

11 | 2013

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Hintergrund

Reha-Sport | Wie Patienten richtig in Bewegung kommen

Schwerpunkt

Praxis | Mehr Möglichkeiten für die Delegation vereinbart

Aktuell

EBM | Keine K.o.-Regelungen für bereichsübergreifende BAG

Praxisinfo

Laborwerte | Wer die Therapie durchführt, erhebt und kontrolliert



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Delegation: Hat Ihre Praxis das gewisse Extra?
- 4 Auf Teamwork bauen

Aktuell

- 7 Alte Versichertenkarten 2014 weiter einsetzbar
- 7 Krebsregister: Bis zu 50.000 Euro Bußgeld
- 8 Honorarvereinbarung: Viel Luft nach oben
- 9 EBM: Keine K.o.-Regeln für Kooperationen

■ Verordnungsinfo

- 11 Abgabe unterschiedlicher Packungsgrößen
- 11 Maxalt und Palexia von der Me-too-Liste gestrichen
- 11 AOK richtet Hilfsmittel-Servicestellen ein

■ Praxisinfo

- 12 Mutterschaftsrichtlinie: Übergangsregelung

- 12 Einheitlicher Kurarztvertrag in Kraft
- 12 Laborwerte: Wer Therapie durchführt, kontrolliert
- 13 Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse
- 13 Grippeimpfung ohne STIKO-Indikation
- 13 Der neue EBM in der Praxissoftware

Hintergrund

- 14 Reha-Sport: Richtig in Bewegung kommen
- 17 Rehabilitationssport in Nordrhein-Westfalen
- 18 Standpunkt: Herzsport-Gruppen helfen

Berichte

- 19 Notfallpraxis Leverkusen: 16.000 Patienten pro Jahr
- 20 Die ambulante Versorgung im Jahr 2030
- 24 Gynäkologe zum Schadensersatz verurteilt
- 26 Masernimpfung: Deutschland floppt

Service

- 28 Fragen und Antworten rund um den neuen EBM
- 29 Organspende: Verspieltes Vertrauen
- 30 RLV-Fallzahl – Ausnahmen bei der Berechnung

In Kürze

- 32 Image-Kampagne steigert Reichweite
- 32 Notdienst: Ab Juli 2014 nur noch unter 116 117
- 32 Neue Druckfunktion in der Onlinesuche
- 33 Ärzteversorgung: Neuer Antrag bei Jobwechsel
- 33 Patienteninfo Heilmittel lieferbar
- 33 Dokumentieren – Was sollen wir aufarbeiten?



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

so schnell kann es gehen: Noch wenige Wochen vor der Bundestagswahl erklärte uns im Haus der Ärzteschaft Daniel Bahr, wie er sich seine nächsten Amtsjahre als Minister vorstellt – jetzt ist die FDP nicht einmal mehr im Bundestag vertreten. Wir bekommen mit größter Wahrscheinlichkeit, der Koalitionsvertrag war bei Redaktionsschluss noch nicht unterschrieben, ein schwarz-rotes Bündnis, dessen Protagonisten auf dem Weg zur Regierungsbildung viele Themen besprochen haben. Zur Gesundheitspolitik war nicht viel zu hören, trotz der Tatsache, dass die SPD mit ihren Plänen einer Einheits-„Bürgerversicherung“ einen fundamentalen Systemwechsel im Wahlprogramm stehen hatte. Wir sind gespannt, was davon übrig bleibt – und wer künftig das Gesundheitsressort auf Bundesebene leitet.

Das Ergebnis der Honorarverhandlungen auf Bundesebene kennen wir bereits. Anders als im vergangenen Jahr, in dem uns und die Medien die Honorarverhandlungen auf Bundesebene zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband monatelang beschäftigt haben, wurde dieses Jahr weitgehend ohne Nebengeräusche verhandelt.

Das Ergebnis ist abermals eine Empfehlung für die regionalen Honorarverhandlungen, die wir auch in Nordrhein inzwischen begonnen haben. Fest steht: Es kann bei uns nicht um das Drehen an kleineren Stellschrauben und nicht um perspektivische Weichenstellungen gehen.

Was wir in Nordrhein brauchen, ist eine wesentliche Angleichung der Mittel für die ambulante Versorgung, die uns nicht nur zeitweilig, sondern nachhaltig auf den Bundesdurchschnitt bringt. Die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs wird die strukturelle Benachteiligung sicher nicht beenden – das hat auch KBV-Chef Andreas Köhler bei seinem jüngsten Besuch in Düsseldorf festgestellt.

Hohen Besuch hatten wir auch bei der Präsentation unseres Versorgungsreports. Unsere NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens war nur eine von vielen Gästen aus Politik und Medien, die unseren Report sehr gelobt haben – als wichtigen Beitrag für die Arbeit an der Versorgung von heute und morgen. Wir haben mit dieser Studie öffentlich gemacht, was wir zu leisten imstande sind, um die ambulante ärztliche Versorgung flächendeckend aufrechtzuerhalten. Wir haben aber auch deutlich gemacht, unter welchen Rahmenbedingungen die KV Nordrhein den Sicherstellungsauftrag erfüllt – Rahmenbedingungen, für die auch die Politik mit verantwortlich ist. Unabhängig von Koalitionen und Personen.

Herzliche Grüße

Dr. Peter Potthoff

Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier

Vorstand

Hat Ihre Praxis das gewisse Extra?

Unter dem verheißungsvollen Titel „Praxis mit dem gewissen Extra“ lud am 22. Oktober die Arbeitsgemeinschaft Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg (IGiB) nach Berlin ein. Ärzte, medizinisches Assistenzpersonal, Vertreter von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen diskutierten die unterschiedlichen Möglichkeiten des Einsatzes und der Fortbildung arztentlastender Fachkräfte, die zur Durchführung ärztlich delegierter Leistungen eingesetzt werden.



Der GKV-Spitzenverband und die KBV haben jüngst eine Vereinbarung darüber getroffen, welche Leistungen ein Arzt delegieren kann. Jetzt verhandeln sie im Bewertungsausschuss über die Vergütung von MFA-Leistungen.

Mit Unterstützung des brandenburgischen Gesundheitsministeriums hatte die IGiB, eine Arbeitsgemeinschaft aus KV Brandenburg, Barmer GEK und AOK, ein ebenso interessantes wie vielfältiges Programm zusammengestellt. Geboten wurde ein kompakter Überblick über die Diversität der zum Teil landesspezifischen Fortbildungsangebote, welche überwiegend unter wohlklingenden Namen wie EVA, Ver-AH, MoNi oder Agnes angeboten werden. Trotz der Vielfalt, liegt allen Modellen ein gemeinsames Ziel zu Grunde: Verbesserung der Versorgungsqualität und Entlastung des Arztes.

Dass die Voraussetzungen hierfür in den einzelnen Bundesländern entsprechend der Be-

völkerungsdichte, der Arztdichte und -verteilung sowie der Infrastruktur ausgesprochen unterschiedlich sind, liegt auf der Hand. Die ärztliche Versorgung in der Häuslichkeit des Patienten ist in ländlichen Gebieten Brandenburgs sicherlich mit anderen Schwierigkeiten verknüpft, als in einer Essener Innenstadtpraxis. Nicht zuletzt diese unterschiedlichen Bedarfe erklären die große Anzahl- und die inhaltlichen Unterschiede der einzelnen Modelle.

Um trotzdem eine einheitliche Grundstruktur gemäß der Vorgabe im Sozialgesetzbuch V zu schaffen, haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband bereits 2009 die Delegationsvereinbarung als Teil des Bundesmantelvertrages eingeführt. In ihr ist dezidiert festgelegt, welche Zusatzqualifikationen eine Mitarbeiterin haben muss, um ärztlich angeordnete Hilfeleistungen in der Häuslichkeit des Patienten zu erbringen.

EVA erfüllt das Soll

Das nordrheinwestfälische Fortbildungscurriculum zur „EVA – Entlastende Versorgungsassistentin“ entspricht diesen Vorgaben. Es ist inhaltlich zudem identisch zum Bundesärztekammercurriculum „Nichtärztliche Praxisassistentin“.

Zeitgleich zur Delegationsvereinbarung wurden 2009 zwei neue EBM-Ziffern zur Abrech-

nung dieser Leistungen eingeführt. In ihnen ist eine Vergütung von 17 Euro (bzw. 12,50 Euro in Alten- und Pflegeheimen) pro Hausbesuch der Medizinischen Fachangestellten (MFA) festgelegt. Abrechenbar sind diese Positionen jedoch nur in Gebieten mit hausärztlicher Unterversorgung – in Nordrhein ist dies in keinem Planungsbezirk der Fall.

Honorar für MFA-Hausbesuche

Bis Mitte 2014 will der Bewertungsausschuss dieses Kriterium jedoch erneut prüfen. Die Chancen stehen gut, dass die beiden neuen EBM-Ziffern dann flächendeckend und unabhängig vom Grad der ärztlichen Versorgung abrechenbar werden; vorausgesetzt die auf Hausbesuch gehende MFA hat eine Fortbil-

dung wie die EVA absolviert. Konsens herrschte auf dem Berliner Kongress darin, dass die Delegation ärztlicher Leistungen ein probates Mittel zur Arztentlastung und zur Optimierung der Versorgungsstruktur ist.

Auch Rechtsfragen rund um die Delegation wurden diskutiert. Die Gesamtverantwortung für den Behandlungsverlauf liegt und verbleibt beim Arzt. Auch wenn die MFA bzw. EVA den Hausbesuch alleine durchführt. Bei der Frage welche Leistungen überhaupt delegiert werden dürfen, hilft die Liste die die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband ergänzend zur Delegationsvereinbarung herausgegeben haben.

■ DR. CAROLINE KÜHNEN

Die Vereinbarung inklusive Beispielkatalog finden Sie unter www.kbv.de

KV 131103

Das darf das Praxispersonal

Welche Leistungen dürfen Medizinische Fachangestellte und andere qualifizierte Praxismitarbeiter übernehmen? Mit dieser Frage haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband beschäftigt – und eine Vereinbarung gefunden. Sie trat am 1. Oktober in Kraft und regelt den Handlungsrahmen des nichtärztlichen Personals.

Eins vorweg: Der Arzt behält die Fäden in der Hand. „Das Prinzip Delegation statt Substitution ist für uns immer oberstes Ziel gewesen“, sagte Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender bei der Präsentation am 23. September in Berlin. Die neunseitige Vereinbarung regelt beispielhaft, welche Tätigkeiten nichtärztliches Personal erbringen darf und welche Anforderungen es erfüllen muss. So kann das Röntgen an MFA, eine Medizinisch-technische Assistentin bzw. Radiologie-Assistentin (MTA bzw. MTRA) delegiert werden. Aber nur wenn diese über eine Fortbildung oder Fachkenntnisse im Strahlenschutz verfügen. Festgelegt ist auch: Bei der Gabe des Kontrastmittels muss ein Arzt anwesend sein. Natürlich stehen auch die Hausbesuche auf der Liste. Der Beispielkatalog enthält zudem spezielle Leistungen, gegliedert nach Fach-

arztgruppen. So können Augenärzte zum Beispiel die Tonometrie an die MFA delegieren.

Generell gilt: Bevor Ärzte Leistungen delegieren, müssen sie selbst einen persönlichen Kontakt zum Patienten gehabt haben. Auch bei sogenannten Risikokonstellationen ist die Anwesenheit des Arztes nötig. Der Arzt entscheidet, ob und an wen er eine Leistung delegiert; er muss seiner Auswahl-, Anleitungs- und Überwachungspflicht nachkommen. Leistungen wie Anamnese, Indikations- und Diagnosestellung oder operative Eingriffe dürfen nicht delegiert werden.

„Besonders vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist die Vereinbarung das richtige Signal. Die Delegation ärztlicher Leistungen ist aus dem Praxisalltag nicht mehr wegzudenken, so KBV-Vorstand Dipl.-Med. Regina Feldmann. Mit dem im Januar 2012 eingeführten Versorgungsstrukturgesetz hatte der Gesetzgeber KBV und Krankenkassen beauftragt, eine Vereinbarung zur Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal zu schließen. Den Vertragsentwurf erarbeitete die KBV gemeinsam mit der Bundesärztekammer.

Auf Teamwork bauen

In 20 Jahren wird es vielerorts besonders an Hausärzten mangeln. Eine Maßnahme, um gegen diesen Trend das Versorgungsniveau zu halten, ist die stärkere Arbeitsteilung in den Praxen. Mit der fachlichen Fortbildung zur Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA) haben die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein-Westfalen frühzeitig die Weichen gestellt, damit Hausärzte von Routinetätigkeiten entlastet werden.

Eine der Versorgungsassistentinnen ist Sabrina Ostrowski, die in der Praxis von Reiner Cremer in Troisdorf im Rhein-Sieg-Kreis als Medizinische Fachangestellte arbeitet: „Meine Arbeit besteht jetzt auch aus Hausbesuchen, Blutabnahmen, allgemeinen Kontrollen oder Spritzen geben. Der Arzt muss die Indikation gestellt haben – und er trägt letztendlich auch die Verantwortung für die Behandlung.“

Damit sich der delegierende Arzt als auch die Patienten auf die Qualität der Leistungen verlassen können, muss jede EVA ein anspruchsvolles Curriculum absolvieren. Leider gibt es derzeit keine materiellen Anreize für den Einsatz der Versorgungsassistentinnen, denn die Leistungen sind nicht abrechenbar. Noch nicht. In Berlin diskutieren die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband, ob die EVAs und Co künftig ihre Leistungen überall abrechnen können – nicht nur in unterversorgten Gebieten oder im Rahmen besonderer Vereinbarungen.

Dennoch hat sich Reiner Cremer 2012 für die Investition in die Ausbildung seiner Angestellten entschieden. „Es gibt Dinge, die ein Arzt notgedrungen machen muss, wofür er aber schlicht überqualifiziert ist, oder aufgrund des Ärztemangels gar keine Zeit mehr hat“, sagt der Facharzt für Allgemeinmedizin.

Eine EVA macht das, was medizinische Assistenzberufe kennzeichnet: Auf Anordnung ei-

nes Arztes gewisse Leistungen erbringen. Typische Beispiele sind die Wundversorgung und die Verabreichung von Spritzen. Bevor die EVA in Aktion treten kann, muss daher ein Mediziner den Patienten persönlich untersucht und die Details der Anwendung bestimmt haben.

Die neue Form der Zusammenarbeit ist keine rein funktionale Arbeitsteilung. Sabrina Ostrowski: „Die Patienten haben zu uns einen anderen, privateren Zugang. Wenn Sie etwas nicht verstehen, trauen sich viele nicht, den Arzt anzusprechen, sondern kommen zu uns. Wir sind ja auch häufiger vor Ort und sehen, wenn die häusliche Situation abrutscht.“ Als Beispiel nennt Sie die Situation, dass ältere Patienten sich in der Apotheke auf eigene Kosten Medikamente besorgen, obwohl sie nur wenig Geld haben. „Sie wissen nicht, dass dies unter Umständen die Kassen tragen müssen. Wenn ich vor Ort bin und das sehe, kann ich es ansprechen und wir können helfen“, sagt die 27-Jährige. Zusätzliche Infos zur Lebenslage und zu psychosozialen Besonderheiten des Patienten – das ist der qualitative Bonus, den der Einsatz der Versorgungsassistentin für den Arzt verspricht.

Eine Investition in Qualität

„EVA-Einsätze werden in meinem Fall leider nicht von den Kassen getragen, noch nicht einmal die Fahrtkosten. Ich als Arzt profitiere davon, weil ich entlastet werde und mehr Patienten ohne zusätzlichen Zeitaufwand

betreuen kann", so Cremer.

Nach der Ausbildung steigt die EVA im doppelten Sinne im Wert: Sie wird in der Regel mehr verdienen und übernimmt höher qualifizierte Aufgaben. „Es ist schön wenn man sich weiterbilden kann und Menschen noch mehr unterstützen und helfen kann“, so Sabrina Ostrowski. Für ihre Zusatzqualifikation musste sie nach Düsseldorf fahren. „Das Leistungsniveau ist anspruchsvoll, aber zu schaffen. Die Ausbildung ist zeitintensiv: mittwochs, freitags, samstags oder sonntags ist der Unterricht.“ Die Kurse waren dennoch immer gut besucht. „Meine Arbeit hat sich dadurch verändert. Ich bin motivierter, habe mehr Spaß, werde ernster genommen. Die Ausbildung gab mir eine Perspektive, bot eine Weiterentwicklung“, begründet sie ihren Einsatz.

Grenzen der Delegation

„Wir stoßen schnell auch an Grenzen der Übertragbarkeit von Aufgaben. Wenn die EVA eine intramuskuläre Spritze verabreicht, sollte der Patient noch eine Weile beobachtet werden, falls es zu Komplikationen kommt. Die Komplikationen wären dann klar wieder vom Arzt zu behandeln“, meint Reiner Cremer. Genau hier sieht er auch das Problem bei delegierbaren Leistungen. Was, wenn es zu absehbaren Komplikationen kommt? Und wenn er gerade nicht abkömmlich ist?

„Diesen Weg möchte ich im Interesse der Patienten nicht mitgehen. Wenn meine EVA zu Patienten fährt, bin ich im Notfall schnell zur Stelle. Wir koordinieren die Termine miteinander. Selbst einen Gipswechsel würde ich außerhalb der Praxis nicht delegieren, denn auch der muss fachmännisch sitzen und darf nicht drücken. Die Grenze ist also durch die Haftung gesetzt. Die EVA muss Komplikationen

Sabrina Ostrowski
Seit 2004 arbeitet sie für Reiner Cremer. Sie absolvierte die 1,5-jährige Fortbildung zur EVA.

» *Ich arbeite jetzt mehr mit den Patienten, bin häufig auf Hausbesuche und entlaste den Mediziner, so gut es geht.* «



Reiner Cremer
Seit 1994 führt er eine Hausarztpraxis in Troisdorf bei Bonn.

» *Entlastung für den Hausarzt heißt nicht mehr Freizeit für diesen, sondern mehr freie Zeit für die Patienten.* «

bei einer Wunde erkennen, aber nicht behandeln können“, so Cremer.

Sabrina Ostrowski pflichtet ihrem Chef bei: „Diese Verantwortung will ich auch nicht tragen. Wenn ich erkenne, etwas stimmt mit den Medikamenten nicht, sie wirken nicht richtig oder falsch, dann melde ich das. Aber ich könnte ja nicht sagen, warum das so ist. Ich kenne die Wechselwirkungen der Medikamente nicht.“

„Mehr EVA wären sicherlich zweckdienlich, damit Ärzte weiter entlastet werden. Deren Kompetenzen müssten nicht erweitert werden, sondern die Kosten für deren Ausbildung getragen und deren Einsatz entlohnt werden, damit sich mehr Hausärzte eine EVA leisten können“, fordert Cremer. ■ FRANK NAUNDORF

Dieser Artikel fußt auf einem Beitrag aus dem Versorgungsreport der KV Nordrhein.



EVA

Verstärken Sie Ihr Praxisteam

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

Kontakt

Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Telefon: 0211 4302 2834 oder 2835 | E-Mail: akademie@kvno.de

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



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.



Alte Versichertenkarten 2014 weiter einsetzbar

Ab 1. Januar 2014 gelten offiziell die elektronischen Gesundheitskarten (eGK). Die alten Krankenversicherungskarten verlieren am 31. Dezember 2013 unabhängig vom aufgedruckten Ablaufdatum ihre Gültigkeit – spielen aber in der Praxis auch im kommenden Jahr noch eine Rolle. Immer dann nämlich, wenn ein Patient noch keine eGK hat, muss die alte Karte eingelesen werden. Technisch ist das kein Problem.

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben sich auf diese Regelung verständigt. Demnach gibt es eine unbefristete Übergangszeit, in der die bisherigen Krankenversicherungskarten eingesetzt werden können.

Irritierend wirkt vor diesem Hintergrund eine Meldung des GKV-Spitzenverbandes, der Ende September betont hatte, dass ab 1. Januar 2014 nur noch die elektronische Gesundheitskarte gelte – und damit allenfalls die halbe



Wahrheit verkündete. Durch die unbefristete Übergangslösung ist ganz klar geregelt, dass auch die alten Karten wie bisher zum Einsatz kommen können, wenn der Patient keine eGK besitzt. Nach Mitteilung des GKV-Spitzenverbandes sind rund 95 Prozent der gesetzlich Versicherten inzwischen mit einer eGK ausgestattet worden.

Die Zeit der alten Versichertenkarten läuft ab – sie können aber noch eingelesen werden.

Krebsregister: Bis zu 50.000 Euro Bußgeld

Im Zuge der Novelle des Krebsregistergesetzes hat der nordrhein-westfälische Landtag am 16. Oktober beschlossen, die bereits seit 2005 bestehende Meldepflicht drastisch zu verschärfen. Nicht erfolgte Meldungen sind demnach als Ordnungswidrigkeit zu werten und mit einem Bußgeld von bis zu 50.000 Euro zu ahnden. Die KV Nordrhein hat diese Maßnahme öffentlich kritisiert: „Die Verschärfung des Melderechts, insbesondere die völlig unangemessene Höhe des möglichen Bußgelds, lehnen wir ab“, sagte Dr. Peter Potthoff, Vorsitzender des Vorstands der KV Nordrhein.

Die KV Nordrhein hat ihre Kritik bereits im Gesetzgebungsverfahren nachdrücklich zum Ausdruck gebracht. „Die Patienten haben von

der Meldung keinen unmittelbaren Nutzen – und der vermutete Schaden besteht allenfalls in einer minimal verminderten Datenqualität“, so Potthoff. Bei den Ärztinnen und Ärzten bestehe eine hohe Bereitschaft zur Datenübermittlung. Genau deshalb sei die hohe Bußgeldandrohung absolut kontraproduktiv. Zumal weiterhin kein elektronisches Meldeverfahren zur Verfügung gestellt werde, das die KV ihren Mitgliedern empfehlen könne und das auch für Ärzte handhabbar ist, die nur sporadisch Meldungen ans Register vornehmen. „Vor diesem Hintergrund fordern wir, die Verhängung von Bußgeldern solange auszusetzen, bis verbesserte und weithin akzeptierte Meldewerkzeuge und Instrumente zur Verfügung stehen“, sagt Potthoff.

Mehr Infos zum Krebsregister unter www.kvno.de

KV | 131107

Viel Luft nach oben

Obwohl das Schiedsgremium im Erweiterten Bewertungsausschuss hinzugezogen werden musste, liefen die Honorarverhandlungen in diesem Jahr zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband vergleichsweise geräuschlos ab. Für die ambulante medizinische Versorgung der rund 70 Millionen gesetzlich krankenversicherten Menschen in Deutschland stehen 2014 im besten Fall bis zu 800 Millionen Euro mehr zur Verfügung – eine Steigerung von maximal knapp drei Prozent.

Jubelstürme waren ohnehin nicht zu erwarten. Aber selbst Zufriedenheit sieht anders aus: Als „mittelmäßig“ wertete Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbundes, das Ergebnis. „Zu wenig“ ließ Dr. Dirk Heinrich, Vorsitzender des NAV-Virchow-Bundes, über den Abschluss verlauten. Und auch vom Chef des Spitzenverbands der Fachärzte, Dr. Andreas Gassen, war zu hören, dass man nicht wirklich glücklich sei über das Ergebnis.

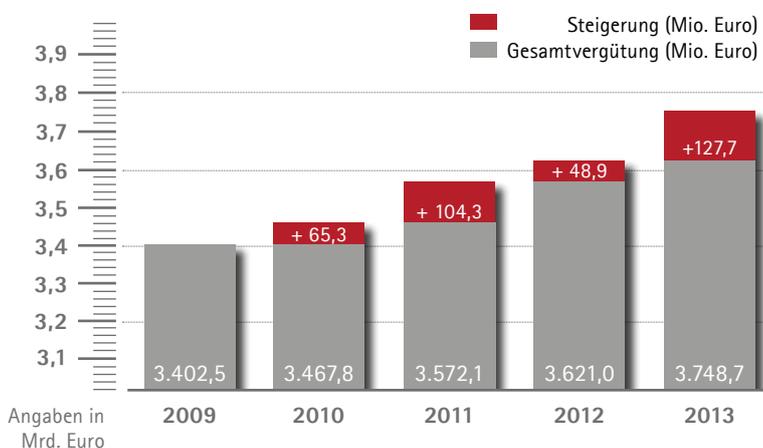
Orientierungswert steigt auf 10,13 Cent
Die Gesamtvergütung steigt 2014 um einen Betrag zwischen 590 und 800 Millionen Euro.

Dieser Betrag ergibt sich durch mehrere Bestandteile:

- Die Preise für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, also der Orientierungswert, steigen um 1,3 Prozent. Das sind 360 Millionen Euro. Der Orientierungswert beträgt damit ab 1. Januar 10,13 Cent. Dieser Wert gilt für Leistungen innerhalb und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Auch die Bewertung der Leistungen, die regional als besonders förderungswürdig eingestuft wurden, steigt um 1,3 Prozent.
- Für den zunehmenden Behandlungsbedarf der Versicherten stellen die Kassen zwischen 90 und 300 Millionen Euro mehr zur Verfügung. Die bundesweiten Veränderungsraten liegen im Schnitt bei 1,4 Prozent (Morbidität) und 0,41 Prozent (Demografie). Die Veränderungsraten bilden die Grundlage für regionale Verhandlungen.
- Zur Förderung von Leistungen der Grundversorgung stellen die Krankenkassen 140 Millionen Euro mehr zur Verfügung. Von diesem Betrag fließen jeweils 70 Millionen Euro in die haus- und in die fachärztliche Versorgung.

Gesamtvergütung in Nordrhein

Die Gesamtvergütung in Nordrhein ist in den vergangenen fünf Jahren um insgesamt 10,2 Prozent gestiegen, also rund zwei Prozent pro Jahr. Sie beläuft sich in diesem Jahr auf 3,75 Milliarden Euro.



Das Resultat auf Bundesebene ist eine Empfehlung, ein Rahmen für die regionalen Verhandler. Mehr nicht. Was tatsächlich vor Ort vereinbart wird, ist noch offen.

Mehr zum Honorar unter www.kbv.de/honorar

■ HSCH

Keine K.o.-Regeln für Kooperationen

Versorgungsbereichsübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften konnten aufatmen: Der Abrechnungsausschluss für die Vorhaltepauschale und den Chronikerzuschlag ist mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 verändert worden. Weitere Änderungen am Einheitlichen Bewertungsmaßstab sind in der Diskussion.

Haus- und Kinderärzte in versorgungsbereichs-übergreifenden Kooperationen dürfen den Chronikerzuschlag (EBM-Nrn. 03220/03221 und 04220/04221) und Vorhaltepauschalen (EBM-Nrn. 03040 und 04040) nun doch neben anderen Leistungen abrechnen.

Ursprünglich war im EBM fixiert, dass die Vorhaltepauschale und der Chronikerzuschlag für Ärzte in versorgungsbereichsübergreifenden Kooperationen in vielen Fällen ausgeschlossen sind. Und zwar immer dann, wenn im Behandlungsfall Leistungen der Onkologie-Vereinbarung, EBM-Nummern aus dem alten K.o.-Katalog (Paragraph 6 Anlage 5 des Bundesmantelvertrages) oder Leistungen aus den Bereichen Phlebologie, Psychotherapie, Schlafstörungsdiagnostik und Schmerztherapie abgerechnet werden. Die Folge: Bei gemeinschaftlicher Berufsausübung hätten Hausärzte in den Kooperationen die genannten Zuschläge und Pauschalen nicht abrechnen können.

Jetzt erhalten Hausärzte in Medizinischen Versorgungszentren, versorgungsbereichsübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und in Praxen mit angestellten Ärzten die Vorhaltepauschale und den Chronikerzuschlag, wenn in einem Behandlungsfall der Hausarzt nur Leistungen der Grundversorgung erbringt und vom mitbehandelnden fachärztlichen Kollegen die zuvor genannten spezialärztlichen Leistungen erbracht werden.

Auf diese Regelung haben sich kurz vor dem Inkrafttreten des neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband geeinigt. Die KBV hatte zuvor angekündigt, sich für eine schnelle Änderung dieses „Geburtsfehlers“ einzusetzen.

Der Bundesverband Medizinische Versorgungszentren äußerte sich zufrieden über die Änderungen: „Damit konnte für Medizinische Versorgungszentren und fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften eine weitere wirtschaftliche Benachteiligung bei der Abrechnung gegenüber Einzelpraxen abgewendet werden.“ Der Verband sieht indes immer noch die Fachärzte in den übergreifenden Kooperationen wirtschaftlich schlechter gestellt als etwa in Einzelpraxen – und fordert auch hier Änderungen am EBM.

Es scheinen aber eher Anpassungen im Hausarzt-EBM auf der Agenda zu stehen. Darüber hat die KBV-Vertreterversammlung bereits am 20. September in geschlossener Sitzung beraten. Am 8. November tritt sie erneut zusammen. Danach dürfte die Marschrichtung für Nachverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband stehen.

■ FRANK NAUNDORF | DR. HEIKO SCHMITZ

Fragen und Antworten rund um den neuen EBM finden Sie auf Seite 28 und im Internet unter www.kvno.de
KV | 131109

Plädoyer für Umverteilung: KBV-Spitze verteidigt EBM-Reform

Die Eckpunkte des neuen Facharzt-EBM und die weitere Entwicklung stellte Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender der KBV, am 27. September im Haus der Ärzteschaft vor. Knapp einen Monat später, am 25. Oktober sprach Dipl.-Med. Regina Feldmann, Vorstandsmitglied der KBV, an gleicher Stelle zu und mit den Hausärzten.

Die Hausärzte sparten nicht mit Kritik an der Gebührenordnung – zum Teil ganz grundsätzlicher Art. Doch viele der circa 300 Anwesenden hatten auch ganz konkrete Fragen zum neuen EBM, zum Beispiel zu den geriatrischen Leistungspositionen.

Im Vergleich zur Diskussion um den hausärztlichen Teil fiel die Debatte um den fachärztlichen Teil eher moderat aus. Dennoch gibt es auch dazu viele Fragen, wie das große Interesse am Auftritt von Andreas Köhler zeigte. Vor rund 400 Mitgliedern erläuterte er die Reform – und verteidigte sie gegen Kritik.

Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Nordrhein, wies darauf hin, dass sich mit der Höhe der durchschnittlichen Honorarumsätze in Nordrhein oft kaum noch eine Praxis führen lasse. Bei der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung liegt Nordrhein nach wie vor am unteren Ende der Skala im Bundesvergleich. „Das ist inzwischen ein Standortnachteil, den wir trotz guter Ergebnisse bei den Honorarverhandlungen nicht ausgleichen können“, sagte Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Er

forderte von der KBV, eine verbindliche Perspektive zu eröffnen, wie sich die desolante Honorarsituation umgehend verbessern ließe.

Die EBM-Reform werde nichts an der strukturellen Unterfinanzierung Nordrheins ändern, entgegnete Köhler. Denn eine EBM-Reform könne nur die Verteilung der Mittel innerhalb der Ärzteschaft neu ordnen, aber keine regionalen Vergütungsunterschiede nivellieren. Dennoch sei es unumgänglich, sich zur „fachärztlichen Grundversorgung“ zu bekennen. Köhler will die „sprechende fachärztliche Medizin fördern“.

Köhler erklärte, die neue Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) habe bewusst einen strukturpolitischen Hintergrund: „Wir brauchen auf Dauer eine wohnortnahe fachärztliche Grundversorgung“ – parallel zur hausärztlichen Primärversorgung. Und die konservativ tätigen Fachärzte seien bisher immer Verlierer bei EBM-Reformen gewesen – daher würde jetzt umverteilt.

So fließt der Honorarzuwachs aus der Veränderungsrate dieses Jahres für den fachärztlichen Versorgungsbereich komplett in die PFG. Dazu kommen Anteile aus Einsparungen, etwa bei der Abrechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus und bei den Dialyse-Sachkosten. Insgesamt werden 2013 auf diese Weise rund 300 Millionen Euro umverteilt, 2014 sollen es 400 Millionen werden, die bei den Grundversorgern ankommen.

Der Vorstand der KBV erläuterte den neuen EBM im Haus der Ärzteschaft. Ende September referierte Dr. Andreas Köhler vor den Fachärzten, einen Monat später sprach Regina Feldmann mit den Hausärzten.



Abgabe unterschiedlicher Packungsgrößen

Bei kleinen Packungen, beispielsweise für Antibiotika, kann der Austausch von Generika und Rabattarzneimitteln in der Apotheke zu Irritationen führen. Die Normgrößen N1, N2 und N3 hat der Gesetzgeber 2011 den Reichweiten der Arzneimittel von der Akut- bis zur Dauerversorgung angepasst. Hiermit reagierte der Gesetzgeber auf die bis dato gängige Praxis pharmazeutischer Unternehmer mit 98er Packungen den Austausch gegen eine 100er Packung zu verhindern.

Bei kleinen Packungen ist die Regelung manchmal problematisch. Für das Antibiotikum Cefixim beispielsweise ist die Messzahl für die kleinste Normgröße (N1) sechs Stück, der Austauschbereich liegt zwischen fünf und sieben Stück. Das heißt, alle Packungen mit fünf, sechs oder sieben Tabletten werden als N1 bezeichnet. Je nach Rabattvertrag kann es passieren, dass sieben Stück verordnet, aber nur fünf abgegeben werden – oder umgekehrt. In der Regel wird sich die Apotheke (beim Patienten) erkundigen, über wie viele Tage therapiert werden soll. Den Austausch können Sie nur verhindern, wenn Sie nach Stückzahl und mit Aut-idem-Kreuz verordnen.

Was bei kleinen Packungen passieren kann, zeigen wir am Beispiel der Verordnung einer kleinen Packung Cefixim 400mg-Tabletten:

- Der Arzt verordnet Cefixim 400 Tabletten N1, N1 plus Stückzahl oder nur nach Stückzahl und lässt den Austausch zu (kein Aut-idem-Kreuz gesetzt). Die Apotheke kann je nach Rabattvertrag Packungen mit fünf, sechs oder sieben Tabletten abgeben.
- Der Arzt verordnet Cefixim 400 Tabletten N1 eines bestimmten Herstellers und lässt den Austausch nicht zu (Aut-idem-Kreuz gesetzt). Die Apotheke kann eine Packung mit fünf, sechs oder sieben Tabletten abgeben, wenn der Hersteller mehrere Packungsgrößen anbietet.
- Der Arzt verordnet Cefixim 400 nach Stückzahl und lässt den Austausch nicht zu (Aut-idem-Kreuz gesetzt). Die Apotheke kann nur die verordnete Stückzahl abgeben.

Kontakt

Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail pharma@kvno.de

Hilfsmittelberatung

Telefon 0211 5970 8070

Telefax 0211 5970 8287

E-Mail patricia.shadiakhy@kvno.de

Maxalt und Palexia von der Me-too-Liste gestrichen

Das Migränemittel Maxalt (Rizatriptan) wurde von der Me-too-Liste gestrichen, weil das Patent abgelaufen ist. Ferner wurde Palexia (Tapentadol) von der Me-too-Liste genommen. Die Me-too-Liste Nordrhein umfasst somit

noch 79 Präparate. Seit 2011 wird die Liste nicht mehr weiter entwickelt. Denn seitdem werden Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen aufgrund gesetzlicher Vorgaben der frühen Nutzenbewertung unterzogen.

AOK richtet Hilfsmittel-Servicestellen ein

Die AOK Rheinland/Hamburg hat im Juli vier Hilfsmittel-Servicestellen eingerichtet, und zwar in Düsseldorf, Essen, Köln und Hamburg. Die Stellen unterstützen Patienten bei der Bearbeitung von Hilfsmittelanträgen. Für

die Praxen hat dies hinsichtlich der Verordnung von Hilfsmitteln keine Auswirkungen. Nach wie vor gelten die Hilfsmittelrichtlinie und das Hilfsmittelverzeichnis.

*Ein Verzeichnis der Ansprechpartner für die jeweiligen Fachbereiche können Patienten abrufen unter: www.aok-gesundheitspartner.de/rh
KV | 131111*

Mutterschaftsrichtlinie: Übergangsregelung erweitert

Die KV Nordrhein hat mit den nordrheinischen Krankenkassenverbänden eine Übergangsregelung zur Vereinfachung des Verfahrens über die Vergütung der erweiterten Basis-Ultraschalluntersuchung abgeschlossen (wir berichteten). Diese Regelung sah zunächst vor,

dass die Leistungen nur für Versicherte mit Wohnsitz in Nordrhein abgerechnet werden können.

In der Zwischenzeit konnte sich die KV Nordrhein mit mehreren Kassenärztlichen Vereinigungen darauf verständigen, dass die Leistungen auch für Versicherte mit Wohnsitz in den nachfolgend ge-

nannten KV-Gebieten zulasten der nordrheinischen Krankenkassen bzw. der Mitgliedskrankenkassen der nordrheinischen Verbände abgerechnet werden können. Diese Regelung gilt für die Versicherten aus den Gebieten der Kassenärztlichen Vereinigungen Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein, Thüringen, Sachsen und Westfalen-Lippe. Die Leistungen für die genannten Versicherten sind ebenfalls mit den Symbolnummern 91770 und

91771 abzurechnen und werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und zusätzlich zu den Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet.



© drubig-photo - Fotolia.com

Alle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomievertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen.

Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter

www.kvno.de **KV | 131112**

Einheitlicher Kurarztvertrag in Kraft

Rückwirkend zum 1. Juli 2013 ist der einheitliche Kurarztvertrag für alle Primär- und Ersatzkassen in Kraft getreten. Die wichtigsten Neuerungen:

- Krankenkassen vergüten kurärztliche Leistungen deutlich besser. Die Honorare wurden zum Jahresbeginn um 6 Prozent angehoben. Sämtliche kurärztlichen Leistungen werden jetzt zu den höheren Preisen der Ersatzkassen vergütet.
- Sämtliche Honorare nach dem Kurarztvertrag werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und ohne Mengengrenzung gezahlt.
- Die Heilmittelrichtlinien werden nicht angewandt. Ein Kurarzt kann somit selbst entscheiden, welche Heilmittel er verordnet. Er unterliegt natürlich trotzdem dem Wirtschaftlichkeitsgebot.
- Auch bei kurärztlichen Verordnungen gilt der Grundsatz Beratung vor Regress (§ 106 Abs. 5 e Sozialgesetzbuch V).
- Mit den Krankenkassen wurde vereinbart, dass für die kurärztliche Behandlung nur die in den Anlagen 3 bis 5 des Vertrages vereinbarten Formulare verwendet werden dürfen. Damit verringert sich der bürokratische Aufwand in der Praxis.

Den neuen Kurarztvertrag finden Sie im Internet unter www.kbv.de | **KV | 131112**

Laborwerte: Wer Therapie durchführt, kontrolliert

Laborkontrollen sind von der Praxis durchzuführen, die die Therapie durchführt. Ein Hausarzt ist dann für die Kontrolle der Werte zuständig, wenn ein Patient bei ihm in Behandlung ist. Ist ein Patient in fachärztlicher Behandlung, zum Beispiel beim Rheumatologen oder Radiologen, dann sind die Werte dort zu erheben und zu kontrollieren. So bleiben Therapie und Kontrolle in einer Hand. Dies

gilt besonders dann, wenn die Versorgung mit Medikamenten ausschließlich durch die Facharzt-Praxis geschieht.



Änderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse

Die geänderte Richtlinie tritt am 1. Januar 2014 in Kraft. Erstmals ist eine patientenbezogene, längsschnittliche Erhebung der Daten vorgesehen. Wegen der Neuartigkeit des Verfahrens wurden die komplexen Anforderungen an ein datenschutzkonformes Verfahren präziser und ohne Interpretationsmöglichkeiten gefasst. Die Änderungen umfassen die Dateninfrastruktur und das Datenübermittlungsverfahren sowie das Dokumentations- und Berichtswesen. Zusätzlich hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ein Patientenmerkblatt veröffentlicht, das ab 1. Januar 2014 zur Information der Patienten durch die Dialyse-Einrichtungen genutzt werden kann. Der Jahresbericht 2012 des Zentralen Datenanalytikers zur Qualitätssicherung in der Dialyse wurde vom G-BA zur Veröffentlichung freigegeben.

Die Patienteninformation und die Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse finden Sie unter www.g-ba.de

KV | 131113

Influenzaimpfung außerhalb der STIKO-Indikationen

Folgende Krankenkassen in Nordrhein übernehmen in der Impfsaison (Quartale IV/2013

bis I/2014) für alle Versicherten die Kosten für eine Influenzaimpfung:

- BKK Demag Krauss-Maffei
- BKK 24
- KKH – Kaufmännische Krankenkasse
- pronova BKK
- Techniker Krankenkasse

Die AOK Rheinland/Hamburg trägt die Influenzaimpfung für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre.

Infos zur Abrechnung und zum Bezug der Impfstoffe finden Sie unter www.kvno.de

Der neue EBM in der Praxissoftware



Den seit 1. Oktober geltenden neuen EBM haben alle Hersteller von Praxisverwaltungssystemen implementiert. Bei wenigen Anbietern sind im hausärztlichen Bereich Fehler aufgetreten. So meldeten Praxen, dass zum Beispiel die EBM-Nummern 03000 oder die 04000 nicht eingegeben werden können. Die Hersteller, deren Software bislang noch nicht einwandfrei arbeitete, haben nach unserem Kenntnisstand Updates erstellt, die – wenn kein Online-Update erfolgt – in der Praxis aufgespielt werden müssen. Bitte wenden Sie sich bei Problemen an Ihr Softwarehaus.

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

Richtig in Bewegung kommen

„Luft und Bewegung sind die eigentlichen geheimen Sanitätsräte“, das soll schon Schriftsteller Theodor Fontane im 19. Jahrhundert gewusst haben. Aktuelle Erfahrungen der Sportwissenschaft geben ihm recht. Wer nach einem Herzinfarkt oder infolge von Rückenschmerzen in einem therapeutischen Aufbauprogramm sportlich wird, fühlt sich rundum besser. Entscheidend dabei: sich zu motivieren und von Experten anleiten zu lassen. Der Arzt beim Training erfüllt dabei für die Teilnehmer fast die Funktion eines Schutzengels. Ein Vormittag auf dem Sportplatz bei einem Kurs des Vereins für Gesundheitssport und Sporttherapie (VGS) Düsseldorf-Ratingen.

Lautes Lachen klingt über den Rasen des Platzes der Sportgemeinschaft Düsseldorf-Unterath: Mehrere Gruppen von Damen und Herren über 60 Jahren sind dort unterwegs, die Herbstsonne hat sie aus der Halle nach draußen gelockt. Die einen strecken rote Therabänder über ihre Köpfe und dehnen diese, so weit sie können. Die Nachbargruppe

wandert derweil im Kreis, setzt die Füße schräg voreinander und dehnt wenig später unter den wachsamen Augen von Diplom-Sportwissenschaftlerin Simone Kipp kollektiv die Unterschenkelmuskeln.

Friedel Kroll hält es nicht mehr auf der Bank am Spielfeldrand, er möchte dabei sein. Kaum zu glauben, was der 75-Jährige von sich erzählt: Er sei früher eine unverbesserliche „Couch-Potato“ gewesen, nicht aus dem Sessel zu be-

wegen. Die Erkenntnis, dass er durch regelmäßigen Sport etwas für sein Wohlbefinden tun sollte, kam dem Ingenieur aus Ratingen erst nach einer Bypass-Operation vor 13 Jahren. „Die Ärzte haben mir empfohlen, aktiv zu werden, und die Krankenkasse gab mir die Adresse des Vereins für Gesundheitssport“, erzählt er. Zwei Mal pro Woche macht Friedel Kroll seitdem regelmäßig Koordinationsübungen, Gymnastik und Ausdauertraining, besucht außerdem noch einmal wöchentlich die Rückenschule – und ist froh, sich auf diese Weise fit zu halten. „Ich habe bei meinem älteren Bruder gesehen, wie schnell man nachlässt und früher altert, wenn man das nicht tut“, erzählt er und schnürt die Turnschuhe. Auf geht's Richtung Sportplatz.

Die 64-jährige Regina Pfeifer lässt es heute etwas langsamer angehen – sie weiß, dass sie nach ihren zahlreichen Bandscheiben-Operationen und mit den Arthrose-Problemen in der Hüfte manchmal eine Pause einlegen muss. Was sie jedoch nicht davon abhält, wie Friedel Kroll vier Mal pro Woche in Bewegung zu kommen, zum Beispiel mithilfe der flexiblen Therabänder. „Ich verlasse mich auf die Therapeuten, die uns anleiten, dass sie mir die richtigen Übungen zeigen“, sagt die dunkelhaarige Frau mit der schicken Sonnenbrille. „Es ginge mir wesentlich schlechter, wenn ich nichts machen würde“, da ist sie sicher. „Und

Vereine für Gesundheitssport

Alle Vereine für Gesundheitssport halten spezielle Gruppenangebote bereit – für Erwachsene mit chronischen Erkrankungen, mit körperlichen Beschwerden oder Beeinträchtigungen sowie für Kinder mit Bewegungs- und/oder Verhaltensauffälligkeiten, chronischen Erkrankungen oder geistiger Behinderung. Die Vereinsmitglieder können ein- bis viermal pro Woche aktiv sein und aus einer vielseitigen Angebotspalette ihr persönliches Bewegungs- und Entspannungsprogramm immer wieder neu zusammenstellen. Zum Programm der Vereine gehören darüber hinaus Erlebnis- und Erholungstouren, zum Beispiel Skilanglauf, Wander- und Bewegungsfreizeiten.

Mehr Informationen gibt es im Internet unter www.dvgs.de

dabei genieße ich dann auch noch das lustige Miteinander in der Gruppe.“

Einfacher Einstieg

Simone Schlierkamp, Geschäftsführerin des Vereins für Gesundheitssport und Sporttherapie (VGS) Düsseldorf-Ratingen, hat lächelnd zugehört. Die Geschichten von Friedel Kroll und Regina Pfeifer zeigen ihr, dass das Konzept des VGS wirkt: „Die Teilnehmer unserer Angebote lernen, verantwortlich mit sich selbst umzugehen und zu merken, wie belastbar sie nach einer Erkrankung wieder sind.“ Immer wieder wird Simone Schlierkamp davon überrascht, wie routiniert selbst blutige Sport-Anfänger schon nach drei Monaten die Übungen in den Sportgruppen mitmachen. „Wir betreuen pro Jahr mehr als 2000 Teilnehmer in dauerhaften Gruppen, Kursen sowie Workshops, davon sind rund 1500 Vereinsmitglieder. Und regelmäßig bekommen wir begeisterte Rückmeldungen von Menschen, die erkennen, was sie selbst für sich tun können.“

Eine wichtige Rolle spielt dabei die Internistin Dr. Hildegard Götte, die in ihrem Ruhestand Spaß an einer neuen Aufgabe gefunden hat: Sie begleitet die Herzsportgruppen, misst bei Teilnehmern auf Wunsch den Blutdruck und kümmert sich um diejenigen, die sich zwischendurch zu schwach zum Weitermachen fühlen. Seit ihrer Berentung nimmt die Internistin auch aktiv an den Kursen teil – und sagt: „Der Tag hat eine ganz neue Struktur bekommen und ich halte mich zugleich gesundheitlich fit.“ Für die anderen Teilnehmer nimmt die Medizinerin, die sich ihren Betreuungsjob mit dem Kollegen Dr. Elmar Michels teilt, eine Art Schutzengel-Position ein – sie fühlen sich, als könne ihnen nichts passieren. „Und tatsächlich hat es innerhalb von rund 30 Jahren Vereinsgeschichte weniger als fünf ernste Zwischenfälle gegeben“, sagt VGS-Geschäftsführerin Schlierkamp.

Am 3. Oktober 1977 schlug die Geburtsstunde des Vereins für Gesundheitssport und Sport-



therapie Düsseldorf-Ratingen. Seinerzeit wurde die erste Herzsportgruppe ins Leben gerufen; inzwischen gibt es rund 200 Angebote vormittags und abends für verschiedene Altersgruppen und je nach Leistungsfähigkeit der Teilnehmer. „Interessierte Ärzte und Sporttherapeuten gründeten Ende der 70er Jahre eine Arbeitsgemeinschaft, weil sie bei der Behandlung ihrer Patienten nicht nur auf Medikamente, sondern auch auf die Erkenntnisse der damals noch jungen Wissenschaft der Bewegungstherapie zurückgreifen wollten“, erzählt Simone Schlierkamp. Vor dieser Zeit habe man gefürchtet, Menschen mit Herzproblemen könnten beim Sport zusammenbrechen oder schlimmstenfalls sterben. Doch das Kölner Modell der Herzsportgruppen, entworfen von der Deutschen Sporthochschule, zeigte in den 70er Jahren einen anderen Weg auf – nämlich die positive Wirkung von Bewegung.

„In unserem Verein setzte sich damals die Erkenntnis durch, dass das Bewegungsprogramm für jeden Teilnehmer individuell zugeschnitten sein sollte“, erläutert Schlierkamp. Ein Intensiv-Aufbauprogramm für Herzpatienten (IAH) wurde entwickelt – was bedeutet, dass jeder

Kräftig ziehen, so gut es geht: Diplom-Sportwissenschaftlerin Simone Kipp zeigt den engagierten Gesundheitssportlern, wie das mithilfe von Therabändern funktioniert.



Kleiner Gesundheits-Check vor den Bewegungsübungen: Dr. Hildegard Göttemisst den Blutdruck bei Friedel Kroll – das gibt ihm ein sicheres Gefühl.

Patient zunächst aufgrund eines aktuellen Belastungs-EKGs und seiner Erkrankung von einem Sporttherapeuten und einem kardiologisch erfahrenen Arzt in einer Anfängergruppe beraten wird. Nach sechs Wochen kommen die Bewegungswilligen in eine der Sportgruppen an den mehr als 30 Standorten des VGS, die sich im Gebiet zwischen Ratingen-Lintorf und Düsseldorf-Garath befinden. Auf diese Weise muss niemand weit fahren und kann sich zudem entscheiden, ob er morgens oder abends aktiv wird. Der Partner kann dabei mitmachen.

Alle Angebote, die in den Gruppen gemacht werden, sind auf das Alter und die Belastungsfähigkeit der Teilnehmer ausgerichtet. Diese werden von erfahrenen Therapeuten sowie anderen Experten quasi „an die Hand genommen“. „Für uns arbeiten Diplom-Sportlehrer, aber auch ein Team aus Psychologen, Diätassistentinnen und Podologen, so dass die Patienten eine Art Gesundheitsschulung – unter anderem mit Tipps zur richtigen Ernährung und zur Fußpflege – erhalten“, erklärt Simone Schlierkamp. „Vorträge und Diskussionen helfen ihnen dabei, mehr über ihren Körper zu erfahren.“ Nach einem Jahr ist das von den Krankenkassen teilfinanzierte Auf-

bauprogramm abgeschlossen. Alle, die weiter dabei bleiben wollen, können kostenfrei am Rehasport teilnehmen, solange dieser von den Kassen bezahlt wird. Wer in den Verein eintritt (Montatsbeitrag von zumeist 15 Euro), kann an bis zu vier Sportangeboten pro Woche teilnehmen.

Im Vorstand des VGS sitzt Prof. Rolf-Michael Klein, Chefarzt der Kardiologie im Unterrather Augusta-Krankenhaus, weil er von der nachhaltigen Wirksamkeit des Reha-Sports zutiefst überzeugt ist: „Wir müssen einen Weg für die Patienten ebnen, die zum Beispiel mit einem akuten Herzinfarkt zu uns kommen. Wir operieren sie, stellen sie medikamentös ein, dann bekommen sie eine Anschlussheilbehandlung in einer Kur – aber danach muss es weitergehen“, sagt der Mediziner.

Bewegung gibt es nicht als Tablette

Er sieht es als eine Aufgabe der behandelnden Ärzte an, das Bewusstsein ihrer Patienten dafür zu schärfen, dass sie ihren Lebensstil dauerhaft ändern und sich zum moderaten Sporttreiben motivieren müssen, um etwas gegen ihre zum Teil zahlreichen Erkrankungen zu unternehmen: „Bewegung gibt es nun mal nicht in Tablettenform – und auch das soziale Miteinander spielt für die Menschen, die oft allein leben, eine große Rolle“, erklärt der Kardiologe.

Klein ermuntert seine Assistenten, Herzsportgruppen gegen eine Aufwandsentschädigung oder eine Spendenquittung zu begleiten – damit sie Menschen helfen, auf diese Weise mehr Lebensqualität zu gewinnen. Nachdenklich sagt der Chefarzt: „Eigentlich müsste dieses Engagement der Patienten von den Krankenkassen belohnt werden. Denn ich bin sicher, dass es die Kosten für Arztbesuche und Psychopharmaka langfristig senkt, auch wenn es bisher nur wenige Studien dazu gibt. Ich sehe es den Patienten an, die zu mir kommen, wie gut ihnen die Bewegung tut.“

■ NATASCHA PLANKERMANN

Rehabilitationssport in Nordrhein-Westfalen

Aktuell gibt es im Land NRW über 20 000 anerkannte und zertifizierte Rehabilitationssport-Angebote. Der Landessportbund (LSB NRW) und der Behinderten-Sportverband (BSNW) haben alle Angebote in eine gemeinsame Datenbank eingepflegt, die im Internet jedem zugänglich ist: www.rehasport-in-nrw.de

Der LSB NRW hält in seinen Mitgliedsvereinen spezielle Herz-, Diabetes- und Krebsportgruppen vor. Die Vereine des BSNW – dem Fachverband für Rehabilitation durch Sport in NRW – bieten Angebote zu allen relevanten Indikationen in den Profilen Orthopädie, Innere Medizin, Sensorik, Neurologie, Geistige Behinderung und Psychiatrie/Sucht.

Rehabilitationssport ist einem ganzheitlichen Ansatz verpflichtet, wonach Gesundheitsförderung auf vier gleichberechtigten Ebenen angestrebt wird: der physischen (zum Beispiel Förderung von Kondition und Koordination), der psychischen (zum Beispiel Förderung von Motivation, Kognition und Emotion), der sozialen (beispielsweise Teilhabe, soziale Unterstützung, Integration/Inklusion) und der edukativen Ebene (zum Beispiel Hilfe zur Selbsthilfe/Alltagsbewältigung). Orientiert am Modell der Salutogenese fokussiert der „Rehabilitationssport nicht primär auf die Defizite der Betroffenen, sondern auf die umfassende Förderung ihrer gesundheitlichen Ressourcen“, erläutert Dr. Georg Schick, Referent für Sportentwicklung beim BSNW. Folglich unterscheidet sich Rehabilitationssport grundsätzlich vom sogenannten Funktionstraining und vom Heilmittel Physiotherapie. Das Funktionstraining zielt mit den Mitteln der Krankengymnastik oder Ergotherapie primär auf eine Stabilisierung bzw. Verbesserung im körperlich-funktionalen Bereich ab.

Jeder niedergelassene Arzt kann Rehabilitationssport außerhalb seines Heilmittelbudgets verordnen: auf dem sogenannten Muster 56, das über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung angefordert werden kann. Rehabilitationssport ist eine ergänzende Leistung zur medizinischen Rehabilitation chronisch kranker und behinderter Menschen, die von zertifizierten Sportvereinen angeboten und in Gruppen durchgeführt wird, die von speziell ausgebildeten Übungsleitern betreut werden. Die gesetzliche Grundlage ist das Sozialgesetzbuch

(§ 44 SGB IX), wonach ärztlich verordneter Rehabilitationssport eine Pflichtleistung der Kostenträger darstellt.



Foto: Hans-Jürgen Bauer

Die 64-jährige Regina Pfeifer verlässt sich auf Therapeuten wie Sportwissenschaftlerin Simone Kipp. Sie weiß, dass diese ihr die Übungen zeigen, die zu ihrem Gesundheitszustand passen.

Weitere Informationen und Verordnungshinweise finden Sie unter dem Suchbegriff „Rehabilitationssport“ auf den Internet-Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de). Dort kann auch die „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ als PDF heruntergeladen werden. Weiterführende Hinweise und Infos zur Anerkennung, Zertifizierung und zum Qualitätsmanagement von Rehabilitationssportgruppen hält der BSNW auf seiner Homepage unter „Rehasport“, „Anerkennung“ und „Qualitätsmanagement“ bereit: www.bsnw.de

Herzsport-Gruppen helfen

Dr. Manfred Schwick

Viele Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen bedürfen einer ambulanten Weiterversorgung, zum Beispiel in Form einer qualifizierten, bewegungstherapeutischen Betreuung. Genau dies bietet der Rehabilitationssport. Ärzte wie der Düsseldorfer Kardiologe Dr. Manfred Schwick unterstützen die Gruppen – auch als stellvertretender Vorsitzender im Verein für Gesundheitssport und Sporttherapie Düsseldorf-Ratingen.



Dr. Manfred Schwick

Mehr Informationen
unter www.vgs-d.de

Der Herzsport lebt von der Unterstützung durch die Ärzteschaft. Wir würden uns sehr freuen, wenn Ärztinnen und Ärzte abends oder vormittags in einer Herzsportgruppe Betreuungen übernehmen möchten. Am Vormittag betreuen vor allem „Ärzte im Ruhestand“ die Herzgruppen oder Ärztinnen in ihrer Erziehungspause, die ihre Kinder gern mitbringen können.

Die betreuenden Kolleginnen und Kollegen können jederzeit selber am Bewegungs- und Entspannungsprogramm aktiv teilnehmen – auch während der Begleitung unserer Herzgruppen. Als gemeinnützige Einrichtung können wir für die Betreuungen eine Spendenbescheinigung oder eine steuerfreie Aufwandsentschädigung ermöglichen.

Neben der ärztlichen Versorgung am Wohnort bilden die ambulanten sporttherapeutischen Gruppen eine wesentliche Voraussetzung für eine nachhaltige Sicherung des Therapieerfolges. Sozialintegrative und gruppendynamische Prozesse in den Herzgruppen sind wichtige Komponenten, um dauerhafte Lebensstiländerungen zu bewirken. Hierdurch wird eine langfristige Stabilisierung des Gesundheitszustands ermöglicht.

Auch Ihre Patienten können davon dauerhaft profitieren. Gern stellen wir Ihnen und Ihrem Praxisteam unseren Verein persönlich vor. Wir würden uns sehr freuen, einige Ärztinnen und Ärzte künftig in unserem Herzgruppen-Team begrüßen zu dürfen.

Der VGS Düsseldorf-Ratingen

Der Verein für Gesundheitssport und Sporttherapie Düsseldorf-Ratingen (VGS) e. V. betreut seit 1977 Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen in ambulanten Herzgruppen. Basierend auf der langjährigen Erfahrung hat der VGS ein spezifisches Patientenschulungsprogramm entwickelt: Das Intensiv-Aufbauprogramm für „neue“ Herzpatienten (IAH) umfasst eine individuelle Sporttherapie in allen Belastungsstufen sowie umfangreiche medizinische, ernährungsphysiologische und bewegungstherapeutische Schulungen. Zu den Workshops Laienreanimation, Stressbewältigung und Essverhalten sind Partner oder Familienangehörige willkommen. Mit Hilfe des IAH-Programms gelingt eine deutliche Reduktion der „drop-out“-Rate.

Ein wesentliches Ziel in der Sekundärprävention ist die Verbesserung und Stabilisierung der individuellen Belastbarkeit sowie der Abbau der kardialen Risikofaktoren. Die Teilnehmer gewinnen Freude und Spaß an moderater Bewegung und regelmäßiger Sporttherapie. Während der Rehabilitationsphase ist stets ein Arzt anwesend, um die medizinische Betreuung zu gewährleisten; zwei bis drei Ärzte im Wechsel sollten eine Gruppe betreuen. Es steht eine Notfallausrüstung (Notfallkoffer und Defibrillator) zur Verfügung.

16.000 Patienten pro Jahr

Die zentrale Notfallpraxis in Leverkusen feierte Anfang Oktober ihr zehnjähriges Bestehen. Die Ärztinnen und Ärzte zeigten sich anlässlich der Jubiläums-Pressekonferenz zufrieden mit ihrer Praxis in den Räumen im Ärztehaus Medilev. Die Patienten stimmen mit den Füßen ab: Inzwischen sind es 16.000 Behandlungen pro Jahr – Tendenz: weiter steigend.

„Die Planungen für eine zentrale Praxis begannen 2002“, erinnert sich Dr. Thomas Eusterholz, Vorsitzender der Kreisstelle Leverkusen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Die überwiegende Mehrheit der Leverkusener Ärzteschaft stimmte für die Einrichtung der zentralen Notfalldienstpraxis, die zunächst zwei Räume in der Zentralambulanz des Klinikums Leverkusen bezog. Dort leisteten fortan 300 Ärzte ihre Notfalldienste, die Pädiater indes versorgten kranke Kinder in den sprechstundenfreien Zeiten in einer Praxis in der Kinderklinik.

40 Prozent von außerhalb

Im Jahr 2006 zogen beide Notdienste ins Medilev – und arbeiteten zusammen noch erfolgreicher. „Zu uns kommen nicht nur Patienten aus Leverkusen, sondern auch aus angrenzenden Bereichen, zum Beispiel dem rechtsrheinischen Köln“, berichtet Eusterholz. Rund 40 Prozent macht der Anteil der Kreisfremden aus, darunter viele Kinder. Der Grund für die Attraktivität der Leverkusener Notfallpraxis: An Feiertagen und am Wochenende wird auch eine Kinderarzt-Sprechstunde angeboten – im Gegensatz zum Notfalldienst der Nachbargemeinden.

Trotz der steigenden Inanspruchnahme sieht Eusterholz kein Kapazitätsproblem. „Uns stehen auf 172 qm ein Wartezimmer, eine Anmeldung und vier gut ausgestattete Behandlungsräume zur Verfügung.“ Allenfalls der Faktor Arzt könne schon einmal knapp werden,



berichtet Dr. Hans-Georg Frischauf, der Koordinator der Notfalldienstpraxis. An einem Rosenmontag hätten vormittags schon einmal 70 Patienten auf eine Behandlung gewartet. Doch dank zweier Kollegen, die rasch eingesprungen seien, sei auch diese Spitze bewältigt worden. Probleme bereitet hin und wieder die medikamentöse Versorgung. Dann verfügten die Apotheken nicht über ausreichende Mengen, zum Beispiel an Augentropfen oder Antibiotika.

Getragen wird die Praxis von der Gesundheitsmanagemengesellschaft, einer Tochter der KV Nordrhein. Deren Geschäftsführerin Andrea Ritz zeigt sich ebenfalls angetan von den Strukturen vor Ort: „Das ist optimal.“ Und so könnte das Leverkusener Modell auch als Blaupause für künftige Notfalldienstpraxen dienen. ■ NAU

Standen am Jubiläumstag hinter der Anmeldung der Notfalldienstpraxis Leverkusen: Drs. Peter Trwanik (li.), Thomas Eusterholz, Hans-Georg Frischauf und Jens-Harder Boje.

Die ambulante Versorgung im Jahr 2030

Wie entwickelt sich der Versorgungsbedarf in Nordrhein? Welche Ärzte und Psychotherapeuten stehen uns für die ambulante Versorgung zur Verfügung? Welche Regionen, Städte und Kreise sind künftig von Zu- und Abwanderung betroffen? Wo werden sich junge Ärztinnen und Ärzte in den nächsten Jahren bevorzugt niederlassen? Diese und viele weitere Fragen greift die KV Nordrhein in ihrem Versorgungsreport 2013 auf – und liefert eine Fülle von Antworten in Gestalt von Fakten, Trends und Prognosen.



Schon während der Fachtagung fanden Interessierte ausführliche Analysen und Prognosen unter www.versorgungsreport.de

Bis ins Jahr 2030 reicht die Perspektive des Versorgungsreports. Ganz unterschiedliche Datenquellen wurden dabei einbezogen: von Abrechnungsdaten der nordrheinischen Vertragsärzte bis hin zur NRW-Bevölkerungst Statistik. Für die Prognosen des Reports – insbesondere zum künftigen Behandlungsbedarf – hat das Berliner „Zentralinstitut für die kasernenärztliche Versorgung“ (ZI) die Rechenmodelle beigesteuert.

Manche der im Report gewonnenen Erkenntnisse bestätigen bekannte Szenarien; allen voran die Perspektive eines veritablen (Haus-) Ärztemangels. Freilich beleuchtet der Report dieses Szenario differenziert:

Punktuelle Hausarztmangel

Der Hausarztmangel trifft Nordrhein nicht in der gesamten Fläche, sondern vor allem dort, wo der Behandlungsbedarf deutlich steigt – und gleichzeitig ein hoher Anteil der Ärzte ausscheidet und nicht ersetzt werden kann (siehe Grafik Seite 23). Das trifft besonders auf die Kreise Kleve und Heinsberg zu; aber auch Düren und Rhein-Sieg sind betroffen.

Entlang der Rhein-Schiene sorgen attraktive Standortfaktoren für eine im Vergleich günstige Quote der Wiederbesetzung von Hausarztpraxen. In einigen Kommunen halten sich die Effekte von Alterung und Bevölkerungsverlust (durch Abwanderung) etwa die Waage, so dass dort – trotz des demografischen Wandels – kein Zuwachs des Behandlungsbedarfs zu erwarten ist.

Für den Landesteil Nordrhein gilt insgesamt: Der demografische Wandel erreicht uns etwas später als alle Regionen im Bundesdurchschnitt – und deutlich später als die Neuen Länder.

Auch die Unterschiede zwischen Stadt und Land mit Blick auf den Versorgungsbedarf sind in Nordrhein etwas geringer ausgeprägt als im Durchschnitt der anderen Flächenländer. Allerdings verschärfen sich diese Unterschiede laut Prognose auch in Nordrhein.

Von der „Nachfrage“ zur „Angebotsseite“

Nicht nur Hausärzte sind vom Nachwuchsmangel betroffen. Auch in der HNO- und Augenheilkunde sowie der Urologie ist künftig mit Engpässen zu rechnen. Also Fächer, die für die Versorgung altersbedingter Erkrankungen von besonderer Bedeutung sind.

Dennoch bleibt der fehlende Nachwuchs in der Allgemeinmedizin die Achillesferse der ambulanten Versorgung. Nur rund 100 junge Ärztinnen und Ärzte jährlich absolvieren derzeit die allgemeinmedizinische Weiterbildung. Mehr als 200 wären nötig, um die ausscheidenden Kolleginnen und Kollegen zu ersetzen. Bis 2030 werden in Nordrhein mindestens 1.700 Hausärzte fehlen, wenn nicht schnell eine Trendwende gelingt.

Der Report kann nur einen Teil der Entwicklungen beleuchten, die die Versorgung im Jahr 2030 prägen werden. Und nicht für jeden Trend sind verlässliche Prognosen auf der Basis empirischer Modelle verfügbar. Der Report präsentiert daher keine „sicheren“ Vorhersagen – und erst recht keine fertigen Lösungen zur künftigen Sicherstellung. Er übernimmt vielmehr die Funktion eines Frühwarnsystems. Und er liefert eine Fülle von Impulsen, um notwendige gesundheits- und auch gesellschaftspolitische Diskussionen in Gang zu setzen.

Den Auftakt dafür bildete eine Fachtagung im Haus der Ärzteschaft, in der die KV Nordrhein ihren Versorgungsreport einer breiten Öffentlichkeit präsentierte. Im Publikum waren nicht nur Gesundheitsberufe, sondern auch Kommunalpolitik und -verwaltung vertreten. Als Vertreterin der Wissenschaft überraschte Prof. Leonie Sundmacher (LMU München) manchen Teilnehmer mit ihrer Feststellung eines vergleichsweise hohen ambulanten Behandlungsbedarfs in Nordrhein. Sie verwies auf eine überdurchschnittliche Rate von Sterbefällen, die durch konsequente Prävention, Therapie und Lebensstil-Änderung potenziell vermeidbar gewesen wären.



Christiane Thiele,
Kinder- und Jugendärztin, Viersen

» *In unserem Einzugsbereich geben in den nächsten Jahren bis zu fünf Kollegen ihre Praxis auf. Aber die potentiellen Nachfolger sehen ihre Perspektiven in der Klinik. Wir müssen die vielen Vorteile des Arbeitens in der Praxis kommunizieren.* «



Günter Wältermann,
AOK Rheinland/Hamburg, Vorsitzender

» *Wir tun schon eine ganze Menge für den niedergelassenen Nachwuchs. Und im kommenden Jahr steigern wir die Zahl der Praxis-Stipendien von 60 auf 100. Die Zahlen steigen, aber das reicht nicht. Zumal die Medizin weiblich wird und die Y-Generation nachrückt.* «



Barbara Steffens,
NRW-Gesundheitsministerin

» *Wir brauchen in der Versorgung flexiblere Strukturen, besonders um den Bedarf älterer Menschen zu decken. Eine wichtige Rolle können dabei die Medizinischen Fachangestellten spielen. Deren Leistungen müssen honoriert werden.* «



Dr. Peter Potthoff,
Vorsitzender der KV Nordrhein

» *Der demografische Wandel trifft Nordrhein etwas später und nicht mit derselben Wucht wie viele Regionen im Osten. Unser Problem ist weniger die Demografie der Bevölkerung als vielmehr der Nachwuchsmangel in einzelnen Fachgruppen.* «



Prof. Leonie Sundmacher, LMU München

» *Trotz vergleichsweise hoher Arztdichte ist die ambulante Versorgung in Nordrhein bedarfsgerecht. Indikatoren wie vermeidbare Sterbefälle, geschätzte Morbidität und ambulant-sensitive Krankenhäuserfälle sprechen für einen erhöhten Behandlungsbedarf.* «

Mehr ambulant möglich

Darüber hinaus identifizierte Sundmacher für Nordrhein eine erhebliche „Reserve“, medizinische Versorgung künftig ambulant statt stationär zu erbringen. In diesem Kontext skizzierte sie das Konzept der „ambulant-sensitiven Krankenhausfälle“, um das Verlagerungspotenzial einer Region quantitativ zu bestimmen.

KV-Vorstandschef Dr. Peter Potthoff verwies auf die fehlenden Ressourcen, zusätzliche Versorgungslasten ambulant zu schultern: „Unsere Vergütung in Nordrhein orientiert sich an Leistungsmengen von gestern statt an der tatsächlichen Morbidität von heute. Unter dieser Voraussetzung werden wir unsere Mitglieder nicht dazu motivieren, morgen noch mehr zu leisten.“

Am Nachmittag diskutierten Ministerin Barbara Steffens, KVNO-Vorstand Bernd Brautmeier, AOK-Chef Günter Wältermann, Dirk Meyer, neu ernannter NRW-Patientenbeauftragter, und Christiane Thiele, Pädiaterin aus Viersen. Fazit: Patentrezepte gegen den Ärztemangel sind nicht in Sicht, statt dessen ein dickes gemeinsames Pflichtenheft, um einen Versorgungsnotstand 2030 zu vermeiden.

Der 64-seitige Versorgungsreport enthält nur einen Bruchteil der von der KV Nordrhein gewonnenen Information. Potthoff: „Wir präsentieren unsere Daten im Netz, wo wir sie nach Bedarf aktualisieren und erweitern können. Selbstverständlich frei und öffentlich zugänglich.“

■ JOHANNES REIMANN

Reges Medienecho

Von der Zeitung über das Radio bis ins Fernsehen – über den Versorgungsreport wurde auf allen Kanälen berichtet. Während die Publikumsmedien primär den Nachwuchsmangel thematisierten, würdigten die Fachmedien die analytischen Arbeiten des Reports. Ein paar exemplarische Stimmen:

» Die KVNO hat mit ihrem Versorgungsreport eine neue Informationsgrundlage geschaffen und bezieht damit alle Betroffenen und Interessierten in die Diskussion ein. Sie fordert damit alle Beteiligten heraus, sich auf die Versorgungsprobleme vor Ort einzulassen. Ausflüchte und das tatenlose Abwarten werden jedenfalls schwieriger. Die KVNO hat sich mit diesem Report die Latte selbst hochgelegt. Dafür gebührt ihr Respekt. « Gesundheitspolitischer Informationsdienst (gid), 18.10.2013

» Mit dem Versorgungsreport hat die KVNO nach eigenen Angaben bundesweit erstmalig eine umfassende Analyse der aktuellen Versorgungssituation vorgelegt, flankiert von einer Projektion für das Jahr 2030 und einer Darstellung der versorgungspolitischen He-



ausforderungen. Ergänzt wird die Broschüre durch das Online Portal www.versorgungsreport.de mit weiteren Informationen. « Ärzte Zeitung, 09.10.2013

» Der durchschnittliche Hausarzt in der Region ist 52,7 Jahre alt und muss sich um 1592 Einwohner kümmern. Die Versorgungslage ist damit generell gut, lange Anfahrtswege die Ausnahme. Doch in Zukunft dürften sich diese Zahlen deutlich verschlechtern. Denn den Hausärzten in der Region Nordrhein mit ihren neun Millionen Einwohnern fehlt der Nachwuchs. « Rheinische Post, 01.10.2013

Hausarztichte und Behandlungsbedarf im Jahr 2030

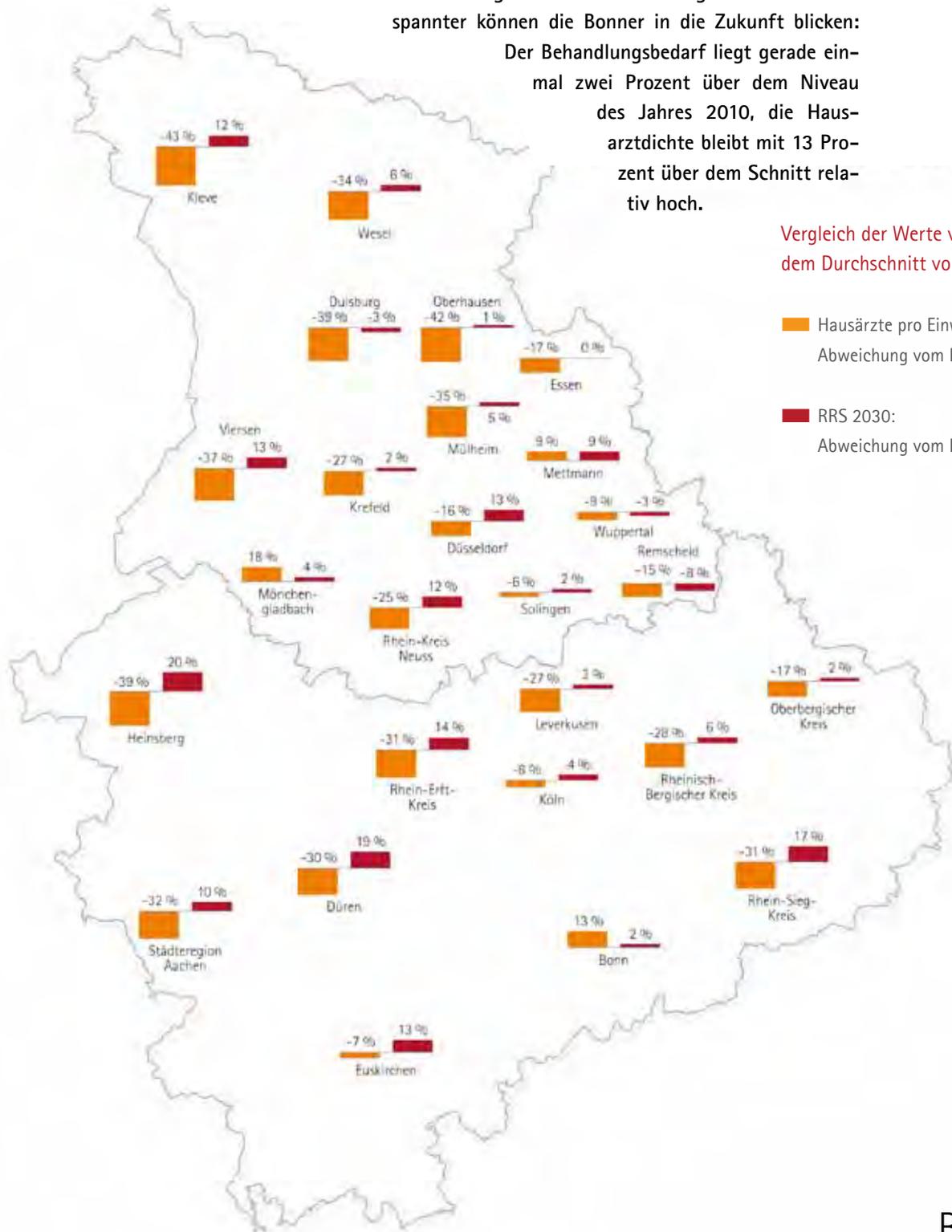
Die Grafik zeigt auf Basis einer Modellrechnung, wie sich die Hausarztichte und der Behandlungsbedarf in Nordrhein 2030 entwickeln. Der gelbe Balken zeigt, ob in einem Kreis im Vergleich zum nordrheinischen Durchschnitt des Jahres 2010 mehr oder weniger Hausärzte praktizieren. In Kleve beispielsweise sind 43 Prozent weniger Hausärzte niedergelassen, 2010 lag der Kreis nur sieben Prozent unter dem Durchschnitt. Gleichzeitig liegt der Behandlungsbedarf – gemessen mittels des so genannten Relativen Risikoscores (RRS) – zwölf Prozent über dem Schnitt des Jahres 2010. Damit steht

der Kreis vor einer großen Herausforderung. Wesentlich entspannter können die Bonner in die Zukunft blicken:

Der Behandlungsbedarf liegt gerade einmal zwei Prozent über dem Niveau des Jahres 2010, die Hausarztichte bleibt mit 13 Prozent über dem Schnitt relativ hoch.

Vergleich der Werte von 2030 mit dem Durchschnitt von 2010 in %

- Hausärzte pro Einwohner 2030: Abweichung vom Durchschnitt
- RRS 2030: Abweichung vom Durchschnitt



Keine Empfehlung zum Mammographie-Screening

Zum Schadensersatz verurteilt

Rät ein Gynäkologe während einer Krebsvorsorgeuntersuchung nicht zu einem Mammographie-Screening, kann dies einen groben Behandlungsfehler darstellen. Das hat das Oberlandesgericht (OLG) Hamm kürzlich entschieden und den Gynäkologen zur Zahlung von Schadensersatz verurteilt. (Az. – 3 U 57/13 –)

Die Klägerin befand sich schon über 20 Jahre in der Behandlung des Gynäkologen und nahm die jährliche Krebsvorsorgeuntersuchung wahr. Die Frau erhielt Hormonpräparate (Femovan, Marvelon, Cyclo-Menorette). Wegen Wechseljahresbeschwerden erhielt sie das Präparat Ostronara und später Liviella. Im Jahr 2001 erfolgte eine Mammographie mit unauffälligem Befund. Die 2008 bis 2010 erfolgten Untersuchungen mit Abtasten und Sonographie ergaben keinen verdächtigen Befund.

Erst im Jahr 2010 riet der Frauenarzt der Klägerin zu einer Mammographie. Diese ergab den Verdacht eines Mamakarzinoms, der

durch Stanzbiopsie bestätigt wurde. Es folgte eine Segmentresektion, eine Sentinel-Lymphknotenentnahme und Bestrahlung. Drei Monate später fand eine komplettierende axillare Lymphonodektomie mit Feststellung weiterer Lymphknotenmetastasen. Bei der anschließenden Chemotherapie traten Komplikationen auf.

Die Klägerin verlangte daraufhin ein Schmerzensgeld in Höhe von 25.000 Euro sowie Haushaltsführungskosten in Höhe von 3.300 Euro – und war damit im Wesentlichen erfolgreich. Denn das Gericht sah einen groben Behandlungsfehler als erwiesen an. Der Gynäkologe hätte schon im Jahr 2008 der Klägerin zur Teilnahme an dem Mammographie-Screening raten müssen. Das OLG stützte sich dabei auf ein Sachverständigengutachten, nach dem das Mammographie-Screening im Jahr 2008 seit Jahren fest implementiert war und die einzig sichere Methode zur Senkung des Mortalitätsrisikos bei Brustkrebserkrankungen gewesen sei.

Der Sachverständige verwies auf die Forderung der Fachgesellschaft, dass die Gynäkologen diese Vorsorgeuntersuchung aktiv vermitteln sollen. Nach den Leitlinien sei der Arzt aufgefordert, die Screeninguntersuchung zu erklären, weil Patientinnen Sinn und Zweck dieser Untersuchung oft nicht selbstständig beurteilen können.

Das Gericht hat offen gelassen, ob der unterbliebene Rat zu einem Mammographie-Screening generell einen groben Behandlungsfehler darstellt. Die Richter sahen als entscheidend an, dass die Patientin regelmäßig die Vorsorgetermine wahrnahm und es deshalb für den Arzt offensichtlich war, dass sie ihr Brustkrebsrisiko minimieren wollte.

Rechtliche Bedeutung von Leitlinien

Leitlinien sind keine gesetzlichen Regelungen. Ihnen kommt aber rechtliche Bedeutung zu, da sie von Gerichten als Hilfsnormen und Entscheidungshilfe herangezogen werden, um beispielsweise eine ärztliche Fehlbehandlung zu beurteilen. Lässt ein Arzt Richtlinien außer Acht, kann das zur Beweislastumkehr führen. Der Arzt muss dann beweisen, dass der Schaden nicht deswegen entstanden ist, weil entgegen der Leitlinie behandelt wurde.

Zudem war das verordnete Medikament Liviella dazu geeignet, das Brustkrebsrisiko zu erhöhen. Wenn der Arzt bei einem solchen Fall nicht zu der einfachen, relativ risikolosen und von der Fachgesellschaft eindeutig empfohlenen Vorsorgeuntersuchung rät, stellt dies nach Auffassung der Richter einen groben Behandlungsfehler dar. Auch der Einwand des Arztes, dass der Patientin das Mammographie-Screening durch die Einladungen der zentralen Stelle bekannt war, änderte daran nichts.

Im Rahmen der Beweislastumkehr war das Gericht der Auffassung, dass der Brustkrebs bereits im Jahr 2008 durch eine Mammographie hätte entdeckt werden können – und so eine Metastasierung hätte verhindert werden können. Dann wäre der Klägerin die Chemotherapie erspart geblieben. Es hätte sich für die Patientin zudem eine günstigere Prognose für das Auftreten eines Rezidivs ergeben.

Das Gericht sprach der Klägerin ein Schmerzensgeld in Höhe von 20.000 Euro sowie den



Ersatz von 3.300 Euro für die Haushaltsführung zu. Außerdem verurteilte es den Gynäkologen, der Patientin sämtliche weiteren materiellen und immateriellen Schäden zu ersetzen, die ihr durch die verspätete Krebsdiagnose entstehen.

■ IRINA NEULEBEN

Das Mammographie-Screening wurde 2002 als Präventionsprogramm beschlossen. Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren lädt die Zentrale Stelle alle zwei Jahre zum Screening ein.

Aufklärungspflichten im BGB

Das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) regelt die Aufklärungspflichten für Ärzte in § 630e. Hier die wichtigsten Passagen:

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,
2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,
3. für den Patienten verständlich sein. Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

[...]

Deutschland floppt – Nordrhein top

Masern sind keine harmlose Kinderkrankheit. Sie können sogar tödliche Folgen haben. Trotzdem verzichten viele Menschen darauf, sich und ihre Kinder gegen Masern impfen zu lassen. In diesem Jahr wurden bundesweit mit bisher rund 1650 Fällen (davon 93 in Nordrhein) fast zehnmal so viele Masernerkrankungen gemeldet wie im gesamten Vorjahr.



Die BZgA informiert die Bevölkerung im Internet zu Krankheitsbild und Impfung. Auch Materialien für Praxen zur Erinnerung ihrer Patienten an Impftermine können kostenlos bestellt werden unter:

www.impfen-info.de
KV | 131126

beiden Masern-Impfungen in den von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Zeitfenstern. Immerhin 62 Prozent der Kinder sind vor ihrem zweiten Geburtstag zweimal geimpft. Dabei gibt es allerdings deutliche regionale Unterschiede.

Die höchste Impfquote verzeichnet Nordrhein. Hier sind 68 Prozent der Unter-Zweijährigen zweimal gegen Masern geimpft. Schlusslich-

ter sind Baden-Württemberg (58 Prozent) und Bayern (56 Prozent), wo in diesem Jahr besonders viele Masernerkrankungen gemeldet wurden.

Die Weltgesundheitsorganisation und das Gesundheitsministerium halten an dem Ziel fest: Die Masern sollen bis 2015 ausgerottet sein – auch in Deutschland. Dafür aber wäre es nötig, dass 95 Prozent der Bevölkerung dagegen geimpft sind. Doch von dieser Durchimpfungsrate sind wir weit entfernt.

Eine Studie des Zentralinstituts für die kassenärztlichen Versorgung (ZI) vom Juli zeigt: Lediglich 37 Prozent aller Kleinkinder erhalten die

Jugendliche und Erwachsene erkranken Betroffen sind dabei nicht nur Kleinkinder. Knapp zwei Drittel der in diesem Jahr Betroffenen waren zwischen zehn und 40 Jahre alt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) spricht deswegen auch diese Zielgruppe an. Zum Beispiel in der Kampagne „Deutschland sucht den Impfpass“.

Die Impflücken sollten unbedingt geschlossen werden. „Da Masern hoch ansteckend sind, können sie sich beispielsweise in Schulen, Universitäten, am Arbeitsplatz oder auf Großveranstaltungen sehr schnell ausbreiten. Jugendliche und Erwachsene sollten daher ihren Impfschutz gegen Masern überprüfen und Impflücken schnellstmöglich schließen“ rät Prof. Elisabeth Pott, Direktorin der BZgA.

Die Ständige Impfkommission empfiehlt seit 2010 allen nach 1970 geborenen Erwachsenen ohne oder mit nur einer Impfung in der Kindheit bzw. bei unklarem Impfschutz die Impfung gegen Masern. Vielen Erwachsenen ist diese Empfehlung zur Masern-Impfung aber nicht bekannt. Laut einer Studie der BZgA hatten 81 Prozent der Erwachsenen noch nichts davon gehört. Es gibt also einiges aufzuklären. ■ NAU

„Immer auf Impflücken achten“

Die diesjährige Masernwelle hat gezeigt, dass es noch ein weiter Weg ist, um die Krankheit auszurotten. KVNO aktuell sprach mit Dr. Martin Terhardt über nötige Schritte.

Was muss passieren, um die Masern in Deutschland auszurotten?

Terhardt: Einiges. Wir Kinder- und Jugendärzte müssen uns besser an die von der STIKO empfohlenen Impftermine halten. Wir wissen heute durch viele Studien, dass die Impfraten besonders hoch sind, wenn sie an die Vorsorgen gekoppelt sind. Denn bei den Vorsorgeuntersuchungen klärt der Kinder- und Jugendarzt die Eltern über die jeweils anstehende Impfung auf und führt sich gleich durch. Spätestens bei der nächsten Vorsorgeuntersuchung, die bei uns in Nordrhein wie in den meisten Bundesländern als verpflichtende Einladungen ausgewiesen sind, können verpasste Impfungen nachgeholt werden. Aufgrund dieses sehr sicheren Systems konnten wir erreichen, dass zum Schuleingang 92 Prozent aller Kinder in Nordrhein die zweifache Masernimpfung erhalten haben.

Das ist nach den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation aber immer noch zu wenig. Wie können wir eine noch höhere Durchimpfungsrate erreichen.

Terhardt: Wichtig ist, dass wir in den Praxen bei jedem Praxiskontakt auf Impflücken achten und bei jeder Gelegenheit versuchen, diese zu schließen. Auch Krankenkassen und Öffentlicher Gesundheitsdienst sollten die Eltern immer wieder ansprechen. Der Besuch von öffentlichen Kindertageseinrichtungen sollte ohne eine vorherige Impfstatus-Kontrolle nicht möglich sein. Die Gesundheitsämter müssen flächendeckend in den Betreuungseinrichtungen die Impfpässe der Kinder kontrollieren und gegebenenfalls die Eltern motivieren, Impflücken unverzüglich zu schließen.

Wo könnten die Krankenkassen helfen?

Terhardt: Die Krankenkassen könnten das Impfonorar den betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten entsprechend erhöhen, so dass der Recall und alle administrativen Notwendigkeiten und Risiken rund ums Impfen, zum Beispiel aufwendige Beratung und Impfstoff-Verwaltung, nicht zum Zuschussgeschäft werden. Die Kassen sollten uns Kinder- und Jugendärzte unterstützen, eine flächendeckende Erfassung des Impfstatus auch bei den Früherkennungsuntersuchungen zu schaffen, was eine regelmäßige Evaluation praxisbezogen und bevölkerungsbezogen ermöglichen würde.

Was ist Ihrer Ansicht darüber hinaus notwendig?

Terhardt: Auch für die J1 im Alter von zwölf bis 14 Jahren muss es flächendeckend verbindliche Einladungen geben. Die J1 ist gegenwärtig die letzte Gelegenheit, schlecht geimpfte Jugendliche zu erreichen. Das Vorsorgemeldesystem in NRW könnte beispielsweise bei der U7 auch den Impfstatus erfassen. Darüber hinaus benötigen wir dringend die gesetzliche Einführung weiterer U-Untersuchungen zwischen dem 5. und 12. Lebensjahr, die U10 und U11, bei denen dann neben anderen Gesichtspunkten wiederum die Vollständigkeit des Impfschutzes überprüft werden kann. Und selbstverständlich müssen wir in den Praxen an den organisatorischen Stellschrauben drehen, um Impflücken zu schließen. Zum Beispiel über ein Recall-System, das in der Praxissoftware oft enthalten ist und das Serienbriefe generieren kann. Der Aufwand ist also gar nicht so hoch.

■ DIE FRAGEN STELLTE FRANK NAUNDORF.



Dr. Martin Terhardt (60) ist als Pädiater in Ratingen niedergelassen. Im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ist er als Präventionsbeauftragter aktiv. Seit 2011 ist Terhardt zudem Mitglied der Ständigen Impfkommision (STIKO) und seit 2013 Mitglied der nationalen Verifizierungskommission Masern/Röteln.

Rund um den neuen EBM

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im Oktober standen Fragen rund um den neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) im Fokus.

In welche EBM-Gebührenordnungspositionen (GOP) werden die Versichertenpauschalen 03000/04000 gewandelt? Und wer trägt diese auf dem Behandlungsfall ein?

Die Versichertenpauschale 03000/04000 wird vom Arzt eingetragen. Die Praxissoftware, gegebenenfalls die KV Nordrhein, wird entsprechend des Alters die GOP 03000 in die GOP 03001– 03005 wandeln. Und zwar wie folgt:

■ unter 4 Jahren	03001/04001
■ 4 bis unter 18	03002/04002
■ 18 bis unter 54	03003/04003
■ 54 bis unter 75	03004/04004
■ ab 75	03005/04005

Beim zweiten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal können wir die GOP 03221 ansetzen. Fällt dann die GOP 03220 für den ersten Arzt-Patienten-Kontakt weg?

Ja, die beiden Positionen schließen sich im Behandlungsfall aus; so sieht es der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) vor. Die KV Nordrhein nimmt eine automatische Streichung der Ziffer vor, wenn die Praxissoftware diese nicht schon entfernt hat.

Wird der Chronikerzuschlag (GOP 03220 bzw. 03221) von der KV eingetragen?

Nein, das ist nicht möglich. Ob die Voraussetzungen zur Abrechnung des Chronikerzuschlags erfüllt sind, ist nur in der Praxis bekannt.

Sind die nordrheinischen Verträge der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) seit dem 1. Oktober noch gültig?

Ja, jedoch ist eine parallele Abrechnung mit den neuen Palliativziffern des EBM im Behandlungsfall nicht möglich.

Können die zum 1. Oktober 2013 eingeführten Palliativziffern neben den Leistungen der AAPV abgerechnet werden?

Nein, diese Leistungen sind nur in den Behandlungsfällen abrechnungsfähig, in denen die Patienten nicht nach einem der allgemeinen nordrheinischen ambulanten Palliativverträge behandelt werden.

Erfordert die neue hausärztliche geriatrische Versorgung eine bestimmte Zusatzqualifikation? Brauchen wir eine Genehmigung?

Es muss keine Zusatzqualifikation nachgewiesen werden. Die GOP 03360, 03362 sind ohne spezielle Genehmigung abrechnungsfähig.

Trägt die KV die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) ein?

Ja. Die KV Nordrhein setzt bei Vorliegen der Voraussetzungen die PFG automatisch zu.

Mehr Infos, Fragen und Antworten finden Sie unter www.kvno.de | **KV 131128**

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

Verspieltes Vertrauen

Anlässlich des Tages der Organspende am 1. Juni stellten das Bundesministerium für Gesundheit und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung eine gemeinsame Kampagne vor. Sie steht unter dem Motto „Das trägt man heute: den Organspendeausweis“. Dennoch sinkt die Bereitschaft der Deutschen weiter, nach dem Tod Organe zu spenden.

Im ersten Halbjahr 2013 verzeichnete die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) einen Rückgang um 18 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Die Rückgänge seien „in ihrer Dimension dramatisch“, erklärte Dr. Rainer Hess, Vorstandssprecher der Deutschen Stiftung Organtransplantation. 1.046 Spender verzeichnete die DSO im Jahr 2012 – und damit den niedrigsten Stand seit 2002. Im Jahr 2011 hatten noch 1.200 Menschen Organe gespendet.

Der Grund ist offenbar das Misstrauen der Menschen, das die Transplantationskandale an mehreren deutschen Kliniken ausgelöst haben. Zunächst in Göttingen, dann in Regensburg, am Münchener Klinikum rechts der Isar und in Leipzig. Die Änderungen am Transplantationsgesetz, das Manipulationen der Warteliste verhindern soll, konnten das Vertrauen nicht zurück gewinnen. Zumal die Transplantationszentren in den Schlagzeilen bleiben: In Münster ermittelt seit September die Staatsanwaltschaft wegen möglicher Verstöße gegen die Richtlinien für Lebertransplantationen.

Die Leidtragenden der sinkenden Spenderzahlen sind die Patienten auf der Warteliste für ein Organ: rund 12.000 Menschen sind dies zurzeit in Deutschland, etwa 8.000 davon warten auf eine neue Niere – und zwar fünf bis sieben Jahre lang. Die Lücke zwischen Angebot und Bedarf zu schließen wird immer schwerer, denn den Transplantationskliniken stehen in diesem Jahr nach Angaben der DSO etwa zehn Prozent weniger Organe zur Verfügung als im Vorjahr.

Inzwischen werben nicht nur viele Krankenkassen intensiv für die Organspende. Auch das Bundesgesundheitsministerium und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) starteten im Juni eine Kampagne. Diese unterstützen mehrere Prominente, darunter der „Tatort“-Kommissar Klaus J. Behrendt, die Olympiasiegerin im Biathlon Kati Wilhelm, der Olympiasieger im Gewichtheben Matthias Steiner und die Moderatoren Sonya Kraus und Markus Lanz.

Prof. Elisabeth Pott, Direktorin der BZgA, erklärt: „Wir wissen, dass 70 Prozent der Menschen in Deutschland grundsätzlich eine positive Einstellung zur Organspende haben, aber nur 22 Prozent dokumentieren ihre Bereitschaft in einem Organspendeausweis.“ Studien zeigen, dass Menschen sich eher entscheiden, wenn sie über das Thema gut informiert sind. Deshalb stellt die BZgA kostenfrei Informationsmaterial zur Verfügung. ■ NAU

Einen Überblick zu den Organspende-Infoangeboten des Bundesgesundheitsministeriums und der BZgA finden Sie unter www.organspende-info.de | KV | 131129



Im Zuge der Kampagne wurde ein Blog eingerichtet mit Interviews prominenter Kampagnenunterstützer, Reportagen von Menschen, für die das Thema Organspende zum Arbeitsalltag gehört, aber auch Geschichten von Spendern und Angehörigen. Den Blog finden Sie unter www.organspende-geschichten.de

RLV-Fallzahl – Es gibt

Ausnahmen bei der Berechnung

Das Regelleistungsvolumen (RLV) ist der größte Bestandteil des vertragsärztlichen Honorars. Es wird auf Basis der Vorjahresfallzahl rechnerisch ermittelt, unter Berücksichtigung der Abstufung. Hiervon gibt es aber Ausnahmen, um unverschuldete Härten zu vermeiden.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) sieht die Möglichkeit vor, bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen, die Ermittlung der RLV bezogen auf die Lebenslange Arztnummer (LANR) oder auf Basis eines anderen Quartales zu beantragen oder die Abstufung aussetzen. Geregelt sind die Ausnahme-Möglichkeiten in § 6 des HVM.

Härteklausele (§ 6 Abs. 1)

Auf Antrag kann die praxisbezogene Fallzahl auf die aktuelle Fallzahl des Abrechnungsquartals angehoben werden. Dies ist bei unvorhersehbaren Ereignissen möglich, etwa einer Krankheit im Vorjahresquartal oder einer Praxischließung im Umfeld, die zu einer Fallzahlsteigerung im aktuellen Quartal führte. In solchen Fällen kann ein Antrag erfolgreich sein. Er muss in dem Quartal gestellt werden, für das die Härtefallregelung erstmals gelten soll.

Damit ein solcher Antrag Erfolg haben kann, muss die Fallzahlveränderung mindestens 20 Prozent betragen. Hierbei wird zwischen einer Fallzahlsenkung im Vorjahresquartal und einem Fallzahlanstieg im aktuellen Quartal unterschieden. Zur Bemessung des Fallzahlrückganges wird die Vorjahresfallzahl mit der Fallzahl des Vorjahres verglichen. Bei der Beurteilung des Fallzahlanstiegs im aktuellen Quartal hingegen wird die aktuelle Fallzahl mit der Vorjahresquartalsfallzahl vergli-

chen. Wenn ein Antrag auf Anwendung der Härtefallregelung des HVM erfolgreich ist, gilt die geänderte Fallzahlbasis für maximal vier Quartale.

Ausnahme von der Abstufung (§ 6 Abs. 2)

Dies ist möglich, wenn ein Arzt mindestens die doppelte Fallzahl der Arztgruppe versorgt und gleichzeitig weniger als drei Praxen im Einzugsgebiet existieren, die unter 150 Prozent der Fallzahlen aufweisen. In diesem Fall kann die KV die Abstufung aussetzen. Das heißt: Der Fallwert wird dann erst ab einer Fallzahl oberhalb 200 Prozent des Fachgruppenschnittes abgestuft. Die KV Nordrhein erkennt die Aussetzung von der Abstufung allerdings nur dann an, wenn dies zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung nötig ist.

Praxisbesonderheit (§ 6a Abs. 2)

Wenn eine Praxis eine starke Spezialisierung aufweist, kann die Kassenärztliche Vereinigung einen Zuschlag auf den Fallwert für vier Quartale gewähren. Hierzu ist es erforderlich, dass der Leistungsumfang der Praxis zu mindestens 20 Prozent auf der Spezialisierung basiert. Dieser Leistungsanteil muss in vier aufeinander folgenden Quartalen feststellbar gewesen sein. Zusätzlich ist erforderlich, dass die speziellen Leistungen mindestens fünfmal häufiger als im Durchschnitt der Fachgruppe abgerechnet werden. Leistungen der qua-

lifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) sind von der Regelung ausgenommen.

Auffangregelung (§ 6b)

Die KV Nordrhein kann Anpassungen bei den RLV vornehmen, wenn die wirtschaftliche Existenz der Praxis bedroht ist und dies zu einem spezifischen Sicherstellungsbedarf führt. Die Umstände, die dazu führen, dürfen allerdings nicht durch den Praxisinhaber verschuldet sein. Die Gefährdung der Praxis muss durch entsprechende Unterlagen nachgewiesen werden, vorzugsweise Unterlagen Dritter, zum Beispiel eines Steuerberaters.

RLV bei Änderung der Kooperationsform (§ 5 Abs. 4)

In der Regel wird die Fallzahl innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) nach Tätigkeitsumfängen verteilt. Es erfolgt keine Zuordnung der Fälle nach LANR. Dies kann bei der Bildung oder Trennung einer BAG nachteilig sein.

Ein Beispiel: Eine BAG mit zwei Teilnehmern hat 1.500 RLV-Fälle eingereicht; Einer der

Partner hat 1.000 Patienten behandelt, sein Kollege 500. Die normale Verteilung der RLV-Fälle bedeutet, dass für jeden Arzt 750 Fälle zur RLV-Berechnung herangezogen werden. So lange die BAG weiterhin besteht, führt dies zu keinen Problemen, da das als Summe der Praxis zugewiesen wird.

Schwierig wird es, wenn der BAG-Partner mit dem kleineren tatsächlichen Anteil an der Behandlungsfallzahl die Praxis verlässt und die Patienten in der Praxis weiterhin behandelt werden. In diesem Fall hat der verbleibende Partner ein RLV auf Basis von 750 Fällen, behandelt aber tatsächlich 1.500 Patienten. Dieser Umstand führt zu einer deutlichen und ungewollten Überschreitung des Regelleistungsvolumens.

Um hier Abhilfe zu schaffen kann die Fallzahl zur RLV-Ermittlung auf Antrag nach LANR vorgenommen werden. Hierzu muss sich die Abrechnung „wesentlich und dauerhaft“ zu Gunsten des Antragstellers verändern, wenn die Fallzahl nach LANR ermittelt wird.

■ JASMIN KRAHE | MICHAEL SYBERTZ

Abrechnungsberatung

Bezirksstelle Düsseldorf

Olga Lykova

Telefon 0211 5970 8704

Telefax 0211 5970 8613

E-Mail olga.lykova@kvno.de

Susann Degenhardt

Telefon 0211 5970 8703

Telefax 0211 5970 8613

susann.degenhardt@kvno.de



Bezirksstelle Köln

Jasmin Krahe

Telefon 0221 7763 6446

Telefax 0221 7763 5446

E-Mail jasmin.krahe@kvno.de

Michael Sybertz

Telefon 0221 7763 6447

Telefax 0221 7763 5447

michael.sybertz@kvno.de

Kampagne steigert Reichweite



Der Kinospot der Imagekampagne wurde im Bett gedreht.

Die große zweite Werbewelle mit Plakaten und TV-Spots für die Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ zeigt Wirkung: Mit 18 Prozent lag die Kampagnenwahrnehmung trotz hoher Werbekonkurrenz kurz vor der Bundestagswahl um drei Prozentpunkte höher als im Mai.

Den Kinospot, der von Anfang September bis Ende Oktober in rund 600 Kinos deutschlandweit lief, sahen über 1,5 Millionen Besucher. Am stärksten wird die Kampagne aber über die Außenwerbung wahrgenommen. Ein großer Anteil der Befragten (September: 20 Prozent, Mai: 13 Prozent) gab darüber hinaus an, ein Kampagnen-Plakat in der Arztpraxis gesehen zu haben. Dass die Kampagne immer weitere Kreise zieht, liegt auch an wachsender Beteiligung von Verbänden, etwa dem NAV-Virchow-Bund und mehreren Berufsverbänden.

Mehr Infos unter www.ihre-aerzte.de

Notdienst: Ab Juli 2014 nur noch unter 116 117

Die nur noch in Nordrhein existierende Notdienst-Nummer 0180 50 44 100 läuft nur noch bis 1. Juli 2014. Der Verwaltungsausschuss der Arztrefuzentrale NRW hat beschlossen, die für Anrufer kostenpflichtige 0180 50 44 100 zum 30. Juni des kommenden Jahres abzuschalten. Danach werden bis Ende 2014 alle Anrufer unter dieser Nummer eine Bandansage hören, die sie auf die bundesweit eingeführte und auch in Nordrhein etablierte 116 117 hinweist.

„Diese Entscheidung ist richtig und klug“, sagt Dr. Michael Klein, Geschäftsführer der Arzt-

rufzentrale NRW. „Wir haben auch zu Spitzenzeiten keine Probleme mehr bei der Erreichbarkeit der 116 117, die zeitweilig von der alten Rufnummer etwa durch nur bei der alten Nummer mögliche Bandansagen entlastet worden war.“ Mittlerweile verursache die 01805 nur noch Extrakosten und technischen Mehraufwand, ohne noch einen Mehrwert zu bieten – weder für die Arztrefuzentrale noch für die Anrufer. Der Anteil der Anrufer unter der 01805 war durchweg rückläufig; zuletzt wählten noch etwa 20 Prozent der Patienten diese Nummer.

Neue Druckfunktion in der Onlinesuche

Die Arzt- und Psychotherapeutensuche der KV Nordrhein hat eine neue Druckfunktion. Damit ist es möglich, die Detailseite jedes gefundenen Eintrages auszudrucken. Patienten können sich nun also Informationen zu Ihrer Praxis auf einer Seite drucken, darunter die Anschrift, Telefon- und Telefaxnummern, Öffnungszeiten und E-Mail-Adresse falls vorhanden.

In der Suche wird eine PDF-Datei generiert, die nicht nur gedruckt, sondern auch gespeichert oder per E-Mail versendet werden kann. Fast alle modernen Internetbrowser unterstützen das PDF-Format. Sollte es bei Ihrem Rechner nicht angezeigt werden, so installieren Sie bitte ein PDF-Programm. Eines der bekanntesten und kostenlosen Tools ist der Adobe Reader.

Ärzteversorgung: Neuer Antrag bei Jobwechsel

Angestellte Ärzte sollten jeden Wechsel des Arbeitgebers mit einem neuen Befreiungsantrag der Rentenversicherung innerhalb von drei Monaten anzeigen. Denn für die verkammerten freien Berufe gilt seit 31. Oktober 2012 ein geändertes Befreiungsrecht.

Dies ist mit einem erheblichen Verwaltungsaufwand für alle Verfahrensbeteiligten verbunden; natürlich auch mit dem Risiko, dass der Antrag nicht anerkannt wird, wenn die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sein sollten. Hält der Arzt die Frist von drei Monaten nicht ein, kann

eine Befreiung erst ab dem Zeitpunkt der Antragstellung erfolgen – unabhängig davon, ob der Antragsteller zuvor bereits eine Tätigkeit als Arzt ausgeübt hat.

Die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV) empfiehlt bei einem neuen Befreiungsantrag stets die jeweilige Berufsbezeichnung zu nennen, also zum Beispiel Arzt. Es sei ratsam, auch die Arbeitgeberbezeichnung im Befreiungsantrag exakt anzugeben, um den Anforderungen des neuen Befreiungsrechts gerecht zu werden.

Patienteninfo Heilmittel lieferbar

Patienteninfo Heilmittel

Bei der Verordnung von Heilmitteln, also zum Beispiel Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie müssen Ärzte, Patienten und Krankenkassen gesetzliche Vorgaben beachten. Die Heilmittel-Richtlinie regelt verbindlich, welche Heilmittel Ärzte in welcher Menge und bei welchen Erkrankungen auf einem Kassenrezept verordnen können. Mehr dürfen sie nicht verordnen. Ärzte tragen für die Heilmittelverordnungen die finanzielle Verantwortung und müssen im schlimmsten Fall sogar eine Strafe zahlen, wenn sie mehr als erlaubt verordnen. Die Heilmittel-Richtlinie soll eine ausreichende und zweckmäßige Behandlung sichern. Für Ihre Gesundheit müssen auch Sie sich einsetzen. Damit die Therapie erfolgreich ist, ist Ihre Ärztin oder Ihr Arzt auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Ärzte sollen vor jeder Verordnung prüfen, ob das Behandlungsziel auch durch Maßnahmen der Patienten zu erreichen ist, beispielsweise durch sportliche Betätigung.

Was darf wie oft verordnet werden?

In den meisten Fällen beträgt die maximale Verordnungsmenge bei Erst- und Folgeverordnungen für die

■ Physikalische Therapie	bis zu 6 Einheiten je Rezept
■ Stimm-, Sprech-, Sprachtherapie	bis zu 10 Einheiten je Rezept
■ Ergotherapie	bis zu 10 Einheiten je Rezept
■ Podologie	bis zu 3 Einheiten je Rezept (Folge-Rezept: 6 Einheiten)

In der Regel gibt es für jede Erkrankung eine maximale Verordnungsmenge. Ihr Arzt kann auch weniger verordnen, wenn die kleinere Menge ausreichend ist.

Stichwort: Heilmittel

Der Begriff Heilmittel umfasst verschiedene Therapien. Zu den Heilmitteln zählen Maßnahmen der physikalischen Therapie, der podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und der Ergotherapie. Diese Leistungen dürfen nur entsprechend ausgebildete Personen erbringen. Die podologische Therapie, also die medizinische Fußpflege bei Diabetes-Patienten führt der Podologe aus. Physiotherapeuten bzw. Krankengymnasten, Massage- und Bademeister führen Maßnahmen der physikalischen Therapie durch. Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie erbringen Logopäden und Sprachheilpädagogen.



Die Patienteninfo Heilmittel ist wieder verfügbar. In der August-Ausgabe von KVNO aktuell lag sie erstmals bei. Das von der KV Nordrhein erstellte Infoblatt informiert Patienten darüber, welches Heilmittel wie oft verordnet werden darf und welche Zuzahlungen anfallen. Außerdem stellt die Information klar, dass Hausbesuche von Heilmittel-Erbringern nur ausnahmsweise möglich sind und Heilmittel-Verordnungen nur begrenzt gültig sind. Nachdem die Erstauflage vergriffen war, stehen nun wieder Exemplare für Ihre Praxis zur Verfügung. Sie können sie anfordern bei:

KV Nordrhein
Gernot Grothe
Telefon 0221 7763 6267
Telefax 0221 7763 5267
E-Mail gernot.grothe@kvno.de

Dokumentieren – Was sollen wir aufarbeiten?

Ihre Meinung ist uns wichtig. Daher möchten wir in einer Online-Umfrage von Ihnen wissen, welche Facetten des Themas „Doku-

mentation“ für Sie bzw. Ihre Praxis von Bedeutung sind. Ihre fünf Top-Themen greifen wir in KVNO aktuell auf.

Die Umfrage finden Sie unter www.kvno.de
KV | 131133

Fax-Abruf-Nr.: 0211 5970 - _ _ _ _

Zum Abruf wählen Sie bitte die Nummer des Dokumentes. Je nach Gerät müssen Sie vor oder nach dem Wählen die Abruf-Taste des Fax-Gerätes drücken. Da die Fax-Geräte je nach Hersteller unterschiedlich sein können, sind

leider keine allgemeingültigen Angaben zur Handhabung der Abruffunktion möglich. Bitte entnehmen Sie Einzelheiten zur Funktion des Fax-Abrufes der Betriebsanleitung Ihres Gerätes.

Durchwahl-Nr. **Titel** **(Seitenanzahl)**

Bezirksstellen der KV Nordrhein		
7503	Anzeigenmuster Praxisbörsentag	(1)
7504	Bestellschein für Kassen- und KV-Vordrucke	(3)

Bezirksstelle Düsseldorf		
7500	Gesamtaufstellung – Zugelassene Ärzte	(4)
7501	Gesamtaufstellung – Ermächtigte Ärzte	(4)
7502	Gesamtaufstellung – Krankenhäuser	(4)

Bezirksstelle Köln		
7510	Gesamtaufstellung – Zugelassene Ärzte	(3)
7511	Gesamtaufstellung – Ermächtigte Ärzte	(3)
7512	Gesamtaufstellung – Krankenhäuser	(3)

EDV/IT in der Arztpraxis		
7522	eToken-Kurzinfo: Online-Abrechnung mit eToken ab dem 3. Quartal 2012	(1)
7523	Elektronische Dokumentation zum Hautkrebs-Screening (eHKS) Merkblatt für Arztpraxen	(7)
7524	Quartalsabrechnung mit der KV Nordrhein: Mögliche technische Verfahren, damit verbundene Kosten und Einsparungen	(2)
7525	D2D-Anmeldung	(8)
7526	Merkblatt und Antragsunterlagen zur Blankoformularbedruckung	(6)
7527	Merkblatt Früherkennungs-Koloskopie	(8)
7528	Merkblatt eDMP-Dokumentation	(10)
7529	Meldebogen für die IT-gestützte Quartalsabrechnung	(1)

Pharmakotherapieberatung		
7532	Patentgeschützte Analogpräparate (Me-too-Liste 2013)	(2)
7533	Praxisbesonderheiten 2013 – Arzneimittel	(1)
7534	Richtgrößen 2013 – Heilmittel	(1)
7536	Richtgrößen 2013 – Arzneimittel	(1)
7538	Anfrage: Arznei-, Verband- oder Heilmittelverordnung oder Verordnungen des Sprechstundenbedarfs	(1)
7539	Genehmigungsverzicht bei Heilmittel-Verordnungen außerhalb des Regelfalles	(2)
7541	Bundesweite Heilmittel-Praxisbesonderheiten 2013	(10)

Durchwahl-Nr. **Titel** **(Seitenanzahl)**

Qualitätssicherung/Sicherstellung		
7551	Meldeformular für Laborgemeinschaften zur Direktabrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein	(3)
7552	Merkblatt und Antrag zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin oder für Innere und Allgemeinmedizin	(14)
7553	DMP Asthma/COPD: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität (fachärztliche Versorgungsebene)	(1)
7554	DMP Asthma/COPD: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(5)
7556	Anzeige über Beginn/Beendigung der Methadonsubstitution	(1)
7557	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität für den Hausarzt	(1)
7558	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität für die DSP und Kinderärzte	(4)
7559	Meldebogen „Gründung eines Qualitätszirkels“	(1)
7560	Patientendokumentation zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger	(4)
7561	Patientenerklärung zum Datenschutz / Abschluss	(2)
7562	Patientenerklärung zum Datenschutz / Beginn	(2)
7563	Patientenmerkblatt: Darmkrebs-Früherkennung	(3)
7566	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
7567	DMP Diabetes mellitus Typ 2: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
7568	DMP KHK: Erklärung über die Praxisausstattung	(2)
7569	DMP KHK: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)

Rechtsabteilung		
7570	Kooperation mit pharmazeutischen Unternehmen	(4)
7572	Rundschreiben der KBV zur Umsatzsteuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 UStG – Sachverständigentätigkeit eines Arztes für die gesetzliche Unfallversicherung	(5)

Bereich Kommunikation		
7580	Anfahrtsbeschreibung zur KV Nordrhein	(2)

Diese Dokumente sind auch über die Online-Ausgabe von KVNO aktuell im Internet unter www.kvno.de abrufbar.

Bei technischen Problemen steht das Communication-Center der KV Nordrhein unter der Telefonnummer 0211 5970 8500 zur Verfügung – bei Störungen wenden Sie sich bitte an den Geräte-Hersteller. Inhaltliche Fragen zu den Dokumenten richten Sie bitte an die zuständige Fachabteilung, Telefon 0211 59700.

Vorbereiten auf die ambulante spezialärztliche Versorgung

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Richtlinien über die ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) im März 2013 beschlossen. Mit der ASV wird ein neuer sektorenübergreifender Versorgungssektor geschaffen, der aus dem ambulanten wie stationären Bereich interdisziplinär mit Leben gefüllt werden soll. Der Leistungskatalog ist weit gefasst und beinhaltet unter anderem die Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen, HIV/Aids, schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen und schwerer Herzinsuffizienz. Zudem fallen hochspezialisierte Leistungen wie die Brachytherapie oder die CT- bzw. MRT-gestützte interventionelle Schmerztherapie in den Leistungskatalog.

Die Veranstaltung bietet Ärztinnen und Ärzten einen aktuellen und umfassenden Überblick zur ASV und zeigt Strategien auf, um sich rechtzeitig für die neue Herausforderung zu wappnen.

Termin 4. Dezember 2013
18.30 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Anmeldung Nordrheinische Akademie
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
E-Mail andrea.ebels@aekno.de
Auskunft 0211 4302 2801
Gebühren 35 Euro

Neue Therapien bei Neurodermitis und Schuppenflechte

Von der Diagnose, über Symptome, Ursachen und Therapien bei Neurodermitis und Psoriasis referieren Dr. Winfried Wischer und Professor Ulrich Hengge bei der RP-Ratgeber Veranstaltung Gesundheit im Haus der Ärzteschaft. Als dritter Experte gibt Ottfrid Hillmann vom Deutschen Psoriasis Bund als Betroffener und als Ansprechpartner der Selbsthilfe Tipps zum Umgang mit der Erkrankung Schuppenflechte. Bereits seit 2007 veranstaltet die KV Nordrhein in Kooperation mit der Rheinischen Post in loser Reihenfolge Veranstaltungen für interessierte Bürgerinnen und Bürger.

Termin 4. Dezember 2013
18 bis 20 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Anmeldung keine
Auskunft 0211 5970 8281

Mit der Abrechnungsgenehmigung Impfleistungen abrechnen

In Kooperation mit dem Forum Impfen bietet die Nordrheinische Akademie einen Impfkurs an, mit dem Sie die Abrechnungsgenehmigung Impfen erlangen können. Der Kurs gliedert sich in einen Präsenzteil und einem Onlinemodul. Der Präsenztermin am 7. Dezember wird in Düsseldorf angeboten. Anschließend können die Teilnehmer anhand der auf der Lernplattform eingestellten Unterlagen das Onlinemodul absolvieren.

Termin 7. Dezember 2013
9.30 bis 15 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Anmeldung Nordrheinische Akademie
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
E-Mail andrea.ebels@aekno.de
Auskunft 0211 4302 2801
Gebühren 150 Euro

Veranstaltungen für Mitglieder

■	12.11.2013	Kreisstelle Essen der KV Nordrhein: Mitgliederversammlung, Essen
	13.11. 2013	Essener Bündnis gegen Depression e. V.: Behandlung von Depressionen in der Hausarztpraxis, Essen
■	16./17.11.2013	Ärzttekammer Nordrhein/KV Nordrhein: Contergan-Symposium, Düsseldorf
	16.11./7.12.2013	Nordrheinische Akademie: Gesundheitsförderung und Prävention (nach Curriculum der Bundesärztekammer), Düsseldorf
■	18.11.2013	KV Nordrhein et al.: CIRS NRW-Gipfel 2013, Düsseldorf
■	20.11.2013	Kreisstelle Wuppertal der KV Nordrhein: Mitgliederversammlung, Wuppertal
■	20.11.2013	KV Nordrhein in Kooperation mit Nordrheinischer Akademie: Aufbereitung von Medizinprodukten in Arztpraxen aus praktischer Sicht, Köln
	22./23.11.2013	Nordrheinische Akademie: Moderatorenausbildung Grundkurs, Düsseldorf
■	26.11.2013	Kreisstelle Mülheim der KV Nordrhein: Mitgliederversammlung, Mülheim
	30.11. 2013	Nordrheinische Akademie: Orthopädischer Refresherkurs, Düsseldorf
	04.12./18.12.2013	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für Arztpraxen „Datenschutzmanagement“, Düsseldorf
	04.12.2013	Nordrheinische Akademie: Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV), Düsseldorf
■	04.12.2013	KV Nordrhein: Einführungsworkshop „Rational und rationell verordnen für neu niedergelassene Ärzte“, Köln
■	04.12.2013	KV Nordrhein/Rheinische Post: „Neue Therapien bei Neurodermitis und Schuppenflechte“ Düsseldorf
	07.12.2013	Nordrheinische Akademie: Seminar zur Erlangung der Abrechnungsgenehmigung von Impfleistungen, Düsseldorf
	11.12. 2013	IQN: Chirurgische Eingriffe im Handbereich, Düsseldorf
■	11.12.2013	KV Nordrhein und das Palliativ- und Hospiznetzwerk Köln e.V.: „Palliativmedizinische und hospizliche Versorgung von schwerkranken Patienten: Barrieren und Überwindungsstrategien“; Vorstellung des neuen AAPV Vertrages Palliativmedizin, Köln

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

	09.11.2013	Nordrheinische Akademie: Gestalten und Präsentieren medizinischer Vorträge mit PowerPoint, Düsseldorf
	09.11.2013	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für Arztpraxen „Dokumente am Computer gestalten“, Düsseldorf
	13.11.2013	KV Nordrhein: Pharmakotherapie, Düsseldorf
	27.+29.11.2013	Nordrheinische Akademie: Wundpflege und Wundversorgung, Düsseldorf
	04.12.2013	Nordrheinische Akademie: Diagnosekodierung in der Praxis – Grundlagenwissen, Düsseldorf
	04.12./18.12.2013	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für Arztpraxen „Datenschutzmanagement“, Düsseldorf

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

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

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

Redaktionsbeirat

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

Druck

Echo Verlag, Köln

Satz

Merzhäuser | grafik+design, Bonn

Anschrift der Redaktion

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

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

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

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 23 000

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“ 12 | 2013

■ Verordnungen

Die Arzneimittelvereinbarung 2014

■ DMP

Der neue Jahresbericht liegt vor

■ Patienten

Aktuelle Ratgeber-Veranstaltungen

■ Internet

Mitgliedssuche deutlich bequemer

Die nächste Ausgabe von „KVNO aktuell“
erscheint am 18. Dezember 2013.

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



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.