschale für die Wartung der Technik und deren Updates gibt es auch. Nach der Installation bis zum zweiten Quartal 2018 sind das 298 Euro je Quartal, danach 248 Euro je Quartal.

Auch die Betriebskosten für den „Praxisausweis“, eine Karte, die in das stationäre Kartenterminal eingesteckt wird, werden finanziert – und zwar mit 23,25 Euro je Quartal und Karte. Für den Arztausweis in Form der HBA Smartcard erhalten Praxen 11,63 Euro je Quartal und Karte.

■ FRANK NAUNDORF

Über das Verfahren, wie Praxen sich die Kosten für Konnektoren, Kartenterminals und Co. ersetzen lassen können, berichten wir in der nächsten Ausgabe von KVNO aktuell und in unseren elektronischen Medien.

kvno.de | [KV | 170705](https://www.kvno.de/kvno/170705)

Angriff aus dem Internet

Gezielte Angriffe auf wichtige Computernetzwerke von außen, sogenannte Cyberattacken, nehmen zu. Auch Arztpraxen und Krankenhäuser sind im Visier. Praxen sollten sich schützen – mit regelmäßigen Datensicherungen, aktueller Schutzsoftware und Sensibilisierung des Praxispersonals.



© Jemastock | Fotolia

Um Cyberattacken aus dem Internet zu vermeiden, ist eine Antivirensoftware ein absolutes Muss. Sie sollte immer auf dem neuesten Stand sein.

Stellen Sie sich vor, Sie arbeiten wie an jedem Tag in Ihrer Praxis. Sie wollen etwas in den Computer eingeben. Doch plötzlich reagiert der PC nicht mehr richtig, und es erscheint ein Hinweis auf Ihrem Bildschirm, dass Ihre Daten nun verschlüsselt sind und Ihnen nur dann wieder zur Verfügung stehen, wenn Sie Geld bezahlen, meist in der Digitalwährung Bitcoins. Nach dem ersten Schock stellt sich schnell die Frage: Was soll ich jetzt tun?

Eine Gemeinschaftspraxis in Dormagen wurde im April Opfer eines solchen Angriffs. Die

Ärzte haben richtig gehandelt und sofort das Netzkabel gezogen. Bis dahin waren aber bereits sechs von zehn Praxisrechnern mit der Schadsoftware infiziert – und die Praxis sollte zahlen, um wieder an ihre Daten zu kommen. „Wir haben uns sofort mit der Polizei in Verbindung gesetzt und Anzeige gegen unbekannt gestellt. Das Geld haben wir nicht bezahlt. Davon wurde uns von mehreren Seiten abgeraten“, erzählt einer der Mediziner.

Erpressung? Nicht zahlen!

Tatsächlich: Von einer Zahlung rät das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik dringend ab, denn es gibt keine Garantie, dass Ihre Systeme danach wieder freigeschaltet werden. Außerdem besteht die Gefahr, dass nach der ersten Zahlung weiter Geld verlangt wird. Lösegeldzahlungen finanzieren außerdem die Weiterentwicklung der Schadsoftware. Besser Sie setzen sich in einem solchen Fall unverzüglich mit Ihrem Systembetreuer in Verbindung. Sollten Sie keine Datensicherung haben oder diese ebenfalls vom Virus betroffen sein, informieren Sie außerdem die Kassenärztliche Vereinigung.

Sind Sie trotz aller Vorsichts- und Vorsorgemaßnahmen von einem Erpressungstrojaner betroffen, steht Ihre Praxis wahrscheinlich für mehrere Tage still. In der Regel müssen die infizierten Festplatten ausgetauscht werden, bestehende Datensicherungen wieder eingespielt werden, die Systeme neu konfiguriert sowie die Datenwiederherstellung ge-

prüft werden. Neben dem Praxisausfall bedeutet dies zusätzliche Kosten für neue Hardware und die notwendig durchzuführenden Arbeiten durch den Techniker.

„Uns hat der ganze Vorfall nicht nur viel Zeit, sondern auch viel Geld gekostet. Rund 10.000 Euro mussten wir für die sechs infizierten Rechner, neue Sicherheitskomponenten, das Netzwerk inklusive Druckern, Software und IT-Unterstützung zahlen. Darüber hinaus war unsere Praxis zwei Tage komplett geschlossen“, berichtet einer der Dormagener Ärzte.

Wie gelangt Schadsoftware in Ihren PC?

Die häufigsten Angriffe, über die Systeme mit Ransomware infiziert werden, sind Anhänge von E-Mails, oft angebliche Rechnungen oder Fax-Nachrichten. Das Tückische dabei ist: Die Absendernamen stammen in der Regel von bekannten Unternehmen und Personen, was den Nutzer letztendlich dazu verleiten soll, die Anhänge zu öffnen.

Aber auch Links in E-Mails, die zu angeblich weiterführenden Informationen im Internet führen, können infiziert sein. Klickt der Nutzer auf einen solchen Link, führt dieser auf eine manipulierte Website, die dann ebenfalls zu

einer Infektion des Computers führt. Im Falle der Gemeinschaftspraxis begannen die Probleme mit einer E-Mail: „Wir haben weder einen unbekanntem Link angeklickt, noch einen Anhang geöffnet. Lediglich das Abrufen der E-Mails vom Server auf unseren PC hat gereicht, um die Schadsoftware zu installieren.“

Wie kann eine Praxis sich schützen?

Wenn Sie mit einzelnen Rechnern oder gar dem gesamten Praxisnetz Zugang zum Internet haben, gibt es keine hundertprozentige Sicherheit. Trotzdem können Sie vorsorgen, um sich abzusichern. Dazu gehören regelmäßige Updates Ihres Betriebssystems und des Internetbrowsers. Stellen Sie Ihre Systeme so ein, dass diese Updates automatisch installiert werden.

Eine Antivirensoftware ist ein absolutes Muss, auch diese sollte immer auf den neuesten Stand sein. Lassen Sie sich die Antivirensoftware aber immer von Ihrem Systembetreuer installieren. Wenn Sie das Internet nutzen, sollten Sie zudem zwingend eine Firewall einsetzen. Sie wehrt Angreifer aus dem Internet ab. Wichtig dabei ist jedoch, dass diese richtig konfiguriert und stets auf dem neuesten Stand ist. Lassen Sie sich die Firewall daher von einem Profi installieren und einstellen.

IT-Beratung und Seminare

Die IT-Beratung der KV Nordrhein bietet individuelle Beratung zum Thema Datenschutz und Datensicherheit in der Praxis an. Besuchen Sie außerdem unsere kostenlosen Seminare. Der nächste Termin ist am 30. August 2017 von 15 bis 18 Uhr in Köln. Anmeldung unter kvno.de | [KV | 170707](https://www.kvno.de/kvno/170707)

Telefon 0211 5970 8500 | E-Mail it-beratung@kvno.de



Claudia Pintaric



Franz-Josef Eschweiler



Nicole Elias



Sandra Onckels

Regelmäßige Datensicherungen

Regelmäßige und gut durchdachte Datensicherungen stehen an oberster Stelle. Sie kosten Zeit und Geld, aber damit schützen Sie einen wesentlichen Teil Ihrer Arbeit – und nicht zuletzt auch Ihre Einnahmen. Neben den internen Sicherungen sollten Sie Ihre Daten unbedingt auch auf einem externen Datenträger sichern. Denn wenn beispielsweise Ihr gesamtes Netzwerk mit einer Schadsoftware infiziert ist, können auch die Daten der Sicherung verschlüsselt sein. Es empfehlen sich daher tägliche Sicherungen auf einer externen Festplatte. Benutzen Sie täglich wechselnde Datenträger und bewahren Sie diese an einem sicheren Ort außerhalb der Praxis auf.

Erstellen Sie am besten gemeinsam mit Ihrem Systembetreuer ein gut durchdachtes und auf Ihre Praxis zugeschnittenes Datensiche-

rungskonzept. „Durch unsere sehr gute Datensicherung konnten wir den Datenverlust auf ein Minimum reduzieren. Bei den Patientendaten ist nichts verloren gegangen, aber ein paar Dokumente wie Arztbriefe fehlten“, berichtet einer der Dormagener Ärzte.

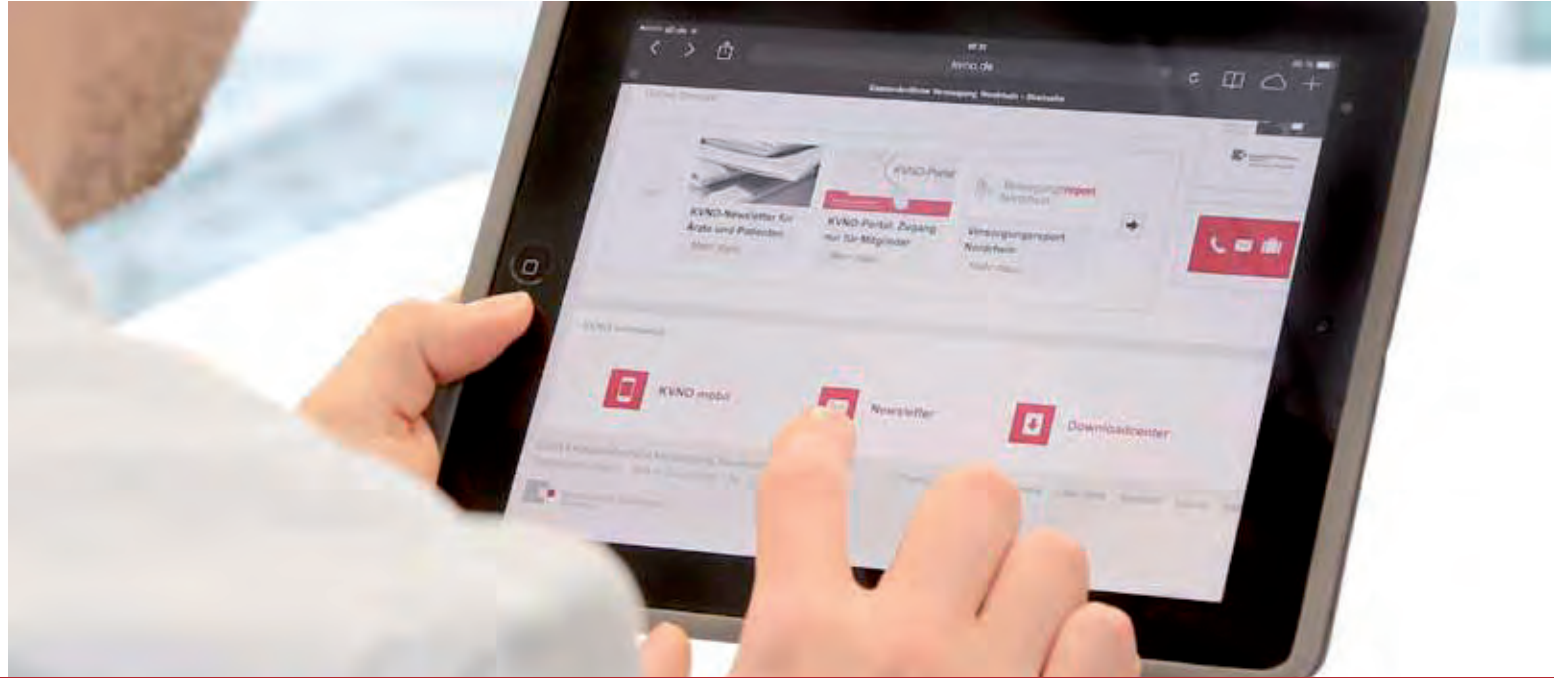
Generell gilt: Setzen Sie Ihren gesunden Menschenverstand ein und sensibilisieren Sie das Praxispersonal. Wenn Internet und E-Mail in Ihrer Praxis nicht verzichtbar sind, dann schränken Sie die Nutzung soweit wie möglich ein. Löschen Sie E-Mails zweifelhafter Absender sofort, klicken Sie nicht auf Datei-Anhänge und Links, die in das Internet führen, und rufen Sie im Internet nur Ihnen bekannte Seiten auf.

■ CLAUDIA PINATARIC | MARSCHA EDMONDS

Weitere Infos und hilfreiche Links finden Sie unter kvno.de | [KV | 170708](https://www.kvno.de/kvno/170708)

Die wichtigsten Vorsorgemaßnahmen im Überblick

- Halten Sie Betriebssystem und Browser durch regelmäßige, automatisierte Updates stets auf dem neuesten Stand.
- Setzen Sie auf allen Computern Virenschutz-Programme ein. Lassen Sie diese durch Ihren Systembetreuer installieren, da sichergestellt werden muss, dass die Programme einwandfrei mit Ihrem eingesetzten Praxisverwaltungssystem funktionieren.
- Wenn Sie Internet nutzen, sollten Sie zwingend eine Firewall einsetzen. Sie können das Risiko weiter reduzieren, indem Sie sich die Firewall von Spezialisten konfigurieren lassen. Es gibt zum Beispiel Möglichkeiten, die Firewall so einzustellen, dass der Zugriff nur auf bestimmte Seiten erlaubt ist.
- Rufen Sie nur Ihnen bekannte Seiten im Internet auf.
- Wenn die E-Mail-Nutzung in Ihrer Praxis nicht vermeidbar ist, gehen Sie besonders vorsichtig damit um. Öffnen Sie keine E-Mails unbekannter Absender. Besondere Vorsicht ist bei Dateiendungen wie zum Beispiel .exe und .zip geboten, aber auch Office-Dokumente können Makros mit Schadsoftware enthalten. Um auf Nummer sicher zu gehen, öffnen Sie am besten keine Dateianhänge. Klicken Sie außerdem nicht auf Links, die mit E-Mails versendet werden.
- Fertigen Sie regelmäßige Datensicherungen an, beispielsweise täglich, wöchentlich und monatlich. Nutzen Sie hierfür externe Datenträger, die Sie an einem sicheren Ort außerhalb Ihrer Praxis aufbewahren. Erstellen Sie am besten gemeinsam mit Ihrem Systemanbieter ein auf Ihre Praxis zugeschnittenes Datensicherungskonzept.
- Überprüfen Sie regelmäßig, ob die Datensicherungen erfolgreich durchgelaufen sind. Spielen Sie mindestens einmal im Quartal testweise eine Sicherung zurück. Ihr Systemanbieter ist Ihnen dabei behilflich.
- Sensibilisieren Sie Ihr Praxispersonal im Umgang mit Internet und E-Mail. Dieses muss im sicheren und vertrauenswürdigen Umgang mit den IT-Systemen geschult und für Online-Gefahren sensibilisiert werden. Erstellen Sie gegebenenfalls auch Richtlinien sowie Vereinbarungen.



Neues auf den Punkt gebracht

Besser informiert mit den Newslettern der KV Nordrhein

■ KVNO-Ticker

Der Nachrichtendienst der KV Nordrhein inklusive aktueller Honorar-Informationen

■ Amtliche Bekanntmachungen

Ob Ausschreibungen, Honorarverteilungsmaßstab oder Verträge: Die Amtlichen Bekanntmachungen der KV Nordrhein gibt es jetzt auch als Newsletter.

■ Internet

Der Newsletter informiert regelmäßig über aktuelle Neuigkeiten im Internetangebot der KV Nordrhein.

■ IT-Beratung

Online-Abrechnung, Praxisverwaltungssysteme oder Datenschutz – aktuelle Infos rund um IT in der Arztpraxis

■ MFA aktuell

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

■ 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.



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein



www.kvno.de

Ergebnisse der Nutzenbewertung im Praxis-PC

Das Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (AMVSG) ist am 12. Mai in Kraft getreten. Es identifiziert besondere Arzneimittelgruppen und regelt deren Marktzugang.

Arzneimittel, die nur für Kinder und Jugendliche zugelassen sind, durchlaufen künftig nicht die frühe Nutzenbewertung. Für Zytostatika dürfen keine Ausschreibungen der Krankenkassen mit Apotheken durchgeführt werden, jedoch können Rabatte zwischen Kassen und pharmazeutischen Herstellern verhandelt werden. Diese Rabatte müssten auch bei Rezepturen berücksichtigt werden.

Für die Versorgung mit Impfstoffen dürfen ebenfalls keine Ausschreibungen mehr durchgeführt werden. Im Gegensatz zu den Zytostatika sind bestehende Verträge jedoch nicht zu beenden.

Rezepturen werden teurer

Mit den Anpassungen durch das AMVSG wurden auch die Aufschläge für Rezepturen in Apotheken erhöht. Dies wird zwar zu einer Belastung des Arzneimittelausgabenvolumens führen. Durch die Prüfung nach Durchschnittswerten in Nordrhein führt ein allgemeiner Ausgabenanstieg jedoch nicht zu vermehrten statistischen Anträgen. Dennoch sollten Ärzte prüfen, ob Rezepturen beispielsweise in der Dermatologie durch ähnliche, preiswerte Fertigarzneimittel ersetzt werden können.

Das AMVSG schreibt vor, dass die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung

künftig in einer „maschinenlesbaren Form“ übermittelt werden. Damit soll die Grundlage geschaffen werden, die Ergebnisse in der Praxissoftware darzustellen. Näheres muss jedoch noch in einer Verfahrensverordnung geregelt werden.

Diese Vorgaben sieht die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) zum Teil sehr kritisch. Positiv sei die Darstellung der Ergebnisse in der Praxissoftware, was die Transparenz der frühen Nutzenbewertung erhöhe. Auf der anderen Seite befürchtet die KBV, dass die Darstellung in der Praxissoftware als Grundlage für Wirtschaftlichkeitsprüfungen dienen könne. ■ DR. HOLGER NEYE

Mischpreis-Urteil: Klarstellung nötig

Die Diskussion um die „Mischpreise“, die das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg als „rechtswidrig“ beurteilt hat, zeigt, dass eine eindeutige, gesetzliche Regelung zur Umsetzung der Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung nötig ist. Das LSG urteilte zur Preisbildung bei Arzneimitteln, bei denen der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nur für bestimmte Patientengruppen einen Zusatznutzen

festgestellt hat, für andere nicht. Demnach kann ein Erstattungsbeitrag, der sowohl die Patientengruppen mit als auch jene ohne Zusatznutzen einpreist (Mischpreis) nicht als wirtschaftlich erachtet werden, wenn das Arzneimittel für die Patientengruppe ohne Zusatznutzen teurer ist als die zweckmäßige Vergleichstherapie, so das LSG. Verschreiben Ärzte diese Medikamente, droht ein Regress. Die Folge

ist ein faktischer Verordnungsausschluss für bestimmte Patientengruppen. „Wir müssen unbedingt verhindern, dass Patienten keine Medikamente mehr erhalten, die sie benötigen und die auch medizinisch sinnvoll sind – und das nur aus dem Grund, weil es für sie keinen festgestellten Zusatznutzen gibt“, sagt Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV. ■ NAU



Foto: PhotoSG/fotolia.com

Vermittlung von Patienten Termine gesucht!

Die Termin-Servicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vermittelt Facharzttermine sowie psychotherapeutische Erstgespräche und Akutbehandlungen an Patientinnen und Patienten.

Damit die Servicestelle Termine vereinbaren kann, benötigen wir weitere Terminmeldungen. Nur dann können wir vermeiden, eine ambulante Behandlung im Krankenhaus organisieren zu müssen – eine Behandlung, die vom Honorar der nordrheinischen Fachärzte und Psychotherapeuten bezahlt werden müsste.

So erreichen Sie uns

Telefon 0211 5970 8988 Mo. – Do. 8 – 17 Uhr / Fr. 8 – 13 Uhr

Telefax 0211 5970 9907

Mail terminannahme@kvno.de



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Infos zur Termin-Servicestelle und ein
Formular zum Melden freier Termine
unter www.kvno.de/tss2

DMP-Neuerungen ab 1. Juli 2017

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Exemplar für die Datenstelle	
Name, Vorname des Versicherten geb. am			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum
070B-H			Krankenhaus-IK
Erklärung zur Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm für <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 oder <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 <input type="checkbox"/> Koronare Herzkrankheit <input type="checkbox"/> Asthma oder <input type="checkbox"/> COPD			
Tel.-Nr. privat (Angabe freiwillig) Tel.-Nr. dienstlich (Angabe freiwillig) Fax-Nr. (Angabe freiwillig)			
E-Mail-Adresse (Angabe freiwillig)			
1. Teilnahmeerklärung: Hiermit erkläre ich, dass • ich den angegebenen Arzt als koordinierenden Arzt wähle			

Ab 1. Juli 2017 gibt es neue Teilnahme- und Einwilligungserklärungen für die DMP (außer Brustkrebs). Auf dem neuen Formular müssen Praxen das jeweilige DMP ankreuzen.

Für alle Disease-Management-Programme (DMP) – außer Brustkrebs – wird in Nordrhein zum 1. Juli 2017 eine indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung eingeführt. Koordinierende Praxen können damit multimorbide Patienten mit nur einem Beleg gleichzeitig in mehrere DMP einschreiben. Eine Erklärung für jedes einzelne DMP ist dann nicht mehr erforderlich.

Ab 1. Juli 2017 sind für die DMP Diabetes Typ 1 und Typ 2 nur noch die neuen Formulare der indikationsübergreifenden Einschreibung (Nr. 70b) zu verwenden.

Für die DMP Asthma bronchiale, COPD und KHK können die bisherigen Formulare weiterhin bis zum 31. Dezember 2017 verwendet werden. Sobald die Restbestände aufgebraucht sind, können Ärzte für diese DMP ebenfalls die indikationsübergreifende Erklärung – sowie die indikationsspezifische für das DMP Brustkrebs – beim Formularversand anfordern.

Einreichungsfrist: Dokumentationen sind – wie die Teilnahmeerklärung des Patienten – innerhalb von zehn Tagen nach Befunderhebung an die Datenstelle zu übermitteln. Erkennt die Datenstelle dabei einen Fehler, muss die Praxis künftig auch die Korrekturen von Erstdokumentationen spätestens bis zum 52. Tag nach Quartalsende erfolgreich abge-

schlossen haben, danach ist eine Korrektur nicht mehr möglich.

DMP-ICD-10-Kodierübersicht: Patienten können nur dann rechtsgültig in ein DMP eingeschrieben und innerhalb des Vertrages abgerechnet werden, wenn mindestens eine der angegebenen gesicherten Diagnosen Hinweis auf die zugrunde liegende DMP-Erkrankung gibt. Für Praxen stellt die KV Nordrhein ab dem 1. Juli 2017 in ihrem Internet-Angebot eine Kodierübersicht zur Verfügung. Sie enthält die einschreibungsrelevanten ICD-10-Diagnosen.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 170712](https://www.kvno.de/kvno/170712)

Änderungen an Diabetes-DMP Typ 2

Der Vertrag zum Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes Typ 2 ändert sich zum 1. Juli 2017, aufgrund der Aufnahme in die DMP-Anforderungen-Richtlinie.

Neben der neuen Teilnahmeerklärung gibt es unter anderem weitere Änderungen:

Neue Qualitätsziele: Die bereits bestehenden Qualitätsziele für Diabetes Typ 2 wurden erweitert. Neue Ziele sind zum Beispiel:

- möglichst wenige Patienten mit einem Hba1c-Grenzwert von mehr als 8,5 Prozent
- hoher Anteil an Patienten, bei denen mindestens einmal jährlich der Fußstatus komplett untersucht wurde, um Amputationen zu vermeiden
- hoher Anteil an regelmäßigen augenärztlichen Untersuchungen

Dokumentation aktualisiert: Die Dokumentationen für Diabetes wurden hinsichtlich der Schulungen sowie des Status und der vorgeschlagenen Intervalle der Fußuntersuchungen angepasst. Die Einteilung einer Läsion beziehungsweise Durchblutungsstörung des Fußes nach Wagner/Armstrong ist nicht mehr erforderlich.

Intervall für Augenuntersuchung: Augenärztliche Untersuchungen zum Ausschluss einer Retinopathie können neben dem bisherigen jährlichen Intervall unter bestimmten Voraussetzungen nun auch alle zwei Jahre erfolgen.

Maßnahmen bei Multimedikation: Bei der Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln hat mindestens einmal jährlich eine Erfassung der tatsächlich eingenommenen Arzneimittel (inklusive Selbstmedikation) zu erfolgen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig vornehmen zu können.

Krankenhauseinweisung: Die Kriterien von Über- oder Einweisungen aufgrund einer diabetischen Fußkomplikation wurden genauer definiert.

Weitergabe von Laborbefunden: Neben der Nennung des jeweiligen DMP-Programms sind im Fall einer Überweisung künftig – sofern sinnvoll – auch die letzten Laborbefunde beizufügen. Doppeluntersuchungen sollen so vermieden werden.

Neue Teilnahmevoraussetzung für Hausärzte: Für Hausärzte wurden die Teilnahmevoraussetzungen angepasst. Ein neu am Vertrag teilnehmender Hausarzt muss künftig an einer diabetesspezifischen Infoveranstaltung für Ärzte der KV Nordrhein teilnehmen oder sich anhand des DMP-Praxismanuals informiert haben. Die Teilnahme an den ZI-Schulungen wurde als Grundvoraussetzung gestrichen.

Alle Änderungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss in einem Servicedokument zusammengestellt. Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 170713](https://www.kvno.de/kvno/170713)

Europäische Krankenversicherungskarte: Umgang erleichtert

Am 1. Juli 2017 treten Änderungen an der Vereinbarung zur Anwendung der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) in Kraft. Darauf haben sich Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband geeinigt.

So entfällt künftig das Muster 80 zur Dokumentation des Behandlungsanspruchs. Ab 1. Juli reicht eine Kopie der EHIC beziehungsweise der provisorischen Ersatzbescheinigung eines im europäischen Ausland Versicherten aus, um den Behandlungsanspruch zu dokumentieren. Praxen müssen Personalausweis oder Reisepass des Versicherten nicht mehr kopieren.

Darüber hinaus wird das bisherige Muster 81 („Erklärung der im EU- bzw. EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten, die eine Europäische Krankenversicherungskarte oder eine Ersatzbescheinigung vorlegen“) durch das neue Patientenformular „Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung“ ersetzt. Dieses wird künftig direkt in den Praxisverwaltungssystemen in 13 Sprachen hinterlegt und kann bei Bedarf in der jeweiligen Sprache ausgedruckt werden.

Die Dokumentation des Behandlungsanspruchs und die Patientenerklärung, die bisher quartalsweise erfolgt, müssen nun mindestens einmal innerhalb von drei Monaten erfolgen. Eine doppelte Dokumentation am Quartalsübergang entfällt damit.

Ambulante OP: Verordnung von Krankenförderung

Im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ist festgelegt, dass die Wirtschaftlichkeit der Versorgung mit ärztlich verordneten Leistungen geprüft werden kann, also auch die Verordnungen von Krankentransporten. Kassenseitig wurde der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mitgeteilt, bei ambulanten Behandlungen, die nicht vom Regelungskreis des § 115b Sozialgesetzbuch V umfasst sind, Regressanträge bei der Fehlverordnung von Krankenfahrten stellen zu wollen.

Hintergrund möglicher unterschiedlicher Interpretationen ist die fehlende eindeutige Definition des Begriffs „stationsersetzend“. Hie-

runter wird allgemein ein ambulanter Eingriff verstanden, durch den ein aus medizinischer Sicht gebotener stationärer Aufenthalt vermieden werden kann. Laut Bundessozialgericht fallen unter „stationsersetzend“ auch Fälle, bei denen sich Patienten selbst gegen eine Krankenhausbehandlung entscheiden und sich stattdessen ambulant behandeln lassen.

Wir empfehlen daher bei Unklarheiten, auch bei ambulanten Operationen, eine Vorab-Genehmigung bei der Krankenkasse einzuholen, da eine klare Abgrenzung von „stationsersetzenden“ und „nicht-stationsersetzenden“ Eingriffen, zum Beispiel über den AOP-Katalog, nicht immer möglich ist.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 170714](#)

Erläuterungen zu verschiedenen Formularen überarbeitet

Die Erläuterungen für das Rezeptformular (Muster 16) wurden überarbeitet und sind nun sowohl textlich als auch grafisch anwenderfreundlicher gestaltet. Erstmals enthalten ist nun auch eine Abbildung des Musters 16. Dadurch können Erläuterungen besser zugeordnet werden. Neue Ausfüllvorschriften ergeben sich aus der Überarbeitung aber nicht.

Aktualisiert wurden auch – im Zuge der Überarbeitung des Musters 12 (Verordnung von häuslicher Krankenpflege) und der Neueinführung des Musters 36 (Präventionsempfehlung) – die zugehörigen Erläuterungen. Auch sie sind nun anwenderfreundlicher gestaltet. An den

Alle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomie-Vertrag – 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 kvno.de | [KV | 170514](#)

Vordruckerläuterungen zu den Mustern 14 (Heilmittelverordnung Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie), 18 (Heilmittelverordnung Ergotherapie) und 86 (Weiterleitungsbogen für MDK) mussten zudem einige redaktionelle Änderungen vorgenommen werden.

Gültigkeit von Vordrucken neu geregelt

Zum 1. Juli 2017 sind nur noch bestimmte Vordruckversionen gültig. Darauf haben sich die Partner des Bundesmantelvertrags verständigt. Grund: In älteren Versionen können nicht immer alle relevanten Informationen eingetragen werden.

Betroffen sind folgende Formulare:

- Muster 8 (ab Version 7.2004)
- Muster 15 (ab Version 4.2002)
- Muster 16 (ab Version 4.2004)
- Muster 20 (ab Version 4.2004)
- Muster 25 (ab Version 7.2003)
- Muster 40 (ab Version 4.2006)

Ältere Versionen dieser Vordrucke verlieren zum 1. Juli 2017 ihre Gültigkeit.

Palliativversorgung: Neue Leistungen

Ab 1. Juli 2017 werden aufgrund des im vergangenen Jahr in Kraft getretenen Palliativ- und Hospizgesetzes weitere Leistungen der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Diese Leistungen sind hinsichtlich des Inhalts und der Vergütungshöhen noch in der Abstimmung. Es ist möglich, dass diese erst kurz vor Inkrafttreten bekannt werden.

Durch die Einführung der neuen EBM-Palliativleistungen könnten Überschneidungen mit den Palliativleistungen nordrheinischer Verträge mit den Primär- und Ersatzkrankenkassen entstehen. Vor diesem Hintergrund wer-

den die KV Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassenverbände nach Bekanntwerden der neuen EBM-Leistungen über notwendige Konsequenzen beraten, um die bisher erreichte Versorgungsqualität langfristig zu sichern.

Ziel ist, die Betreuung Ihrer Patienten weiterhin unbürokratisch zu gestalten. Die KV Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassen streben an, bis spätestens 1. Januar 2018, wenn nötig, erforderliche Vertragsmodifikationen zu vereinbaren. Bis zu diesem Zeitpunkt gelten die Ihnen bekannten vertraglichen Bestimmungen der Allgemeinen Ambulanten Palliativverträge unverändert fort.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 170715](http://kvno.de)

Akupunktur: Neuer Dokumentationsbogen

Der Dokumentationsbogen Akupunktur wurde überarbeitet. Er ist nun inhaltlich präziser und selbsterklärend. Bitte verwenden Sie ab 1. Juli 2017 ausschließlich diesen neuen Bogen zur Dokumentation.

Den Dokumentationsbogen finden Sie zum Herunterladen unter kvno.de | [KV | 170715](http://kvno.de)

Knappschafft: Patienten- erklärung für U10/U11 und J2

Zum 1. Juli 2017 wurden die Vorsorgeverträge für U10/U11 und J2 zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dem Berufsverband der Kinder- und Jugendmedizin und der Knappschaft aktualisiert. Künftig ist eine Teilnahmeerklärung für Kinder und Jugendliche vor der Inanspruchnahme dieser Leistungen notwendig. Die Sorgeberechtigten müssen diese Erklärung unterschreiben, die Praxis sendet sie direkt nach der Untersuchung per Fax an die Knappschaft.

Die Teilnahmeerklärungen für Ihre Patienten können Sie wie gewohnt über den Formular-

versand bestellen oder von der Website der KV Nordrhein herunterladen.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 170715](http://kvno.de)

Neues Formular zur Verordnung von Krankenpflege

Ab 1. Oktober 2017 gibt es ein neues Formular zur Verordnung häuslicher Kranken- und Unterstützungspflege. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband verständigt. Das Muster 12 wird anwenderfreundlicher.

Das neue Formular ist klarer strukturiert. Leistungen wie Medikamentengabe, Blutzuckermessung, Kompressionsbehandlung oder Wundversorgung werden nun gezielt in der Reihenfolge abgefragt, wie sie in der Praxis am häufigsten vorkommen. Leistungen, die nur in Ausnahmefällen vorkommen, können unter „Sonstige Maßnahmen“ auf Freitextfeldern angegeben werden.

Abgefragt werden nur noch Informationen, die für die Durchführung der Leistungen erforderlich sind. Felder, die ausschließlich die Krankenkassen für ihre Entscheidung benötigen, ob dem Versicherten die Leistung zusteht

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

Das Bild zeigt ein Formular für die Verhaltensbezogene Primärprävention (Muster 36). Es ist in zwei Hauptbereiche unterteilt: 'Krankenkasse bzw. Kostenträger' und 'Empfehlung'. Der obere Bereich enthält Felder für Name, Versicherungsnummer, Geburtsdatum, Familienname, Versicherungsnummer, Status, Geburtsdatum, Arzt-Nr., Adresse und Telefon. Der untere Bereich ist für die Empfehlung vorgesehen, mit den Kategorien: Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement, Suchtmittelkonsum, Sonstiges. Ein großer Wasserzeichen 'MUSTER' ist über das Formular gelegt. Unten links steht: 'Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen.' Unten rechts steht: 'Hinweise des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikationen, Konzentrierung für Präventionsempfehlung)'. Unten rechts steht: 'Vertragsnummer / Versicherungsnummer (bei AIZS) Muster 36 (7/2017)'.

Präventionsempfehlungen können Praxen auf dem neuen Muster 36 geben.

oder nicht, wurden größtenteils gestrichen. So ist eine gesonderte Begründung bei einer Verordnungsdauer von über 14 Tagen künftig nicht mehr notwendig. Darüber hinaus hat das überarbeitete Muster 12 ein Ankreuzfeld für die Unterstützungspflege, die am 1. Januar 2016 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen wurde.

Das neue Muster 12 löst das bisherige Formular zum 1. Oktober ab. Alte Vordrucke dürfen danach nicht mehr verwendet werden. Das neue Muster 12 ist dann auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt und kann am Rechner ausgefüllt oder per Blankoformularbedruckung erzeugt werden.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 170716](http://kvno.de)

Neues Formular für Präventionsempfehlungen

Zum 1. Juli 2017 gibt es ein neues Muster 36, mit dem niedergelassene Ärzte Präventionsleistungen empfehlen können. Patienten können die Empfehlung zur Kostenerstattung bei ihrer Krankenkasse einreichen.

Möglich sind Empfehlungen zum Beispiel in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Suchtmittelkonsum. Das neue Formular geht auf einen Beschluss des

Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21. Juli 2016 zurück, mit dem ein gesetzlicher Auftrag aus dem Präventionsgesetz umgesetzt wird.

Praxen können das Muster 36 über den Formularversand in Krefeld bestellen. Es wird ab 1. Juli 2017 auch in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt sein.

Verordnungsfähigkeit für Brillengläser ausgedehnt

Bei Patienten mit schwerwiegenden Sehstörungen erstatten die Krankenkassen ab sofort wieder die Kosten für Brillengläser. Das sieht das Heil- und Hilfsmittelverordnungs-gesetz vor, das am 11. April in Kraft getreten ist. Seitdem haben die betroffenen Versicherten einen Leistungsanspruch und Augenärzte dürfen entsprechend verordnen. Die Hilfsmittel-Richtlinie wird noch angepasst.

Die Änderung bei der Verordnung von Sehhilfen zur Verbesserung der Sehschärfe betrifft Erwachsene mit verordneter Fernkorrektur ab 6,25 Dioptrien bei Kurz- oder Weitsichtigkeit sowie ab 4,25 Dioptrien bei einer Hornhautverkrümmung.

Ihnen dürfen Augenärzte eine Sehhilfe zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verschreiben. Die Verordnung erfolgt dabei wie bei den bisher anspruchsberechtigten Patientengruppen, beispielsweise Kinder bis 18 Jahre. Die Neuregelung betrifft die Verordnungsfähigkeit therapeutischer Sehhilfen nicht.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 170716](http://kvno.de)

Asylbewerberversorgung: ICD-10-Diagnosen angeben

Seit 1. April 2017 setzen die Bezirksregierungen für die ärztliche Versorgung von Asylbewerbern in den Einrichtungen des Landes NRW einen neuen Krankenbehandlungsschein ein.

Ab 1. Juli 2017 müssen darauf alle an der Versorgung teilnehmenden Ärzte zur Abrechnung von Leistungen die ICD-10-Diagnose angeben. Der Schein ist angelehnt an den bekannten Abrechnungs- und Überweisungsschein. Auch einzelne Gebührenordnungspositionen können nun besser dargestellt werden.

PET/CT bei fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren

Niedergelassene Nuklearmediziner und Radiologen können ab sofort bei Patienten mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren eine Positronen-Emissions-Tomographie (PET) in Verbindung mit einer Computertomographie (PET/CT) durchführen. Die Ärzte müssen aber bestimmte Anforderungen erfüllen, um das moderne Diagnoseverfahren zum Aufspüren befallener Halslymphknoten anwenden zu dürfen. Bislang war diese Untersuchung nur im Krankenhaus möglich. Die Abrechnung erfolgt über die vorhandenen Gebührenordnungspositionen im Abschnitt 34.7 des EBM.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 170717](#)

Psychotherapeuten dürfen Verordnungen ausstellen

Auch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen ab sofort Patienten in ein Krankenhaus einweisen, wenn diese aufgrund psychischer Erkrankungen und Störungen stationär behandelt werden müssen. Hierzu nutzen sie die gleichen Formulare, die auch Vertragsärzte verwenden. Patienten sollen sich die Kostenübernahme der stationären Behandlung vorab von ihrer Krankenkasse genehmigen lassen.

Psychotherapeuten können Patienten auch die Fahrt ins Krankenhaus verordnen, falls dies medizinisch notwendig ist. Die Mobilitätsbeeinträchtigungen können somatische oder kognitive Ursachen haben.

Zu einem späteren Zeitpunkt sollen zudem Leistungen der Rehabilitation und Soziotherapie verordnet werden dürfen. Über die Vergütung werden Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband noch verhandeln.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 170717](#)

Laborquote für 2. Halbjahr 2017 beträgt 91,58 Prozent



© Henrik Dolle | Fotolia

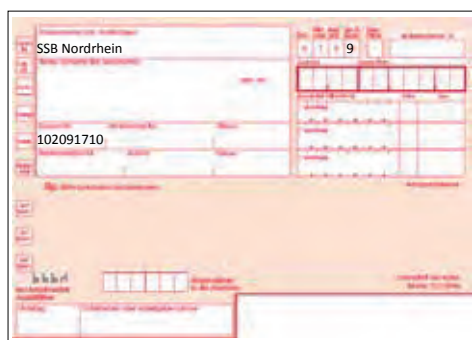
Die bundeseinheitliche Laborquote „Q“ für das zweite Halbjahr 2017 beträgt 91,58 Prozent. Sie ist in den beiden Abrechnungsquartalen des Halbjahres für die Laboruntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs anzuwenden. Diese Abschnitte sind dem Grundbetrag Labor gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) dem Teil E zugeordnet.

Aufgrund des starken Leistungsbedarfszuwachses im Bereich Labor entspricht die Quote der Mindestquote, die in den KBV-Vorgaben festgelegt ist (Nr. 1.2 Teil E). Rein rechnerisch würde sie 85,23 Prozent betragen.

In der folgenden Übersicht finden Sie die mit der Quote „Q“ multiplizierten Referenz-Fallwerte für das zweite Halbjahr 2017:

Rheumatologen, Endokrinologen	36,63 Euro
Nuklearmediziner, Hämatologen	19,23 Euro
Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen	3,66 Euro

Sprechstundenbedarf: Kostenträger „SSB-Nordrhein“



Seit dem 4. Quartal 2016 führt die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein nicht mehr die Abrechnung und Prüfung des Sprechstundenbedarfs (SSB) durch (wir berichteten).

Seitdem gilt: Praxen müssen auf den SSB-Rezepten als Kostenträger „SSB-Nordrhein“ und die Kostenträgerkennung „102091710“ eintragen.

Abrechnung von Gasen im SSB

Bei der Abrechnung von Gasen wird nur noch das Gas erstattet. Die Füllung der Flasche, die Transportkosten, der Gefahrgutzuschlag und

die Maut werden nicht mehr erstattet.

Fragen und Antworten zum SSB finden Sie unter kvno.de | [KV | 170718](#)

Impfstofferstattung bei Kühlschranksausfall

Für Impfstoffe, die in der Praxis gelagert werden, sollte ein ausreichender Versicherungsschutz bestehen. Ein Stromausfall oder ein Defekt am Kühlschrank können dazu führen, dass Impfstoffe unbrauchbar werden. Der

Impfstoff muss in solchen Fällen von der Praxis ersetzt werden und kann nicht erneut über ein SSB-Rezept bezogen werden. Zahlt ihre Versicherung diesen Schaden nicht, muss die Praxis dafür aufkommen.

Achtung: Kassen kündigen Prüfungen an

Die Krankenkassen in Nordrhein haben angekündigt, bestimmte Verordnungen von Sprechstundenbedarf verstärkt auf Unzulässigkeit zu prüfen. Betroffen sind Verbände für die Wundversorgung und Glukose-Tests.

nen Wundversorgung wie zum Beispiel Alginate, Schaumverbände oder Hydrogele sind nicht zulässig.

Die Verordnung moderner Wundversorgung ist im SSB nur sehr eingeschränkt möglich. Neben dem klassischen Verbandmaterial darf in Nordrhein nur Hydrocolloid-Verbandmaterial über den Sprechstundenbedarf bezogen werden. Andere Materialien der moder-

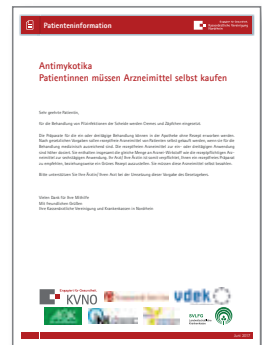
Der orale Glukose-Toleranztest sollte als Glukose bzw. Glukose-Monohydrat von der Apotheke in Einzelportionen (Tütchen) abgefasst werden. Aus wirtschaftlichen Gründen können Fertiglösungen nur in medizinisch begründeten Einzelfällen im Sprechstundenbedarf verordnet werden, zum Beispiel beim gewichtsadaptierten Test bei Kindern. ■ HON

Die SSB-Vereinbarung und eine Liste der verordnungsfähigen Produkte finden Sie unter kvno.de | [KV | 170718](#)

Patientinneninfo Antimykotika

Für die Behandlung von Pilzinfektionen der Scheide sind Cremes und Zäpfchen in der Apotheke ohne Rezept erhältlich. Nach gesetzlichen Vorgaben sollen Patientinnen diese rezeptfreien Arzneimittel selbst kaufen, wenn sie für die Behandlung medizinisch ausreichend sind. Da dies in Praxen immer wieder

zu Diskussionen mit Patientinnen führt, hat die KV Nordrhein gemeinsam mit den Krankenkassen im Rheinland eine Patientinneninformation über Antimykotika erstellt. Diese steht auf Deutsch, Englisch, Türkisch und Russisch zum Herunterladen und Ausdrucken zur Verfügung unter kvno.de



Nachholimpfungen bei über 18-Jährigen

Die Schutzimpfungs-Richtlinie sieht vor, dass Versicherte Anspruch auf die Nachholung von Impfungen und die Vervollständigung des Impfschutzes haben. Bei Jugendlichen sollte dies spätestens bis zum vollendeten 18. Lebensjahr geschehen. Der Impfstoff wird dann über den Sprechstundenbedarf (SSB) verord-

net. Wenn die Nachholung oder Vervollständigung der Impfung ausnahmsweise nach dem vollendeten 18. Lebensjahr erfolgt, kann der Impfstoff jedoch auch über den SSB verordnet werden. Dies kann zum Beispiel bei der HPV-Impfung der Fall sein. ■ HON

KVNO-Portal: Praxisspezifische Medikations-Infos

Für Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten wurde in Nordrhein der KBV-Medikationskatalog als eine Quote eingeführt. Der Katalog ersetzt die alten DDD-Quoten zu Lipidsenkern, oralen Antidiabetika, Antibiotika und Mitteln des RAA-Systems. Die Generika-, Me-too- und Blutzuckerteststreifen-Quoten bleiben erhalten.

Praxen können individuelle Auswertungen zum KBV-Medikationskatalog schon jetzt einse-

hen. Sie sind im KVNO-Portal bei den Abrechnungsunterlagen im jeweiligen Quartal hinterlegt. Die neueste Auswertung bezieht sich auf das erste Quartal 2017. Darin finden Sie einen Vergleich zur Fachgruppe, zu welchen Anteilen Standard-, Reserve und nachrangig zu verordnende Arzneistoffe eingesetzt wurden. Außerdem können Sie eine Darstellung zu den 15 häufigsten Wirkstoffgruppen abrufen und die Zahl Ihrer Verordnungen und Patienten in Tabellen nachvollziehen. ■ HON

Kontakt

Hilfsmittelberatung

Telefon 0211 5970 8070

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail patricia.shadiakhy@kvno.de

Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111

Telefon 0211 5970 8666 (SSB)

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail pharma@kvno.de

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396

Telefax 0211 5970 9396

E-Mail margit.karls@kvno.de

Leitfaden zum Einsatz von DOAKs

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AKdÄ) hat ihren Leitfaden zum Einsatz direkter oraler Antikoagulantien (DOAK) beim nicht-valvulären Vorhofflimmern im September 2016 aktualisiert. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen in Nordrhein verweisen in ihrer Arzneimittelvereinbarung auf diese Empfehlungen.

In Nordrhein gibt es derzeit keine Quote für den Einsatz von DOAKs im Verhältnis zu Vitamin-K-Antagonisten (VKA). Die KV Nordrhein und die Krankenkassen empfehlen ein preiswertes DOAK einzusetzen, wenn ein VKA nicht genommen werden kann. Fachärztliche Internisten und Chirurgen sollten für die preiswerten DOAKs eine Quote von mindestens 50 Prozent erreichen.

Die AKdÄ stellt die Studienergebnisse zu den DOAKs vergleichend dar. Nach wie vor sollten entsprechend den Empfehlungen die VKA eingesetzt werden bei Patienten,

- die mit VKA gut einzustellen sind beziehungsweise
- deren INR unter bereits bestehender Therapie mit VKA stabil im therapeutischen Bereich liegt (INR >70 Prozent der Zeit im therapeutischen Bereich),

- mit unsicherer Adhärenz,
- mit einem hohen Risiko für gastrointestinale Blutungen (zum Beispiel bei Ulcus ventriculi oder duodeni, Ösophagusvarizen, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Divertikulitis),
- mit schwerer Nierenfunktionseinschränkung (CrCl <30 ml/min),
- die Arzneimittel einnehmen, für die als Inhibitoren oder Induktoren von Cytochrom-P450-3A4(CYP3A4)- und P-Glykoprotein-(P-gp)-Wechselwirkungen beschrieben sind, sodass laut Fachinformationen eine gleichzeitige Behandlung kontraindiziert ist oder vermieden werden sollte (darunter Dronedaron, Amiodaron, Ciclosporin, Hypericin, Carbamazepin, Azol-Antimykotika, HIV-Proteaseinhibitoren, Verapamil, Clarithromycin),
- mit mechanischen Herzklappen.

Bei Edoxaban weist die AKdÄ zudem darauf hin, dass laut amerikanischer Food and Drug Administration (FDA) Patienten mit einer normalen Nierenfunktion (CrCl >95 ml/min) diesen DOAK nicht erhalten sollten. Die AKdÄ listet weiter Gründe auf, wann DOAKs eine Option sind oder nach eingehender Prüfung eingesetzt werden sollten. ■ DR. HOLGER NEYE

Den Leitfaden finden Sie unter www.akdae.de

Tabelle: Preisübersicht zu DOAKs und Phenprocoumon

Wirkstoff (Name)	Dosis		Anzahl	Preis [€]	Preis pro Tag [€]
Rivaroxaban (Xarelto)	20 mg	1x1	98 St.	320,74	3,27
Dabigatran (Pradaxa)	150 mg	2x1	180 St.	295,45	3,28
Apixaban (Eliquis)	2,5 mg	2x1	200 St.	266,37	2,66
Edoxaban (Lixiana)	60 mg	1x1	98 St.	253,83	2,59
Phenprocoumon (Marcumar, Generika)	3 mg	1x1	100 St.	17,98	0,18

Preise: Lauertaxe, Stand: 15. Mai 2017



Bildnachweis: © Goodluz, shutterstock.de

Beratungsangebote

Kompetent beraten von der Niederlassung bis zur Praxisabgabe

Ärzte und Psychotherapeuten sind als niedergelassene Praxisinhaber auch Unternehmer, Investoren und Arbeitgeber. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein unterstützt ihre Mitglieder und Einsteiger in die ambulante Versorgung bei allen praxisrelevanten Themen.

Wir bieten an

- | | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
|  | Abrechnungsberatung |  | Hygieneberatung |
|  | Betriebswirtschaftliche Beratung |  | IT-Beratung |
|  | Prüfverfahrensberatung |  | Niederlassungsberatung |
|  | Verordnungsberatung/
Medikations-Check |  | Qualitätssicherungsberatung |
| | |  | Praxislotsenkonzept |

So erkennen Sie Korruptionsfallen

Viel Neues enthält es eigentlich nicht – und dennoch wirkt es spürbar: Das „Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ hat für die niedergelassenen Ärzte Regelungen aus dem Standes- in das Strafrecht gepackt. Seit Juni 2016 ist es in Kraft. Und seitdem sind viele Ärzte unsicher, welche Formen der Zusammenarbeit erlaubt sind.

Darf ich als Arzt für eine Beratungsleistung im Krankenhaus noch ein Honorar erhalten? Oder die Übernahme von Reisekosten zu einer Fortbildung von einem Pharmaunternehmen annehmen? Diese Fragen sind mit dem Antikorruptionsgesetz stärker ins Bewusstsein gerückt – aber anscheinend bei vielen offen geblieben.

Eine regelrechte „Schockstarre“ hat Dr. Holger Diener, Geschäftsführer der Freiwilligen

Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie (FSA) beobachtet. Die Verunsicherung betraf vor allem Verträge mit Herstellern sowie die Teilnahme an Anwendungsbeobachtungen und Fortbildungsveranstaltungen, sagte der Jurist auf dem Gesundheitskongress des Westens im März in Köln.

Keine iPads „für die Dokumentation“

Bei den wissenschaftlichen Fortbildungen ist nach der Berufsordnung die Übernah-

Vier Grundregeln für die Zusammenarbeit

Bei allen Kooperationen, die Ärzte eingehen, gilt grundsätzlich: Das Patientenwohl und die Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit müssen gesichert sein. Um nicht in den Verdacht der Korruption zu geraten, sollten Sie folgende vier Regeln beachten:

1. Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung

Die ärztliche Leistung und die dafür erbrachte Gegenleistung sollten in einem „angemessenen“ Verhältnis stehen. Bei Zahlungen an Ärzte darf es sich ausschließlich um das Entgelt im Rahmen von Verträgen handeln, die allein ärztliche Leistungen zum Inhalt haben und nicht die Verordnungs- oder Therapieentscheidung beeinflussen. Gerade bei der Fra-

ge, ob die Vergütung angemessen ist, kann es zu Abgrenzungsschwierigkeiten kommen. Was ist angemessen und welche Vergleichsgröße wird herangezogen – der Einheitliche Bewertungsmaßstab, diagnosebezogene Fallpauschalen, die GOÄ oder Vergütungstabellen für angestellte Ärzte? Hier kommt es auf die individuelle Fallgestaltung an.

me von „angemessenen Reisekosten“ zulässig. Das kann im Einzelfall durchaus variieren – die Übernachtung in „Luxusherbergen“ ist allerdings ausgeschlossen. Bei der Honorierung im Rahmen von Anwendungsbeobachtungen kommt es darauf an, dass die Ergebnisse nachvollziehbar sind und die Vergütung für den Teilnahmeaufwand „angemessen“ ist. Hochwertige Elektronikartikel wie iPads „für die Dokumentation“ sollten Praxen nicht annehmen.

Wichtig ist: Kooperationen stellt das Antikorruptionsgesetz keineswegs unter Generalverdacht. Eine enge Kooperation von niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten oder Apothekern ist gewünscht. In vielen Fällen ist sie für den Behandlungserfolg sogar unerlässlich.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat eine Broschüre erstellt, die anhand vieler Beispiele zeigt, welche Kooperationen in



der Praxis zulässig sind – und welche nicht. Als unzulässig stuft die KBV hierin zum Beispiel ein Honorar für die Teilnahme an einer Fortbildung ein, die sich ausschließlich mit der Anwendung eines bestimmten Arzneimittels befasst. Auch die Reisekostenübernahmen für Begleitpersonen oder das Rahmenprogramm verstoße gegen das Gesetz.

Bestechung und Bestechlichkeit im Gesundheitswesen ahndet seit Juni 2016 auch das Strafgesetz. Ärzte und Psychotherapeuten sollten deswegen bei Kooperationen noch stärker auf „saubere“ Vereinbarungen achten.

2. Trennung von ärztlicher Leistung und Zuwendung

Entgeltliche oder unentgeltliche Zuwendungen an Ärzte dürfen nicht mit dem Kauf von Waren oder dem Verordnungs- und Therapiever-

halten gekoppelt sein. Sie sind verboten, wenn dadurch die medizinische oder therapeutische Entscheidung beeinflusst werden soll.

3. Transparenz der Finanzflüsse

Wichtig ist, dass Sie jedes Vorgehen nachvollziehbar gestalten. So sollte die Höhe der gezahlten Gelder nebst der Kalkulation bei der Vertragserstellung erfasst werden. Dies gilt auch für Kooperationen mit Kollegen, zum

Beispiel im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft. In Zweifelsfragen hilft der Gang zum Anwalt, um unnötige Risiken zu vermeiden. Zu empfehlen ist ein Fachanwalt für Medizinrecht.

4. Dokumentation aller Formen der Zusammenarbeit

Kooperationsvereinbarungen sollten schriftlich und vollständig dokumentiert werden, einschließlich der Berechnung der Finanzflüsse.

So sind ordnungsgemäß vollzogene und rechtlich nicht zu beanstandende Geschäftsverbindungen jederzeit nachvollziehbar.

Es ist ein weites Feld, das nur wenige gut überblicken. Weil das Antikorruptionsgesetz noch recht jung ist, fehlt es an Erfahrungswerten und Rechtsprechung. Das Gesetz wirkt derzeit wie Nebel, der Autofahrer abschreckt, sich auf die Straße zu begeben. Und teilweise kehren die, die schon unterwegs sind, jetzt wieder um.

„Meiner Erfahrung nach werden viele Kooperationen aus Sorge vor Konsequenzen aufgrund des Gesetzes aufgekündigt“, sagte Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorsitzender von Health Care Rheinland, auf dem Gesundheitskongress des Westens. „Das ist das Gegenteil dessen, was in der sektorenübergreifenden Versorgung gewollt ist.“

Transparenz zählt

Nach Ansicht von Prof. Dr. Hendrik Schneider sind Kooperationen mit gutem Gewissen machbar – wenn die Partner einige wichtige Punkte regeln. Dazu gehört vor allem eine angemessene und nachvollziehbare Vergütung. Bei den Vereinbarungen sollte sich die Ver-

gütung an bestehenden Vergütungsmodellen orientieren, zum Beispiel DRG-Kalkulationen oder der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Der Leiter des Lehrstuhls für Kriminologie, Jugendstrafrecht und Strafvollzugsrecht an der Universität Leipzig warnte besonders davor, Abschlagszahlungen aus Altverträgen weiterlaufen zu lassen. „Kliniken und niedergelassene Ärzte, die sich zum Beispiel mit einem Kooperationsvertrag als Zuweiser an eine Klinik binden, sollten diese Verträge prüfen.“ Denn wenn die Vereinbarung gegen die gesetzlichen Bestimmungen verstoße, würden beide Seiten belangt: Arzt und Klinik, „Vorteilsnehmer und Vorteilsgeber“.

Honorar nur für Leistung

Unzulässig sei auch die ausschließliche Honorierung einer Einweisung. Zulässig ist nach Darstellung in der Broschüre „Richtig kooperieren“ der KBV zum Beispiel, dass ein Vertragsarzt Patienten in ein Krankenhaus einweist und dann konsiliarische Tätigkeiten auf Rechnung durchführt – zumindest solange

„Auch aufs Bauchgefühl hören“

Christina Brosch leitet die Stabsstelle Compliance der KV Nordrhein. Wir sprachen mit der 45-jährigen Juristin über die Folgen des Antikorruptionsgesetzes im Rheinland.

Hat das Antikorruptionsgesetz Ihre Arbeit als Compliance-Beauftragte verändert?

Inhaltlich nicht. Anfangs gab es allerdings vermehrt Anfragen zu konkreten Fällen, etwa der Überlassung von Blutzuckermessgeräten durch die Hersteller oder Einladungen zu Veranstaltungen. Auch die unentgeltliche Überlassung von Materialien wie spezielle Versandtaschen war ein Thema.

Können Ärzte und Psychotherapeuten Sie ansprechen, wenn sie zum Beispiel Fragen

zur Vergütung von Kooperations-Leistungen haben?

Wir dürfen als Körperschaft des öffentlichen Rechts keinen konkreten Rechtsrat erteilen. Für eine abstrakte Beratung würden auch wir die genannten vier Kriterien prüfen, aber zum Beispiel keine angemessene Vergütung berechnen.

Was ist Ihrer Ansicht nach am wichtigsten, um sanktionslos mit Partnern im Gesundheitswesen zusammenzuarbeiten?

die Leistung und das Entgelt „im äquivalenten Verhältnis stehen“.

Schneider zweifelt daran, dass das Antikorruptionsgesetz massenhaft Verfahren generiere. Er glaubt nicht, dass sich hier junge Staatsanwälte profilieren wollten: „Wenn Ermittlungsverfahren gegen die Wand laufen, kann das der Sargnagel für die Karriere eines Staatsanwalts sein.“

Ärzte und Psychotherapeuten sollten sich bei Kooperationen aller Art an vier Grundregeln halten (siehe Kasten). Diese Regeln hat der Bundesverband Medizintechnologie bereits 1997 veröffentlicht, sie gelten aber immer noch – und sind nach dem Inkrafttreten des Antikorruptionsgesetzes aktueller denn je. Die KBV hat die Regeln dann auch in ihrer Kooperations-Broschüre adaptiert. ■ FRANK NAUNDORF

*Musterverträge für Referenten, Fortbildungen oder Sponsoring sind im Internet-Angebot des Bundesverband Medizintechnologie zu finden: www.bv-med.de/de/recht/healthcare-compliance
Die Kooperations-Broschüre der KBV finden Sie unter kvno.de | [KV | 170725](http://kvno.de)*

Die drei Korruptionsparagrafen

Wer als Angehöriger eines Heilberufs Vorteile für bestimmte Handlungen annimmt, sich also bestechen lässt, macht sich strafbar. Das gilt auch für denjenigen, der Angehörigen eines Heilberufs Vorteile gewährt, also jemanden besticht.

Bestechlichkeit und Bestechung waren Ärzten natürlich auch schon vorher untersagt. Nur wurden diese auf Basis des Sozial- und des Berufsrechts geahndet. Seit Juni 2016 kommen diese drei Paragrafen des Strafrechts dazu:

§ 299a: Bestechlichkeit im Gesundheitswesen

§ 299b: Bestechung im Gesundheitswesen

§ 300: Besonders schwere Fälle der Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr und im Gesundheitswesen

www.gesetze-im-internet.de/stgb

Die vier Kriterien zu beachten. Außerdem kann nicht strafbar sein, was berufsrechtlich ausdrücklich erlaubt ist. Auf einer Tagung sagte kürzlich ein Strafrechtprofessor: „Wer einigermaßen normal sozialisiert ist, dürfte auch ein gewisses Gespür dafür haben, ob etwas falsch ist!“ Bei Anfragen stelle ich fest, dass unsere Mitglieder oft das richtige „Bauchgefühl“ haben und sich das nur bestätigen lassen wollen.

Gab es in Nordrhein schon Strafverfahren auf Basis der neuen Paragrafen?

Dazu ist hier nichts bekannt – wir sind jedenfalls noch von keiner Staatsanwaltschaft aus unserem Bereich kontaktiert worden. Dennoch sollten Ärzte und Psychotherapeuten die Rechtslage immer im Hinterkopf haben.



Denn eine Ermittlung richtet schon einen Imageschaden an – auch wenn es am Ende keine Strafen gibt.

Christina Brosch,
Compliance-Expertin
der KV Nordrhein, im
Interview

■ DIE FRAGEN STELLTE FRANK NAUNDORF

Klare Kante vor der Wahl

In einem „Acht-Punkte-Plan“ hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in Freiburg ihre Vorstellungen von einem „Strukturwandel“ im Gesundheitssystem formuliert. Ein wichtiger Punkt ist der Erhalt des „dualen Finanzierungssystems“. Der Absage von KBV-Chef Dr. med. Andreas Gassen an eine Bürgerversicherung schloss sich Bundesärztekammerpräsident Dr. med. Frank Ulrich Montgomery bei der Eröffnung des Ärztetags vehement an.

Einen Tag vor Beginn des 120. Ärztetags in Freiburg demonstrierte die KBV-Spitze um Vorstandsvorsitzenden Dr. Andreas Gassen, Vize Dr. Stephan Hofmeister und Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel Einigkeit und Angriffslust. „Wir sind auf Kurs“, sagte KBV-Chef Gassen.

Zu diesem Kurs gehört ein Acht-Punkte-Plan zur Gestaltung des „Strukturwandels“ im Gesundheitssystem, den Gassen als „Kondensat“ des bereits bestehenden Konzepts „KBV 2020“ bezeichnete. Einstimmig stimmten die Delegierten für den Plan, der als Basis für Forderungen und Vorschläge gegenüber der Politik und anderer Akteure des Gesundheitswesens dienen soll. „Die Politik ist gut beraten, auf uns zu hören“, so Gassen, denn: „Wir können Versorgung.“

„Ja“ zur Dualität

Zu den Bereichen, in denen die KBV Reformbedarf sieht, gehören die Bedarfsplanung, der Not- und Bereitschaftsdienst, die Digitalisierung, die Koordination der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie eine stärkere Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und -sektoren. „Unser Gesundheitswesen ist deshalb so exzellent, weil es von einem starken ambulanten und einem starken stationären Sektor getragen wird. Fakt ist aber auch, dass beide Bereiche mehr miteinander verzahnt werden müssen“, sagte Gassen.

Ein „Ja zur Dualität“ forderte er auch in Bezug auf die Finanzierung des Gesundheits-

wesens: „Die Einführung einer Bürgerversicherung wäre Gift für die Versorgung.“ Der niedrigschwellige Zugang zur Gesundheitsversorgung – flächendeckend, wohnortnah und mit freier Arztwahl – trage zum politischen Frieden im Land bei.

Der für das Thema „Sicherstellung“ verantwortliche KBV-Vize Stephan Hofmeister hielt ein Plädoyer für den Notdienst: „Es handelt sich um eine Kernaufgabe des Sicherstellungsauftrags. Unsere Patienten müssen ihn als ein gutes Angebot wahrnehmen. Das könnte zum Beispiel heißen, dass wir den Bereitschaftsdienst rund um die Uhr anbieten.“ Klar sei, dass sich das Angebot auf veränderte Erwartungen einstellen müsse: „Unsere Patienten leben in einer Zeit, für die ein zentrales Sinnbild gilt: die permanente Verfügbarkeit“, führte er aus. „Die Erwartungshaltungen ändern sich und damit auch die Erwartungen an eine medizinische Versorgung.“

„Turbolader für Zwei-Klassen-Medizin“

Thematisch betrachtet gab es viele Überschneidungen zwischen der KBV-Vertreterversammlung und der Eröffnung des 120. Ärztetags, die am Folgetag stattfand – besonders beim Stichwort „Bürgerversicherung“. Prof. Frank Ulrich Montgomery eröffnete sein Plädoyer gegen „den kompletten Umbau unserer Krankenversicherung von einem funktionierenden System hin zu einer Einheitsversicherung“ mit der rhetorisch gemeinten Frage

nach dem kolportierten „Gerechtigkeitsdefizit“ in der Gesundheitsversorgung.

„Montgomerys „Nein“ bezog sich auf die vermeintlich ungleiche Terminvergabe für gesetzlich und privat Versicherte, die zu Termin-Servicestellen geführt habe, die „erwartungsgemäß nicht angenommen wurden“. Auf eine „geräuschlose“ Flüchtlingsversorgung ohne Einschnitte für die deutsche Bevölkerung. Und darauf, dass es „keine Qualitätsunterschiede in der medizinischen Behandlung abhängig vom Versichertenstatus“ gebe – bestenfalls „Komfortunterschiede“, die in der „unzureichenden Honorierung des gesetzlichen Systems“ begründet lägen.

Montgomery warnte davor, „Gleichheit auf niedrigem Niveau“ mit Gerechtigkeit zu verwechseln. Die Bürgerversicherung sei ungerechter, schaffe einen riesigen Markt für zusätzliche Gesundheitsleistungen und Versicherungen – oder erfordere Leistungsverbote. „Ich bleibe dabei: Die Bürgerversicherung ist der Turbolader einer echten Zwei-Klassen-Medizin.“

Die Ausführungen des Bundesärztekammer-Präsidenten waren eine Steilvorlage für Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe: „Die Zwangsvereinigung von privater und gesetzlicher Versicherung würde keine einziges Problem lösen, uns aber Jahrzehnte beschäftigen.“ Gröhe betonte die Stärken des dualen Systems, das Leistungsfähigkeit und Solidarität verbinde: „Wir brauchen keine Neidparolen zur Gesundheitsversorgung im Wahlkampf.“

Auch darüber hinaus demonstrierten Montgomery und Gröhe Einigkeit, etwa bei der Kritik an der Ökonomisierung der Versorgung durch falsch verstandenen Wettbewerb – einen Wettbewerb, „der fast ausschließlich auf den Preis bezogen ist. In den Kliniken hat die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einen höheren Stellenwert bekommen als die medizinische. Ärzte werden auf Konzernziele verpflichtet. Es besteht die Gefahr, dass die medizinische



© Patrick Seeger/dpa

Indikation aus wirtschaftlichen Gründen optimiert wird“, sagte Montgomery. Eine möglichst wirtschaftliche Verwendung der nur begrenzt verfügbaren Mittel sei ökonomisches und berufsethisches Gebot. „Was aber für Betriebswirte effizient ist, muss es für Patienten noch lange nicht sein.“

Um die Probleme der Niedergelassenen ging es in den Reden an zwei Stellen – zum einen beim „Masterplan Medizinstudium 2020“, den Gröhe zügig umsetzen will, inklusive einer Stärkung der Allgemeinmedizin. Und bei der ambulanten Weiterbildung, die, so Montgomery, „vom ersten Tag an Berufsausübung sei und für die daher die gleichen tariflichen Konditionen gelten müssten wie in Krankenhäusern. „Die Finanzierung der ambulanten ärztlichen Weiterbildung muss gesetzlich als Vergütung ärztlicher Leistungen geregelt werden.“

Die persönliche Frage Montgomerys, ob er Gröhe – je nach Wahlergebnis bei der Bundestagswahl – beim nächsten Ärztetag wieder begrüßen dürfe, beantwortete der Gesundheitsminister mit Verweis auf seinen Respekt vor dem Wählervotum – und Optimismus: „Gerne sage ich auf Wiedersehen in Erfurt.“

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Hermann Gröhe bei der Eröffnung des Deutschen Ärztetages am 23. Mai in Freiburg. Der Bundesgesundheitsminister sprach sich nochmals klar gegen die Bürgerversicherung aus.

Sicherstellung als zentrales Thema

Im Mai starteten KBV und KVen ihre diesjährige Offensive der erfolgreichen Image-Kampagne mit Plakaten rund um das Thema Sicherstellung. Vorläufiger Höhepunkt war die „Woche der ambulanten Versorgung“ Ende Juni. Im Herbst geht es um einen weiteren Aspekt der Sicherstellung: den Notdienst.

Die Image-Kampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nahm vor dem 120. Deutschen Ärztetag in Freiburg (23. bis 26. Mai) Fahrt auf: Seit dem 16. Mai zeigten Ärzte und Psychotherapeuten auf Großplakaten, dass und wie sie sich mit vollem Einsatz um die ambulante Versorgung kümmern – in einer Metropole wie Berlin ebenso wie in einer Kleinstadt oder auf dem Land. Die Plakate waren in allen Landeshauptstädten und auf allen IC-/ICE-Bahnhöfen zu sehen. Sie bildeten den Auftakt zu einer Reihe von Aktionen, mit denen die KVen in den kommenden Monaten die Leistungsfähigkeit der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung hervorheben wollen.

„Ohne uns tut's weh“

Booklet mit Best-Practice-Beispielen: Das Kampagnen-Booklet, das über die Leistungen und Herausforderungen der ambulanten Versorgung informiert und jeweils ein Best-Practice-Beispiel aus einer KV vorstellt, ist erschienen. Zielgruppen sind sowohl die Politik als auch die Medien. Die KBV wird das Booklet im Pflaster-Design auf Bundesebene an Gesundheitspolitik und Presse senden sowie bei Veranstaltungen wie dem Sicherstellungskongress auslegen. Die KVen haben Mitte Mai jeweils 200 Exemplare für die Ansprache der Landespolitik und weiterer Multiplikatoren erhalten.

In diesem Jahr zeigten die sechs Motive die Mediziner in ihrem realen Arbeitsumfeld: ein Orthopäde auf dem Weg zum ärztlichen Bereitschaftsdienst, der auch nachts für die Patienten da ist, eine Hausärztin am Strand von Ueckermünde, die sich auch bei Gegenwind für ihre Patienten einsetzt, eine Psychotherapeutin in einem großstädtischen Wohnviertel, die sich den Ängsten ihrer Klienten annimmt.

Die Motive sollen deutlich machen, dass die rund 167.000 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in Deutschland für eine flächendeckende ambulante Versorgung auf hohem Niveau sorgen – und das, obwohl die Bedingungen zunehmend schwieriger werden.

Woche der ambulanten Versorgung

Die Plakatschaltung war der Auftakt zu einer Vielzahl von Kampagnen-Aktionen. Vom 26. bis 30. Juni fand bundesweit die „Woche der ambulanten Versorgung“ statt. In Berlin fand dazu am 27. und 28. Juni ein Sicherstellungskongress statt, auf dem die KVen zukunftsweisende Projekte zur künftigen Sicherstellung der Versorgung präsentierten.

Ein Höhepunkt der Aktionen war der Besuch von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe am Freitag, 30. Juni, im Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft. Am 11. Oktober soll eine bundesweite PR-Aktion zum Bereitschaftsdienst folgen, dessen Bedeutung als wesentliches Element des Sicherstellungsauftrags der KVen dargestellt wird. ■ DR. HEIKO SCHMITZ

»Ich arbeite für Ihr Leben gern.
Morgens. Mittags.
Und am Lebensabend.«

Irmgard Landgraf

Irmgard Landgraf
Hausärztin



Als niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten
sichern wir die ambulante Versorgung für Jung und Alt.
Mehr erfahren Sie auf www.ihre-aerzte.de

**Die Haus- und
Fachärzte**

Wir arbeiten für Ihr Leben gern.

Husten auf Türkisch

Die erste Fortbildung für Medizinische Fachangestellte (MFA) rund um das Thema „Menschen mit Migrationshintergrund in der Arztpraxis“ wurde im Mai in Mönchengladbach angeboten. Die Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten (KOSA) der KV Nordrhein hat die Veranstaltung mit der Selbsthilfekontaktstelle in Mönchengladbach geplant. In dem Seminar wurden kultursensible Informationen von einer Expertin vermittelt, eine türkischsprachige Depressionsgruppe stellte sich vor und zahlreiche Erfahrungen wurden ausgetauscht.



Unterschiedliche kulturelle Hintergründe und Sprachbarrieren können den Umgang mit Migranten in Praxen erschweren.

Viele Praxen betreuen mittlerweile Menschen mit fremdländischen Wurzeln. Die dabei auftretenden Probleme sind hauptsächlich durch Sprachbarrieren sowie kulturelle und religiöse Unterschiede geprägt. Diese Herausforderung brachte die MFA einer HNO-Praxis aus Duisburg dazu, den hilfreichen Satz „Zunge heraustrecken und bitte nicht husten“ in türkischer Sprache zu lernen.

Mehr Erklärungsbedarf

„Der Kontakt mit diesen Patienten ist zeitintensiver, da sie oft die Spielregeln in unserer Arztpraxis nicht kennen“, berichtete eine der Teilnehmerinnen. Termine werden nicht so genau genommen, da ein anderes Zeitverständnis herrscht, und im Rahmen der Compliance gibt es einen höheren Erklärungsbedarf. Auch im Umgang miteinander fielen den MFA Aus-

drucksformen auf, die kulturell geprägt sein können. Zudem ist der Begriff der Scham oft anders und stärker definiert.

Im Rahmen der Fortbildung wurden Kenntnisse über die Unterschiede im Gesundheits-/ Krankheitsverständnis vermittelt. Zwei Deutsch-Türkinen aus einer Selbsthilfegruppe erläuterten, wie sehr ihnen eine muttersprachliche Gruppe dabei geholfen hat, Depressionen zu überwinden. In einem Informationsblock wurden die Angebote der KV Nordrhein für MFA und ein Pilotprojekt zum Thema „Selbsthilfe und Migration“ der Selbsthilfekontaktstelle vorgestellt. Abgerundet wurde das Seminar mit Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen sowie auch ausschließlich illustrierte Anamnesebögen.

Dass die Fortbildung Früchte trägt, zeigt das positive Feedback einer orthopädischen Praxis: „Viele unserer Patienten mit türkischem Hintergrund haben Schmerzen und leiden unter Bewegungseinschränkungen. Sie zeigen aber wenig Eigeninitiative, aktiv mitzuarbeiten.“ Hier hat der Hinweis auf unterschiedliche, kulturell geprägte Gesundheitskompetenzen geholfen, und der Tipp, Patienten ruhig öfters auf Gruppenangebote, bestenfalls in der Muttersprache, aufmerksam zu machen. Weitere Fortbildungen dieser Art sind in Duisburg und Köln geplant. ■ STEPHANIE THEISS

Infos im Internet

Formulare und Infomaterial in verschiedenen Sprachen für die Betreuung von Patienten mit Migrationshintergrund haben wir für Sie zusammengestellt unter

kvno.de | [KV | 170730](http://kv170730.de)

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

Extra für MFA:

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

Jetzt registrieren!
www.kvno-newsletter.de



Engagiert für Gesundheit.
**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

20 Jahre Qualitätssicherung in Eigenregie

Gut 1.600 Qualitätszirkel gibt es in Nordrhein. Jeder Einzelne leistet einen Beitrag zur Qualitätssicherung. In den Zirkeln arbeiten Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammen: freiwillig, mit selbst gewählten Themen und auf Basis eines kollegialen Diskurses.

Manche Qualitätszirkel haben eine lange Geschichte. Ein Beispiel: der gynäkologische Qualitätszirkel Köln-rechtsrheinisch, der im Februar 1997 von 14 niedergelassenen Gynäkologinnen und Gynäkologen gegründet wurde. Sie kamen aus Köln und Bergisch Gladbach, trafen sich alle sechs bis acht Wochen im Restaurant „Alte Schule“ in Köln-Brück – und das tun sie bis heute.

„Obwohl wir schon so lange zusammenarbeiten, ist die Begeisterung noch immer da“, sagt Dr. med. Jürgen Klinghammer, Gründungsmitglied und Moderator des Zirkels. Die hohe Teilnahme-Quote belegt seine Einschätzung.

„In den vergangenen 20 Jahren gab es natürlich eine altersbedingte Fluktuation“, berichtet der Gynäkologe. Mitglieder hätten ihre Praxis abgegeben und den Zirkel verlassen, andere sind neu eingestiegen. Zurzeit zählt

der Qualitätszirkel auf der „Schäl Sick“ elf Mitglieder. „Neue Kolleginnen und Kollegen sind herzlich willkommen.“

Auf der Tagesordnung stehen aktuelle Themen aus dem Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe, aber auch interdisziplinäre Beiträge und Prävention sind immer wieder auf der Agenda zu finden. „Wir erarbeiten zusammen zum Beispiel Therapiepläne, Patientenbroschüren und Patientenpässe“, berichtet Klinghammer. Die Ärzte unterstützten auch soziale Projekte wie „Gesunde Zukunft für Kinder in Köln“. Im Jahr 2003 erhielt der von der KV Nordrhein geförderte Zirkel ein Zertifikat für hoch qualifizierte Fortbildung von der GenoGyn Rheinland.

Ein Höhepunkt war der Besuch eines Fernsehjournalisten zu einem offenen Meinungsaustausch über die Fernsehdokumentation „Das

weiter auf Seite 34 ►

Stichwort: Qualitätszirkel

Qualitätszirkel sind freiwillige Zusammenschlüsse von Ärzten oder Psychotherapeuten, die vor allem Behandlungsfälle und Probleme des Praxisalltages unter Leitung eines Moderators diskutieren, Erfahrungen austauschen und Handlungen kritisch hinterfragen. Qualitätszirkel sind als Fortbildungsmaßnahme anerkannt. Die Teilneh-

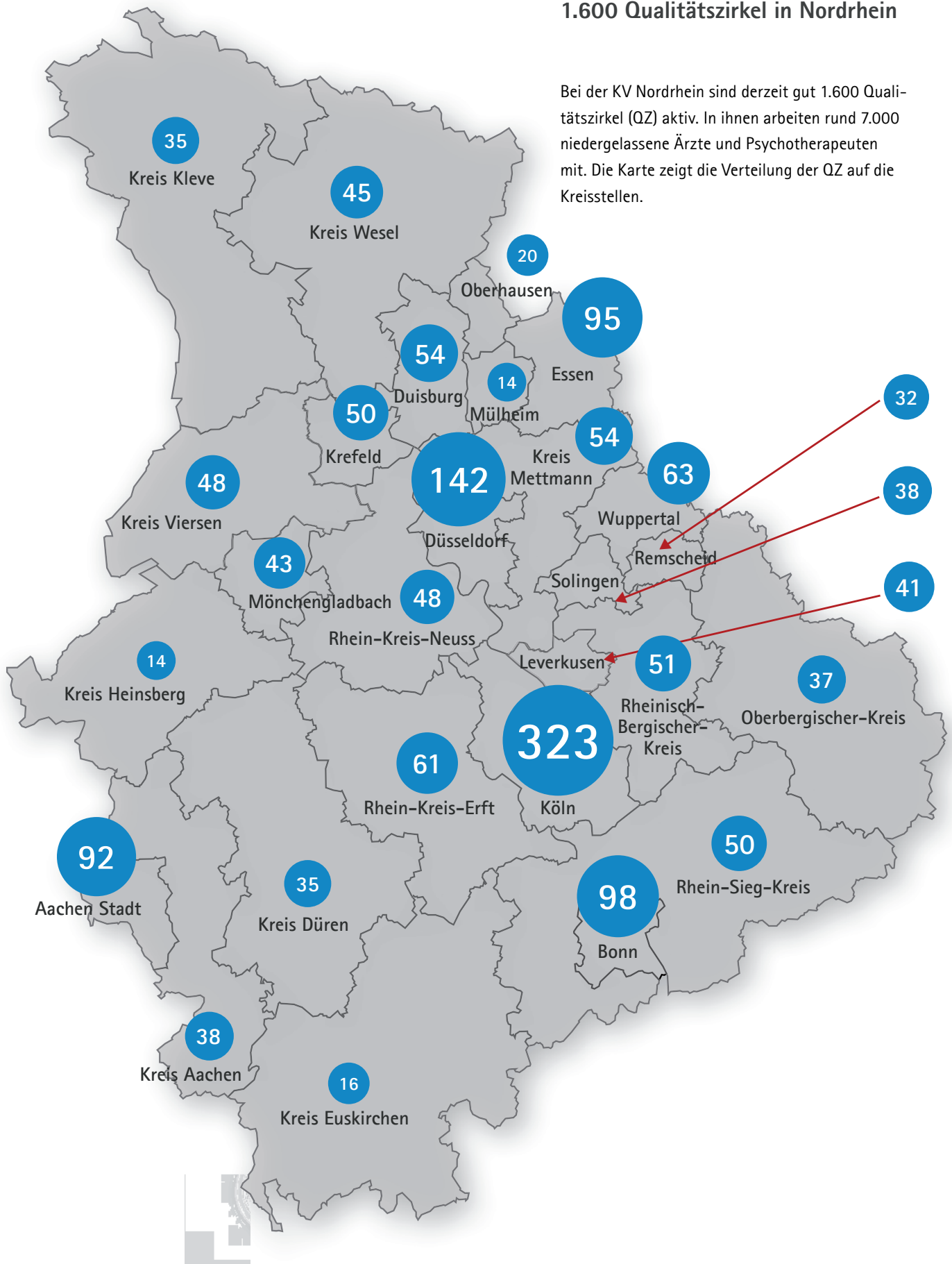
mer erhalten Fortbildungspunkte der Ärztekammer (Kategorie C).

Die KV Nordrhein unterstützt Qualitätszirkel. Moderatoren eines angemeldeten und anerkannten Qualitätszirkels beispielsweise erhalten für diese Tätigkeit eine Pauschale.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 170532](https://www.kvno.de/kvno/170532)

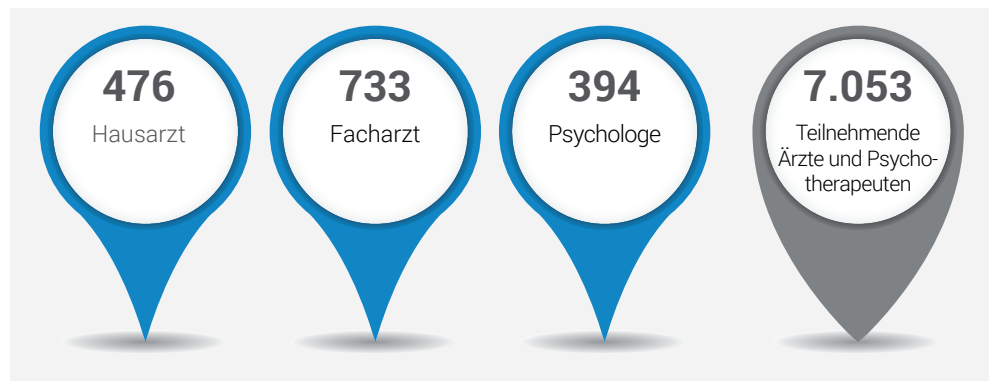
1.600 Qualitätszirkel in Nordrhein

Bei der KV Nordrhein sind derzeit gut 1.600 Qualitätszirkel (QZ) aktiv. In ihnen arbeiten rund 7.000 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten mit. Die Karte zeigt die Verteilung der QZ auf die Kreisstellen.



Qualitätszirkel nach Fachgebieten

Die Grafik zeigt die Aufteilung nach Fachgebiet des Moderators.



Darunter sind 175 fachgebietsübergreifende und 105 sektorenübergreifende QZ.

Hormon-Komplott – Die Ärzte, die Industrie und die Wechseljahre“. Darüber berichtete das Rheinische Ärzteblatt im Juni 2005 unter dem Titel „Ein Journalist in der Höhle des Löwen“. Fazit des Austauschs: Einen gemeinsamen Nenner gab es erwartungsgemäß nicht. Den offenen Meinungs austausch begrüßten aber sowohl die Ärzte als auch der Journalist.

Warum arbeitet der Zirkel schon so lange erfolgreich? Klinghammer führt das auf folgende „Fundamente“ zurück:

- Alle Veranstaltungen sind frei von Sponsoring durch die Pharmaindustrie.

- Die Kolleginnen und Kollegen gestalten den Zirkel aktiv mit.
- Der Themenmix stimmt. Neben aktuellen Themen aus Berufspolitik, EBM und GOÄ werden Fallbeispiele aus der täglichen gynäkologischen Praxis erörtert.
- Es gibt kein Konkurrenzdenken sondern die Entwicklung von Freundschaften.

Wichtig seien auch Verschwiegenheit, Offenheit und regelmäßige Präsenz. All das leben die Gynäkologen im rechtsrheinischen Köln. Moderator Klinghammer blickt optimistisch nach vorn: „Wir sind auch nach 20 Jahren motiviert, unseren Qualitätszirkel weiterzuführen.“

■ FRANK NAUNDORF

Amtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Alle amtlichen Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein – Körperschaft des öffentlichen Rechts – finden Sie im Internet unter www.kvno.de (§ 16 der Satzung).

Dort erfolgen in der Rubrik „Amtliche Bekanntmachungen“ sämtliche Veröffentlichungen insbesondere der Satzung und sonstiger allgemeiner Bestimmungen wie dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) sowie der Verträge und Richtlinien, soweit sie Rechte und Pflichten der Mitglieder betreffen.

www.kvno.de/bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen treten – soweit in der Bekanntmachung kein anderer Zeitpunkt festgesetzt ist – am achten Tage nach der Veröffentlichung (Einstelldatum ins Internet) in Kraft.



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

In den amtlichen Bekanntmachungen werden alle im Landesteil Nordrhein nachzubesetzenden Sitze von Vertragsärzten oder Psychotherapeuten mit der geltenden Bewerbungsfrist ausgeschrieben (§ 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V).

Bedarfsplanung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

In den amtlichen Bekanntmachungen wird die Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen auf Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen veröffentlicht (§§ 16 Abs. 7, 16 b Abs. 4 Ärzte-ZV).

Fast 2,4 Millionen Menschen geholfen

Vor 25 Jahren, am 1. Juli 1992, öffnete die Notfallpraxis Düsseldorf erstmals ihre Türen, damals noch an der Erkrather Straße 347. Die Praxis haben die Düsseldorferinnen und Düsseldorfer von Beginn an gut angenommen: Inzwischen haben die Ärztinnen und Ärzte fast 2,4 Millionen Menschen außerhalb der Sprechzeiten der Arztpraxen versorgt, 500.000 davon per Hausbesuch.

Die Düsseldorfer Praxis war Vorreiter. Sie beeinflusste ärztliche Notfallorganisationen von Bayern bis Schleswig-Holstein – und trieb den Aufbau von Notfallpraxen an Krankenhäusern voran. „Bis heute gibt es im gesamten Bundesgebiet keine vergleichbare Notfallpraxis dieser Größenordnung“, sagt Dr. med. Stephan Güsgen, Vorsitzender des Vereins Notdienst Düsseldorfer Ärzte.

Nicht nur gesundheitspolitisch, auch wissenschaftlich ist die Notfallpraxis in Düsseldorf offenbar ein wichtiges Modell: Inzwischen gibt es zwei Dissertationen über das Thema Notfallmedizin am Beispiel der Zentralen Notfallpraxis Düsseldorf.

Geführt wird die Praxis vom Verein Notdienst Düsseldorfer Ärzte, der sich bereits 1991 gründete und 1.244 Mitglieder zählt. Die Praxis in der Erkrather Straße begann zunächst auf 287 Quadratmetern. Doch der Bedarf war groß: Im Februar 1996 fand eine Erweiterung auf über 500 Quadratmeter statt. Ein Jahr später stießen auch die Düsseldorfer Zahnärzte hinzu und behandelten Notfall-Patienten fortan in dieser Praxis.

Die Entwicklung ging aber noch weiter. „Im Jahre 2001 entschieden wir, die Notfallpraxis an ein Krankenhaus anzubinden“, so Güsgen. Die Entscheidung fiel zugunsten des zentral gelegenen Evangelischen Krankenhauses aus. Im Juli 2005 bezog die Notfallpraxis ihre neuen Räume in der Kronenstra-

ße 15 in Düsseldorf-Unterbilk. Ihr Behandlungsangebot baute die Notfallpraxis mit „Zimmer Nr. 8“ aus: Hier helfen Ärzte akut traumatisierten Patienten während der Sprechstundenfreien Zeiten. Im September 2016 zog die Notfallpraxis in die neuen Räume auf der Florastraße 38, ist aber weiterhin – nur durch einen Flur – mit dem Evangelischen Krankenhaus verbunden.

Patienten finden in der Praxis täglich ein großes Behandlungsspektrum: Arzt für Allgemeinmedizin/Internist, Orthopäde/Chirurg, Kinderarzt, Augenarzt, HNO-Arzt, Psychiater/Neurologe und Gynäkologe.

Für die fachärztliche Notfallversorgung stehen Apparaturen wie ein EKG-Gerät, Röntgeneinrichtung, Labor, Cardiotocograph, Sonographie, ein Infusionsraum sowie für die erste Wundversorgung zwei gut ausgestattete OPs zur Verfügung.

Die Kosten der Praxis tragen die Ärzte selbst: Sie zahlten bis zu 30 Prozent ihrer Notdienstentnahmen an den Verein. Der Verein „Notdienst Düsseldorfer Ärzte“ hat drei Angestellte in der Verwaltung, dazu kommen 35 Medizinische Fachangestellte in der Praxis selbst.



Die Notfallpraxis ist Montag, Dienstag, Donnerstag von 20 Uhr bis 7 Uhr, Mittwoch von 14 Uhr bis 7 Uhr, Freitag ab 17 Uhr geöffnet; Samstag, Sonntag und an Feiertagen sogar rund um die Uhr. Die fachärztlichen Dienste enden jeweils um 24 Uhr.

■ FRANK NAUNDORF

Mehr Infos unter www.notfallpraxis-duesseldorf.de

Wenn essen krank macht

Bauchschmerzen und Durchfall lassen viele Menschen Essen nicht mehr als Genuss empfinden: Die Angst, an einer Allergie, Intoleranz oder Unverträglichkeit zu leiden, geht um. Aufklärung zum Thema „Wenn essen krank macht – Gluten, Laktose und Co.“ brachte eine Ratgeberveranstaltung der KV Nordrhein mit der NRZ und dem Rhein-Boten.



© Kaesler Media | Fotolia

Allergien oder Intoleranzen können sich zum Beispiel Form von in Bauchschmerzen oder Durchfall äußern. In einer Ratgeberveranstaltung referierten Dr. Ursula Kihm und Urs Schaden über Ursachen von Unverträglichkeiten, Diagnostik und Therapiemöglichkeiten.

Gründe für Unverträglichkeiten?

Funktionelle Nahrungsmittelunverträglichkeiten beruhen entweder darauf, dass man etwas Giftiges isst (toxisch) oder mit einer Allergie bzw. einer Intoleranz (Bauchschmerzen, Blähungen) auf ein Lebensmittel reagiert. „Rund zwei bis fünf Prozent der Menschen leiden unter einer Allergie. Den geringsten Anteil von 0,5 bis ein Prozent haben die echten Zöliakie-Patienten, die allergisch auf Gluten reagieren. 15 bis 20 Prozent haben eine Intoleranz“, zitierte Dr. Kihm eine Übersicht. Als Beispiel nannte sie die Kreuzallergien. So reagieren Menschen, die eine Allergie gegen Birkenpollen haben, unter anderem auf Soja. Übertrieben sensibel können laut der Expertin Reaktionen auf natürliche Aromastoffe oder Zusatzstoffe sein.

Als Experten standen die Ernährungswissenschaftlerin Dr. med. Ursula Kihm, die Ernährungsberaterin Jennifer Fritz sowie Urs Schaden, Facharzt für Innere Medizin, Diabetologie und Ernährungsmedizin, auf der Bühne im Haus der Ärzteschaft. Ein Überblick über wichtige Antworten auf Fragen der rund 100 Gäste:

Auf welche Weise wird eine Intoleranz oder Unverträglichkeit erkannt? „Der Arzt hört sich an, welche Beschwerden der Patient hat, und schaut sich das Ernährungs- und Beschwerdeprotokoll an“, erklärte Urs Schaden. Besteht etwa der Verdacht auf eine Laktoseintoleranz, so bekommt der Betroffene beim Facharzt 50 Gramm Laktose und in der Atemluft und mittels Beschwerdeprotokoll wird gemessen, ob und wie er darauf reagiert. Ähnliches gilt auch bei der Fruktose- und der Sorbitintoleranz sowie der bakteriellen Fehlbesiedelung. Nahrungsmittelallergien können durch spezielle Blutuntersuchungen und zum Beispiel durch Pricktests über die Haut festgestellt werden.

Wie kann man seine Ernährung umstellen?

Wird eine Laktoseintoleranz festgestellt, so gibt es laut der Ernährungsberaterin Jennifer Fritz mehrere Phasen bei der Umstellung des Speiseplans: In der ersten Phase, der Karenzphase, lässt man die Laktose rund vier Wochen lang weg und führt Protokoll über Beschwerden. In der zweiten Phase, der Testphase, bekommt man über mehrere Wochen Lebensmittel mit einem mäßigen Laktosegehalt, um die individuelle Toleranz festzustellen.

In der Langzeiternährung (Phase drei) geht es darum, einen Speiseplan zusammenzustellen, bei dem man wieder regelmäßig verträgliche Milchprodukte und Nährstoffe wie Kalzium mit Genuss zu sich nehmen kann. Eine Beratung hilft dabei. ■ NATASCHA PLANKERMANN

Bei uns werden Sie sicher fündig!

KVbörse

Von Praxisübernahme über
Kooperationen bis hin zu
medizinischen Geräten:

Jetzt auch mit Stellen für
WEITERBILDUNGSASSISTENTEN

www.kvboerse.de



iFOB-Test richtig abrechnen

Im Mai und Juni erreichten die Serviceteams viele Fragen zu dem immunologischen Stuhltest-Verfahren iFOBT. Den Test können Praxen seit 1. April 2017 abrechnen.

Ab wann müssen wir den neuen Test verwenden?

Seit 1. April 2017 dürfen Sie den Test auf Blut im Stuhl im Rahmen der Krebsvorsorge, also

präventiv, ausschließlich mit dem iFOBT durchführen. Für die kurative Untersuchung gilt diese Pflicht erst ab dem 1. Oktober 2017.

Können wir die Stuhltestbriefchen aufbrauchen? Gibt es eine Übergangsfrist?

Nur im kurativen Bereich können Sie den Hämoccult-Test bis zum 30. September 2017 anwenden und mit der Gebührenordnungsposition (GOP) 32040 ab-

rechnen. Ab 1. Oktober 2017 ist auch kurativ nur noch der iFOBT verwendbar.

Was kann ich beim präventiven iFOBT abrechnen?

Für die Ausgabe und Rücknahme des Teströhrchens mit Weiterleitung zur Untersuchung im Rahmen der Krebsvorsorge rechnen Sie die GOP 01737 ab.

Kann ich als Hausarzt den iFOB-Test durchführen und die GOP 01738 abrechnen?

Nein. Die GOP 01738 (präventive Bestimmung) wie auch die GOP 32457 (kurative Bestimmung) sind nur mit einer entsprechenden Genehmigung für das Speziallabor abrechnungsfähig.

Was kann ich abrechnen, wenn der Patient das Teströhrchen nicht zurückbringt?

Dafür gibt es keine Abrechnungsmöglichkeit. Ohne Weiterleitung des Teströhrchens zur Untersuchung ist der Leistungsinhalt der GOP 01737 nicht erfüllt.

Was kann ich für die Ausgabe abrechnen, wenn der iFOBT kurativ erfolgt?

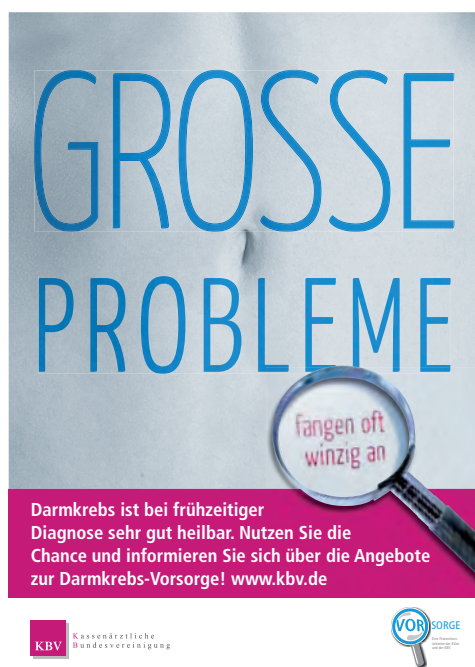
Ab 1. April 2017 können Sie auch im kurativen Bereich den iFOBT verwenden. Ausgabe und Rücknahme des Teströhrchens mit Weiterleitung zur Untersuchung sind mit der Versicherten- oder Grundpauschale abgegolten. Sie können also nichts zusätzlich abrechnen.

Was wird auf der Überweisung ans Labor vermerkt?

Präventiv: „iFOBT erbeten“, Felder „präventiv + Auftragsleistung“ ankreuzen; das Labor rechnet dann die GOP 01738 ab. Kurativ: „iFOBT erbeten“, Felder „kurativ + Auftragsleistung“ ankreuzen; das Labor rechnet dann die GOP 32457 ab.

In welchem Alter kann ich den iFOBT präventiv ausgeben?

Zwischen 50 und 54 Jahren haben Patienten einmal jährlich den Anspruch auf einen iFOB-Stuhltest. Ab dem Alter von 55 Jahren können die Patienten zwischen zwei Koloskopien im Abstand von zehn Jahren oder einem iFOBT alle zwei Jahre wählen.



Mehr Infos unter kbv.de
KV | 160738

Gut gerüstet in den Urlaub

Die Sommerferien stehen – auch für viele Praxen. Vor dem Urlaub sollten sie die Vertretung regeln.

Vertragsärzte benötigen bereits ab einem Tag Urlaub eine Vertretung. Zudem müssen die Patienten informiert werden. Dies sollte durch einen Aushang an der Praxistür und eine Ansage auf dem Anrufbeantworter erfolgen. Falls die Praxis einen Internetauftritt pflegt, kann auch hier ein markanter Hinweis gesetzt werden.

Bei einer Abwesenheit von mehr als einer Woche muss zudem die zuständige Kreisstelle der Kassenärztlichen Vereinigung unter Angabe von Anschrift, Telefonnummer sowie Sprechzeiten des Vertreters Kenntnis hiervon erhalten. „Die Einhaltung dieser Regeln sichert die Versorgung der Patientinnen und Patienten, erspart unnötige Wege sowie Telefonate und ist einem guten und stabilen Arzt-Patienten-Verhältnis förderlich“, bekräftigt Dr. med. Andre Schumacher, Vorsitzender der Kreisstelle Düsseldorf der KV Nordrhein.

Wer darf vertreten?

Der Vertreter muss mit abgeschlossener Weiterbildung im selben Fachgebiet zugelassen sein wie der Arzt, den er vertritt. Im hausärztlichen Bereich darf auch ein Internist einen Allgemeinmediziner vertreten, wenn beide im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig sind. Der Vertreter darf nur Leistungen erbringen und abrechnen, für die er und der Vertragsarzt, den er vertritt, qualifiziert sind. Gegenseitig vertreten können sich Ärzte mit gleicher fachlicher Qualifikation in einer Gemeinschaftspraxis – wie auch angestellte Ärzte und ihre Arbeitgeber.

Psychotherapeuten dürfen sich nicht bei probatorischen Sitzungen oder einer genehmigten

Psychotherapie vertreten lassen. Das gilt für alle ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Persönliche oder kollegiale Vertretung

Erfolgt die Vertretung innerhalb der gleichen Praxis (persönliche „echte“ Vertretung), darf der Vertreter alle Leistungen erbringen, für die der Vertretene eine Genehmigung innehat – vorausgesetzt, er verfügt über die entsprechende Sach- und Fachkunde. Lässt sich der Arzt außerhalb seiner Praxis vertreten (kollegiale Vertretung), gelten die entsprechenden Genehmigungen des Vertreters.

Die Berufshaftpflichtversicherung sollte Vertreter und Vertretenden ausreichend absichern. Eine Praxisvertretung außerhalb kollegialer Vereinbarungen muss der eigenen Haftpflichtversicherung zuvor angezeigt werden.

■ SIGRID MÜLLER

In unserem Internet-Angebot haben wir Tipps für die Ansage des Praxisanrufbeantworters in den Ferien zusammengestellt: kvno.de

KV | 160739

Checkliste Urlaubsvertretung



- Termine mit Vertreter koordinieren
- Patienten im Vorfeld informieren: Aushang, Hinweis auf Homepage, AB besprechen
- KV informieren bei mehr als einer Woche Abwesenheit
- Qualifikationen des Vertretungsarztes prüfen
- Berufshaftpflichtversicherungen prüfen

Publikumsmagnet Praxisbörsentag



Rund 400 Ärzte und Psychotherapeuten haben am 20. Mai den Praxisbörsentag der KV Nordrhein in Düsseldorf besucht und sich rund um die Themen Praxisabgabe und Praxisübernahme informiert. Zudem konnten sich die Besucher persönlich von Experten der KV Nordrhein beraten lassen. Rund 700 Anzeigen gaben Medizinern und Therapeuten Gelegenheit, entweder ihre Wunschpraxis im Rheinland oder einen geeigneten Praxis-Nachfolger zu finden. Der nächste Praxisbörsentag findet am 14. Oktober im Maternushaus in Köln statt.

QEP-Manual für Psychotherapeuten erschienen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben ein neues QEP-Manual speziell für Psychotherapeuten herausgebracht. Das Manual soll psychotherapeutische Praxen beim Aufbau des internen Qualitätsmanagement-Systems unterstützen. In dem 186-seitigen Handbuch inklusive CD-ROM finden sich beispielsweise Hinweise und Musterdokumente zur Terminvergabe und zum telefonischen Erstkontakt sowie zum Thema Datenschutz und Datensicherheit. Auch für den Bereich der Therapieentscheidung und -planung gibt es nützliche Informationen und Ablaufbeschreibungen.

QEP berücksichtigt eine Vielzahl gesetzlicher Vorgaben und kann damit auch als Umset-

zungshilfe für Neuerungen im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie genutzt werden, beispielsweise für die Organisation der Psychotherapeutischen Sprechstunde, der Akutbehandlung und der Rezidivprophylaxe.

Das Qualitätsmanagement-System „QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen“ wurde von der KBV und den KVen als Serviceangebot für die Niedergelassenen entwickelt, um sie bei der Einführung des internen Qualitätsmanagements zu unterstützen. So bietet QEP für alle praxisrelevanten Themen Qualitätsziele und konkrete Vorschläge zur Umsetzung an.

Das QEP-Manual kostet 49,85 Euro. Sie können es bestellen auf kvno.de | [KV | 170743](http://kvno.de)

KVNO und BKK-LV Nordwest gewinnen dfg Award

Die KV Nordrhein und der BKK-Landesverband Nordwest (BKK-LV NW) haben für ihren Antibiotika-Vertrag den dfg Award in der Kategorie „Herausragende Innovation in der Versorgung der Patienten“ gewonnen. Mit dem deutschlandweit bisher einmaligen Vertrag geschaffen der BKK-LV NW und die KV Nordrhein Anreize für Vertragsärzte, bei Behandlungen vor dem Einsatz von Antibiotika durch Wirksamkeitstests festzustellen, ob überhaupt eine Antibiotika-Therapie nötig und sinnvoll ist – und wenn ja, welche. Zu diesem Zweck wird die Erstattung diagnostischer Verfahren verbessert und der höhere Beratungsaufwand des Arztes honoriert. Als Modellregionen sind

dafür die Ruhrgebietsstädte Essen und Duisburg ausgewählt worden. Den sogenannten „Oscar“ der Gesundheitsbranche gibt es bereits seit 2009, er wird jährlich an Unternehmen und Verbände für innovative Leistungen und Angebote verliehen.

■ MED



© Jan-Rasmus Lippels

Nahmen den Award für die KVNO entgegen: Dr. med. Carsten König, Stellvertretender Vorsitzender (ganz re.) und Dr. med. Karlheinz Großgarten, Geschäftsbereichsleiter Außenbeziehungen (2. v. re.).

Cave: Nachbesetzungsverfahren

Nicht selten bewerben sich vermeintliche Interessenten auf einen Vertragsarzt- oder Psychotherapeutenplatz mit dem Ziel, dem Praxisabgeber und/oder weiteren Bewerbern zu einem späteren Zeitpunkt das Angebot zu unterbreiten, ihre Bewerbung gegen Entrichtung einer „Entschädigung“ zurückzuziehen. Ob und inwieweit hier strafbares Verhalten vorliegt, ist anhand der konkreten Umstände des Einzelfalles zu prüfen und gegebenenfalls wei-

terzuverfolgen. Die KV Nordrhein empfiehlt potenziellen Praxisabgebern oder Bewerbern, sich nicht unter Druck setzen zu lassen und das Nachbesetzungsverfahren – wie vorgesehen – durchzuführen. Sollten Ihnen schriftliche oder auch mündliche Angebote dieser Art gemacht werden, informieren Sie bitte die Geschäftsstellen der Zulassungsausschüsse, damit der Sachverhalt geprüft und gegebenenfalls weitere Schritte eingeleitet werden können. ■ BAR

Neue Broschüre: Soziotherapie

Eine neue 12-seitige Broschüre aus der Reihe PraxisWissen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bietet Hinweise zur Verordnung von Soziotherapie – ein Hilfsangebot für psychisch schwer kranke Patienten. Sie werden mithilfe der Soziotherapie unterstützt, selbstständig ambulante Therapieangebote in Anspruch zu nehmen und möglichst eigenständig zu leben. Die Broschüre stellt das Betreuungsangebot vor und zeigt, wie die Zusammenarbeit zwischen Facharzt, Soziotherapeut und Patient funktioniert. Den Schwerpunkt bildet die Ver-

ordnung: Für welche Patienten ist Soziotherapie geeignet? Welche Ärzte dürfen die Leistung verordnen? Was ist bei einer Überweisung zu beachten? Diese und weitere Fragen werden in der Broschüre beantwortet und anhand von Praxisbeispielen erläutert. Die Broschüre steht derzeit ausschließlich als PDF-Dokument zur Verfügung. Im Gemeinsamen Bundesausschuss werden noch Details zu Verordnungen durch Psychologische Psychotherapeuten verhandelt. Sind die Verhandlungen abgeschlossen, wird die Broschüre aktualisiert und gedruckt.



Mehr Infos unter kvno.de

KV | 170741



Start-up in die Niederlassung

Die Arztpraxis organisiert und sicher

Informationstag für Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassungsphase

Samstag | 9. September 2017 | 9.30 – 16 Uhr

Bezirksstelle Köln | Sedanstraße 10-16 | 50668 Köln

Vorträge

- Begrüßung und Einführung in die Welt der GKV-Versorgung
- Organisation und Qualitätsmanagement in der Arztpraxis
- Vorstellung – Beratungskonzept der KV Nordrhein für die Startphase der Niederlassung
- Wichtige Abläufe in der Praxis
- Der Arzt als Arbeitgeber
- Hygiene – Schutz für Patienten und Mitarbeiter
- Vorteile einer modernen IT-Infrastruktur
- Aufgaben und Leistungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)
- Datenschutz und Vertraulichkeit
- Ausgabe der Zertifikate

Begrenzte Teilnehmerzahl

Anmeldung erforderlich unter

E-Mail anmeldung@kvno.de

Fax 0211 5970 9990

Zertifizierung beantragt



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

www.kvno.de

Kooperation mit MDK Nordrhein: Fortbildung zu Pflege und Reha

Zu Beginn des Jahres trat der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in Kraft. Seither orientiert sich die Pflegebedürftigkeit nicht mehr an einem in Minuten gemessenen Hilfebedarf, sondern daran, wie stark die Selbstständigkeit beziehungsweise die Fähigkeiten eines Menschen bei der Bewältigung seines Alltags beeinträchtigt sind und ob er deshalb der Hilfe anderer bedarf. Was bedeutet der neue Pflegebegriff für Arzt und Patient? Welche Empfehlungen kann der Arzt aussprechen und welche Informationsquellen sind geeignet? Diese und weitere Fragen beantworten MDK-Experten während der sozialmedizinischen Fortbildung für Mitglieder der KV Nordrhein zu den Themen Pflege und Rehabilitation.

Termin 5. Juli 2017
15.30 bis 19.30 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Anmeldung MDK Nordrhein
Emilia Pateraki
Telefon 0211 1382 151
Telefax 0211 1382 444
E-Mail fortbildung@mdk-nordrhein.de

Konflikte und Aggressionen im Umgang mit Patienten

Von verbalen Attacken über Aggressionen bis zur Gewalt – Ärzte und andere Beschäftigte im Gesundheitswesen gehören statistisch gesehen zu den am meisten gefährdeten Berufsgruppen.

Die dadurch unter Umständen entstehenden psychischen Belastungen werden nur selten aufgearbeitet, prophylaktische Maßnahmen zur Konfliktprävention bisher zu wenig ergriffen. Als Bestandteil des praxisinternen Arbeitsschutz- und Risikomanagement-Konzepts ist die Fortbildung für Mitarbeiter von Gesundheitseinrichtungen aller Fachrichtungen geeignet. Das Konzept spricht sowohl Ärzte als auch nicht-ärztliches Personal an.

ZERTIFIZIERT | 5 Punkte

Termin 22. September 2017
14.30 bis 19 Uhr
Kosten 110 €
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Anmeldung bitte schriftlich
Nordrheinische Akademie
Tanja Kohnen
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Telefax 0211 4302 2809
E-Mail tanja.kohnen@aekno.de

19. Nordrheinischer Praxisbörsentag der KV Nordrhein

Der Praxisbörsentag bietet Praxisabgebern und -nachfolgern die Möglichkeit, persönlich in Kontakt zu treten oder ein Inserat auf einer der Pinnwände zu hinterlassen. Vorträge während des Praxisbörsentags greifen Themen wie Perspektiven der Niederlassung, den Ablauf der Praxisabgabe und -übernahme, Praxiswertermittlung, steuerliche Aspekte der Abgabe und Finanzierung einer Praxis auf. Die Besucher können sich zudem persönlich von Experten der KV Nordrhein beraten lassen.

Termin 14. Oktober 2017
9 bis 15 Uhr
Ort Maternushaus Köln
Kardinal-Frings-Str. 1-3
50668 Köln

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

Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten

01.07.2017	Nordrheinische Akademie: „Notfallmanagement in der Praxis – Nadelstichverletzungen“, Düsseldorf
■ 05.07.2017	KV Nordrhein in Kooperation mit dem MDK Nordrhein: „Sozialmedizinische Fortbildung zu Pflege und Rehabilitation“, Düsseldorf
07.07.2017	Nordrheinische Akademie: „Organisation des Notfallmanagements“, Düsseldorf
12.07.2017	IQN: „Gefäßchirurgische Eingriffe“, Düsseldorf
■ 30.08.2017	KV Nordrhein: „Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis“, Köln
■ 09.09.2017	KV Nordrhein: „Start-up in die Niederlassung“, Köln
22.09.2017	Nordrheinische Akademie: „Tatort Klinik und Praxis – Konflikte und Aggressionen im Umgang mit Patienten“, Düsseldorf
27.09.2017	IQN: „Arzneimittelsicherheit bei Kindern sowie in der Schwangerschaft und Stillzeit“, Düsseldorf

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

■ 05.07.2017	KV Nordrhein: „Führung I – Führungsqualitäten entwickeln“, Düsseldorf
■ 06.07.2017	KV Nordrhein: „Fit am Empfang – der erste Eindruck zählt“, Köln
07.–08.07.2017	Nordrheinische Akademie: „Perfekt am Telefon – und alles spricht für Sie“, Düsseldorf
■ 07.07.2017	KV Nordrhein: „Stress lass nach – der Weg zu mehr Gelassenheit“, Köln
■ 12.07.2017	KV Nordrhein: „Workshop Sprechstundenbedarf (SSB)“, Köln
30.08.2017	IQN: „Neue Impulse für den Praxisalltag: Hautschutz – Infektionsschutz – Arbeitsschutz“, Düsseldorf
■ 01.09.2017	KV Nordrhein: „Diagnosekodierung in der Praxis – Aufbaukurs“, Düsseldorf
■ 01.09.2017	KV Nordrhein: „Führung III – Wo steht Ihr Team?“, Köln
■ 06.09.2017	KV Nordrhein: „Abrechnung Hausärzte“, Düsseldorf
■ 06.09.2017	KV Nordrhein: „Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis – Schwerpunkt: psychische Störungen“, Mettmann
■ 08.09.2017	KV Nordrhein: „MFA-Startup“, Düsseldorf
■ 13.09.2017	KV Nordrhein: „Bundesweite Richtlinien“, Köln
■ 14.09.2017	KV Nordrhein: „Du gehst mir auf den Geist – Umgang mit schwierigen Menschen“, Köln
■ 15.09.2017	KV Nordrhein: „Kommunikation – verstehen und verstanden werden“, Düsseldorf
22.09.2017	Nordrheinische Akademie: „Tatort Klinik und Praxis – Konflikte und Aggressionen im Umgang mit Patienten“, Düsseldorf

Veranstaltungen für Patienten

■ 07.07.2017	KV Nordrhein: „Wenn jeder Tag zählt – gut versorgt am Lebensende“, Düsseldorf
■ 04.10.2017	KV Nordrhein in Zusammenarbeit mit dem Rhein-Boten/NRZ: „Erkältung, Grippe und Co.“, Düsseldorf

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter kvno.de/termine

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

Frank Naundorf (verantwortlich)
Dr. Heiko Schmitz
Simone Heimann
Marscha Edmonds

Redaktionsbeirat

Dr. med. Frank Bergmann, Dr. med. Carsten König,
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: 25.000

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

Vorschau „KVNO ■ aktuell“ 8+9 | 2017

■ Kooperation

Praxisnetze in Nordrhein

■ Abrechnung

Mehrere Übertragungsmöglichkeiten

■ Service

Unterstützung bei der Praxisführung

■ Bundestagswahl

Gesundheitsprogramme im Überblick

Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell

erscheint am 7. September 2017.

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