

1+2 | 2012

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

## Hintergrund

DMP-Bericht | Chronisch Kranke werden im Rheinland gut versorgt

## Schwerpunkt

Versorgungsgesetz | Weg frei für den dritten Versorgungssektor

## Interview

Colin MacKenzie | „Antibiotika aufbrauchen – das ist überholt“

## Praxisinfo

Pflegeheim | Pilotprojekt mit der Barmer GEK startet in Essen



Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

# Inhalt

## Schwerpunkt

---

- 2 „Landärzte-Gesetz“ ebnet den Weg für den dritten Versorgungssektor

## Aktuell

---

- 7 Online-Anschluss frühestens 2014
- 8 „Packung aufbrauchen ist überholt“
- 10 116 117 wird bundesweite Rufnummer

## ■ Praxisinfo

---

- 12 KBV-Hausarztvertrag mit der Knappschaft
- 12 Strukturpauschale für konservativ tätige Augenärzte
- 12 Wegfall des Poliklinik-Berechtigungsscheins
- 12 Hautkrebsvorsorge der HEK
- 12 TK: Hautkrebscreening für Patienten unter 35
- 13 Tonsillotomievertrag mit der Bahn BKK
- 13 U10/U11-Vertrag mit der BKK Axel Springer
- 13 Verträge U10/U11 und J2 der Knappschaft und TK

- 13 Labor: Pseudokennziffer 88192 für HzV-Patienten
- 13 BUFDIS – Bundesfreiwilligendienst
- 14 Schwangerschaftsabbrüche und Kontrolluntersuchung
- 14 Versorgung von Patienten in Pflegeheimen
- 15 EBM-Änderungen zum 1. Januar 2012
- 16 Folgeänderung des HNO-Kapitels 9 EBM
- 16 MRSA: EBM-Positionen für die Abrechnung

## ■ Verordnungsinfo

---

- 17 Diagnosen müssen aufs Hilfsmittelrezept
- 18 Arzneimittelvereinbarung: Me-too-Liste eingefroren
- 19 Arzneimittelquoten: Fragen und Antworten
- 20 Schmerzpflaster sind keine Initialtherapie

## Hintergrund

---

- 22 Chronisch Kranke werden im Rheinland gut versorgt

## Berichte

---

- 26 KBV-Vize Müller tritt zurück
- 26 Zahl der Organspenden gesunken
- 27 Gemeinschaftshilfe unterstützt im Trauerfall
- 28 Vertreterversammlung der KV Nordrhein

## Service

---

- 32 Praxispersonal fortbilden
- 33 Safer surfen mit der KV Nordrhein
- 34 ICD-10 hat Einfluss auf Honorarentwicklung
- 35 Der Diabetes mellitus
- 36 Kodierbeispiele Diabetes mellitus
- 38 Zuzahlungsbefreit – Überweisung?
- 39 Ärzte können Aufwand reduzieren

## In Kürze

---

- 41 Werkstattgespräch: Bahr besucht Bergmann
- 41 Lebenserwartung steigt weiter
- 42 Immer mehr Praxen setzen auf D2D
- 42 Neuer Pressesprecher bei der KV Nordrhein
- 42 Schnelle Infos: Geben Sie uns Ihre Mail-Adresse
- 43 Veranstaltungen
- 44 Termine



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

wir haben im vergangenen Jahr hart für eine „Konvergenz“ der Vergütung je Versicherten gekämpft. Dabei haben Sie uns vehement unterstützt, wofür wir uns herzlich bedanken möchten! Trotz alledem: Der Gesetzgeber hat unsere Forderung nicht erfüllt, an unserer Benachteiligung hat sich nichts geändert.

Damit aber werden wir uns nicht abfinden. Wir werden die Politik bei jeder Gelegenheit daran erinnern, dass die ambulante Unterfinanzierung für unser Land Nordrhein-Westfalen ein gravierender Standortnachteil ist.

Denn mit deutlich geringeren Mitteln für die Versorgung der Bevölkerung kann es nicht gelingen, ein Versorgungsniveau wie in besser ausgestatteten Regionen zu halten. Wenn die ungerechte Verteilung anhält, hat dies spürbare Konsequenzen – beispielsweise bei der Möglichkeit, in die technische Ausstattung der Praxen zu investieren oder ausreichend Personal zu beschäftigen.

Auch wenn Geld sicher nicht das einzige Argument ist: Mit der Perspektive einer unterdurchschnittlichen Vergütung sind junge Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten kaum für eine Niederlassung in Nordrhein zu gewinnen. Das wäre eine schwere Hypothek im Kampf gegen den Ärztemangel.

Daran ändert auch eine neue Bedarfsplanung nichts, mit der der Gesetzgeber die Selbstver-

waltung beauftragt hat. Ein neues Planungsrecht allein wird den drohenden Haus- und Fachärztemangel nicht stoppen. Die Neuordnung einer flächendeckenden Sicherstellung ist nur eines von mehreren Themen im GKV-Versorgungsstrukturgesetz, die uns, aber auch die Landes- und Kommunalpolitik, in den kommenden Monaten und Jahren beschäftigen wird.

Ein weiteres, viel diskutiertes Thema ist die spezialfachärztliche Versorgung. Sie soll nach dem Willen der Politik den Einstieg in Sektor übergreifende Strukturen und die Chance eines vergleichsweise fairen Wettbewerbs der Sektoren bieten.

Ganz sicher ist sie eine Verbesserung zum Status quo, in dem die Krankenhäuser einseitig für spezialisierte fachärztliche Leistungen geöffnet werden – nicht selten zum Nachteil der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. Die Kehrseite des Wettbewerbs sind jedoch neue Verfahren, etwa für die Abrechnung und Qualitätssicherung, die zusätzlich zur etablierten Administration der Kassenärztlichen Vereinigungen aufgebaut werden müssen.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Peter Potthoff

Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier

Vorstand

## „Landärzte-Gesetz“ ebnet den Weg für den dritten Versorgungssektor

Die Regionalisierung der Honorarpolitik, die spezialfachärztliche Versorgung und eine neue Bedarfsplanung sind die Herzstücke des Versorgungsstrukturgesetzes. Wirkung entfaltet es erst im Laufe der kommenden Jahre, denn an zentralen Punkten muss der Gemeinsame Bundesausschuss die Details noch fixieren.

Mit der Mehrheit der schwarz-gelben Koalition hat der Deutsche Bundestag am 1. Dezember das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) verabschiedet. Trotz heftiger Einwände aus den Ländern mit rot-grüner Regierungsbeteiligung hat auch der Bundesrat das Gesetz noch vor Weihnachten passieren lassen und sich auf eine unverbindliche Entschliebung mit wenigen kritischen Anmerkungen beschränkt.

Selbst Kritiker bescheinigen der Koalition, dass sie mit diesem Gesetz die Weichen für echte Strukturveränderungen gestellt hat. Mit dieser Feststellung aber endet die Gemeinsamkeit im Urteil von Experten, Politikern und Betroffenen.

### Spezialfachärztliche Versorgung

Zu diesen Betroffenen zählen die Fachärzte. Der neu formulierte Paragraf 116b des fünf-

### Regelungen kurz und knapp

Das neue Gesetz enthält eine Fülle weiterer Regelungen. Für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sind folgende Punkte besonders wichtig:

**Weniger Pauschalen:** In der haus- und fachärztlichen Vergütung sollen Pauschalen zugunsten von Einzelleistungen zurückgeführt werden.

**Differenzierte Bewertung:** Beim Honorar soll künftig die Morbidität – und damit der Behandlungsaufwand – besser abgebildet werden. So könnten Leistungen im EBM nach Alter und Krankheitszustand oder weiteren Kriterien unterschiedlich bewertet werden.

**Netze stärken:** Von der KV anerkannte Ärztenetze können in der Honorarverteilung

berücksichtigt und gefördert werden, zum Beispiel durch ein eigenes Budget.

**Beratung statt Regress:** Im Falle einer erstmaligen Überschreitung der Arzneimittel-Richtgröße droht kein Regress, sofern der Arzt die ihm anzubietende Beratung in Anspruch nimmt.

**Wartezeiten:** Im Rahmen der Sicherstellung haben die Versicherten künftig Anspruch auf einen „zeitnahen“ Termin beim Facharzt.

**Entlassmanagement:** Nach stationärer Behandlung hat die Klinik die haus- und fachärztliche Anschlussbehandlung zu gewährleisten.

Eine Übersicht der Neuregelungen finden Sie im Internet unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) | [KV | 120102](#)

ten Sozialgesetzbuchs (SGB V) wird die „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ (ASV) aus der herkömmlichen fachärztlichen Versorgung ausgliedern. Die neue Regelung gilt künftig für Niedergelassene und für Krankenhausärzte gleichermaßen und ersetzt den „alten“ Paragraphen 116b, der die Kliniken bereits 2007 für ambulante Leistungen geöffnet hat.

Das Leistungsspektrum der ASV wurde im Verlauf der parlamentarischen Diskussion immer enger definiert. Die Koalition reagierte damit auf Bedenken, hier entstünde ein Wachstumssektor zu Lasten der fachärztlichen Regelversorgung. Doch diese Bedenken sind längst nicht vom Tisch. Denn nach wie vor sind für diesen Bereich weder Bedarfsplanung noch Mengensteuerung vorgesehen.

Für die ASV hat der Gesetzgeber völlig neue Regeln und Kompetenzen festgelegt. Dies geschieht insbesondere zu Lasten der Kassenärztlichen Vereinigungen. Sie verlieren ihre Zuständigkeiten in der Qualitätssicherung, der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Abrechnung. Nur noch optional können Niedergelassene – und nur sie – ihre KV mit der Abrechnung von 116b-Leistungen beauftragen.

Statt des Einstiegs in eine sektorübergreifende Versorgung, wie sie die Koalition mit der ASV beabsichtigt, prophezeien Kritiker daher einen neuen, dritten Sektor, der dem Gesundheitssystem neue Gremien, weitere Schnittstellen und noch mehr Bürokratie beschert.

### Honorar: Regionalregelungen

Eine Kehrtwende vollzieht der Gesetzgeber in der Honorarpolitik. Nach dem Experiment einer zentralisierten vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009 setzt die Politik nun wieder auf regionale Vereinbarungen zwischen Kassen und KVen.

Gleichzeitig hat die Koalition auf eine „Konvergenz“ der zwischen den KVen im Bundesgebiet



Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Therapie von seltenen und besonders schweren Erkrankungen.

### Prof. Bernd Bertram Mitglied der Vertreterversammlung der KV Nordrhein\*



»Das Gesetz greift viele Aspekte auf, die je nach Gestaltung durch die Selbstverwaltungsgremien die Versorgung verbessern können – aber bei ungünstiger Umsetzung auch verschlechtern können. Sehr negativ finde ich, dass die Benachteiligung von Nordrhein-Westfalen bei der Honorarverteilung durch die Abschaffung der Konvergenzphase fortgeschrieben wird. Auch hätte ich mir klarere Regelungen gegen die Trägerschaft von

Medizinischen Versorgungszentren durch Investoren und Klinikketten und eine Stärkung von freiberuflichen Praxen gewünscht.«

\* Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Augenärzte

**Dr. med. Peter Potthoff**  
**Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein**



»Die Entscheidung des Gesetzgebers gegen die Honorar-Konvergenz ist nicht das Ende unseres Einsatzes für eine faire und angemessene Vergütung. Die Politik muss wissen: Eine unterdurchschnittliche Vergütung je Versicherten heißt weniger Ressourcen und damit eine unterdurchschnittliche Versorgung unserer Patientinnen und Patienten. Ein Vergütungsniveau weit unter dem Bundesdurchschnitt bedeutet aber auch

schlechtere Standortbedingungen für niedergelassene Ärzte in NRW. Der Ärztemangel ist nicht nur, aber eben auch eine Frage des Geldes.«

**Manfred Puppel**  
**Vorstand des BKK-Landesverbandes Nordwest\***



»Die Betriebskrankenkassen begrüßen die geplante Flexibilisierung der Bedarfsplanung und die in der Versorgungsplanung vorgesehene Zusammenarbeit mit den Bundesländern. Allerdings hätten die zum Abbau der Überversorgung vorgesehenen Maßnahmen zielstrebigere ausfallen und dem Ausbau der sektorübergreifenden Versorgung mehr Rechnung getragen werden können. Positiv für die Versorgung der ländlichen Regionen ist unserer Auffassung nach die Förderung mobiler Konzepte sowie die Delegation ärztlicher Leistungen und der Ausbau und Nutzen der Telemedizin.«

\* Seit Jahresbeginn leitet Puppel (56) den Verband. Er war seit 1991 beim BKK-Landesverband Nord als stellvertretender Geschäftsführer bzw. stellvertretender Vorstand und seit April 2009 als Vorstand tätig. Dem BKK-Landesverband Nordwest gehören 34 Betriebskrankenkassen mit mehr als drei Millionen Versicherten in den Ländern NRW, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein an.

stark divergierenden Vergütungssumme je Versicherten verzichtet. Besonders für Nordrhein und Westfalen-Lippe, die sich auf Bundesebene heftig für eine Angleichung eingesetzt hatten, erweist sich diese Unterlassung als fatal. Nun müssen beide KVen mit der Hypothek einer niedrigen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in die Verhandlungen mit den regionalen Kassenverbänden eintreten.

Durch das Versorgungsstrukturgesetz erhalten die KVen ihre Hoheit über die interne Verteilung des Honorars zurück. Ein Comeback des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM); er tritt an die Stelle des Honorarverteilungsvertrags mit den Kassen. Es ist wie in der Zeit vor 2004: Die Vertreterversammlung der KV beschließt den HVM, den die Kassen faktisch nur zur Kenntnis nehmen können.

### Bedarfsplanung und Sicherstellung

In der breiten Öffentlichkeit wurde das Versorgungsstrukturgesetz als „Landärzte-Gesetz“ bekannt. Tatsächlich bildet die Neuordnung der ambulanten Bedarfsplanung und Sicherstellung den Kern des Gesetzes.

Auch hier ist zunächst der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am Zug. Bis Anfang 2013 soll er eine neue Richtlinie verabschieden – mit dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung. Schon jetzt ist klar, dass die bisherigen Verhältniszahlen (Arzt-Einwohner-Relation) neu definiert und zudem für Haus- und Fachärzte die Planungsregionen neu zugeschnitten werden.

Nicht nur KVen und Kassen, auch die Länder werden künftig auf Anzahl und Standorte von Praxen Einfluss nehmen. Außerdem öffnet das Gesetz die Option, ein sektorübergreifendes Gremium zu etablieren, das zumindest Empfehlungen für die regionale Sicherstellung aussprechen kann.

Schließlich steht der Abbau von regionaler Überversorgung auf der Agenda. Künftig entscheidet der Zulassungsausschuss, ob ein

Sitz in einer überversorgten Region ausgeschrieben werden kann oder nicht. Votiert die Mehrheit des Ausschusses mehrheitlich gegen eine Nachfolge, so erhält der abgebende Arzt oder Psychotherapeut von der KV den Verkehrswert der Praxis. Eine solche Stilllegung greift jedoch nicht bei Ehepartnern, Kindern und Praxispartnern – sofern sie vom Zulassungsausschuss für die Nachfolge ausgewählt werden.

### Gegen Ärztemangel

Auch die Politik weiß, dass ein neues Planungsrecht allein den künftigen Haus- und Fachärztemangel nicht beseitigen wird. Der Bundestag hat daher flankierende Maßnahmen beschlossen. Etwa in der Honorarpolitik. Künftig sind Ärzte in unterversorgten Regionen von Fallzahlabstaffelungen befreit.

Daneben soll ein ganzes Bündel von Maßnahmen greifen, um die Attraktivität der vertragsärztlichen respektive -psychotherapeutischen Tätigkeit zu erhöhen: vom Wegfall der Residenzpflicht über die großzügigere Erlaubnis für Nebentätigkeiten bis hin zu Regelungen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Nur ein kleiner Teil der Regelungen des Gesetzes gilt bereits seit 1. Januar 2012. Zumeist sind den Neuerungen Beschlüsse des G-BA vorgeschaltet. Für besonders konfliktträchtige Themen könnte dies zu längeren Zeiträumen führen, in denen die bestehenden Regeln fortgelten oder besondere Übergangsregeln greifen.

## Barbara Steffens Landesgesundheitsministerin NRW



»Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung werden wir unser Gesundheitswesen nur zukunfts-fest gestalten können, wenn es eine sektorübergreifende Analyse und Planung gibt. Diese muss regionenspezifisch entsprechend vorhandener Strukturen und Bedarfe entwickelt werden. Auch wenn ich mir mehr gewünscht hätte als das, was die Bundesregierung uns zugestanden hat, wird NRW die neuen Instrumente

nutzen, um die Versorgung patientenorientierter zu gestalten. Dazu brauchen wir den Einsatz insbesondere der Vertragsärzteschaft und der Krankenkassen, weshalb ich auf eine enge Kooperation aller setze. Nur ein gemeinsames Überwinden der Sektorgrenzen führt zum Erfolg.«

## Dr. Hans Rossels Präsident der Krankenhausgesellschaft NRW



»Der Fokus des Gesetzes liegt auf dem vertragsärztlichen Sektor. Es ist für die Kliniken in NRW enttäuschend, dass keine Regelungen zur dringend erforderlichen Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser getroffen worden sind. Die von der Politik nicht wahrgenommene Finanzierungslücke ist nun Realität geworden. Mit einer Erhöhung der Landesbasisfallwerte von maximal 1,48 Prozent sind Personal-

kostensteigerungen von über drei Prozent nicht zu finanzieren. Die Politik muss kurzfristig diese Finanzierungslücke schließen und damit eine Verschlechterung der Patientenversorgung durch drohenden Personalabbau verhindern.«



# Neues auf den Punkt gebracht

## Besser informiert mit den Newslettern der KV Nordrhein

### ■ KVNO-Ticker

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

### ■ Praxis & Patient

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

### ■ VIN – Verordnungsinfo Nordrhein

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

### ■ IT in der Praxis

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

### ■ Internet

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

### ■ D2D

Infos für Nutzer der Telematik-Plattform D2D und Interessierte. D2D ermöglicht viele Kommunikations-Anwendungen.



**Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.



www.kvno.de

## Online-Anschluss frühestens 2014

Der Online-Rollout der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) soll nicht lange auf sich warten lassen. Darauf haben sich jetzt die Gesellschafter der Gematik am 5. Dezember des vergangenen Jahres geeinigt. Konkrete Zeitpunkte für die Anwendungen gibt es aber noch nicht.

Fest steht: Die Online-Anwendungen sollen stufenweise kommen. Den Start macht das Versichertenstammdaten-Management, also der automatische Abgleich beispielsweise der Adresse des Versicherten beim Einlesen der eGK in der Praxis.

### Daten online korrigieren

Aktualisierungen können die Krankenkassen dann online vornehmen, das Ausstellen einer neuen Karte entfällt. Und das spart Geld. Deswegen hatten die Kassen das Vorziehen dieses Online-Stammdatenabgleichs gefordert, zuletzt in ihrer „Alternative 2012“ (wir berichteten).

Auf Wunsch der Ärztevertreter soll aber mit der qualifizierten elektronischen Signatur nun auch eine Anwendung kommen, von der die Praxen profitieren. Damit lassen sich beispielsweise elektronische Arztbriefe oder die Online-Abrechnung signieren. Die elektronische Signatur, die die handschriftliche Unterschrift ersetzen kann, soll spätestens zehn Monate nach dem Online-Stammdatenabgleich zur Verfügung stehen. Dies hat die Gematik festgelegt.

Doch wann das ist, ist offen. Einen konkreten Zeitplan gibt es (noch) nicht. „Frühestens für 2014“ erwartet Gilbert Mohr, Leiter der Abteilung IT in der Arztpraxis der KV Nordrhein, ein „Ausrollen in der Fläche“. Denn zuvor müsse nicht nur eine Finanzierungsvereinbarung geschlossen werden. Stammdaten-Abgleich und Signatur müssen zudem noch „in Testregionen ausgiebig auf Sicherheit und Praktikabilität geprüft“ werden. Das betrifft auch die

weiteren Online-Anwendungen, vor allem die elektronischen Notfalldaten und den elektronischen Arztbrief.

Der inzwischen zurückgetretene Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Carl-Heinz Müller, bewertete den Beschluss positiv: „Das stufenweise Vorgehen schafft Planungssicherheit für alle Beteiligten und zeigt gleichzeitig, dass die medizinischen Anwendungen nicht hintenanstehen.“

### Kassen geben massenhaft eGK aus

Die Ausgabe der Lesegeräte, die die eGK einlesen können, ist inzwischen abgeschlossen. Der größte Teil der Arzt- und Zahnarztpraxen sowie der Krankenhäuser verfüge inzwischen über Kartenterminals zum Einlesen der neuen Karte, teilt die Gematik mit.

Seit Herbst 2011 läuft die Ausgabe der eGK an alle rund 70 Millionen gesetzlich Versicherten. Bis Anfang 2012 sollten zehn Prozent der Versicherten die neue Karte erhalten. Allein die AOKen haben bundesweit bislang mehr als 2,5 Millionen Karten ausgegeben. Für Ende 2012 ist eine Quote von 70 Prozent gesetzlich vorgeschrieben.

### Stichwort: Gematik

Die Gesellschaft für Telematik-Anwendungen der Gesundheitskarte (Gematik) wurde am 11. Januar 2005 gegründet. Gesellschafter sind die sieben Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und Kostenträger im deutschen Gesundheitswesen. Die Gematik soll die eGK und die Telematik-Infrastruktur konzipieren und nötige Komponenten zulassen. Die Gematik sitzt in Berlin und beschäftigt 150 Mitarbeiter, vornehmlich IT-Kräfte.

Mehr Infos unter [www.gematik.de](http://www.gematik.de)

## „Packung aufbrauchen ist überholt“

Eine Welle von Antibiotikaresistenzen breitet sich in Europa immer weiter aus. Immens sind die Probleme in den südeuropäischen Ländern, doch auch in Deutschland ist dringend Besserung nötig. Müssen wir anders mit Antibiotika umgehen als bisher? Das fragte KVNO aktuell Prof. Colin MacKenzie, den leitenden Oberarzt für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene am Universitätsklinikum Düsseldorf.



Prof. Colin R. MacKenzie lehrt Medizinische Mikrobiologie an der Universitätsklinik Düsseldorf. MacKenzie wurde 1961 in Hwange (Zimbabwe) geboren, er studierte Humanmedizin an der Witwatersrand-Universität in Johannesburg, Südafrika, und arbeitete anschließend als Assistenzarzt in Kapstadt. 1992 wechselte er an die Universitätsklinik Düsseldorf. Seit 2003 ist er Leitender Oberarzt am Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene. MacKenzie ist verheiratet und hat zwei Kinder.

*Der übermäßige Gebrauch von Antibiotika gefährdet die Gesundheit, sagt der Gesundheitsausschussvorsitzende im EU-Parlament, Jo Leinen. Hat er recht?*

**MacKenzie:** Ja, unbedingt. Unnötig verabreichte Antibiotika bergen zunächst einmal das Risiko von unerwünschten Arzneimittelreaktionen. Aber es gibt

auch eine weniger offensichtliche Gefahr: die Resistenzbildung.

*Wo liegt das Problem?*

**MacKenzie:** Die Bakterien werden resistent gegen die Antibiotika. Hat jemand zum Beispiel eine leichtere Pneumonie, bekommt er vielleicht ein Breitband-Antibiotikum. Das greift aber auch Bakterien im Darm an – und dort startet ein Selektionsprozess, der die resistenten Erreger bevorteilt. Das wird zum Problem, wenn die Patienten alt oder immungeschwächt sind und sich mit resistenten Bakterien infizieren. Ohne die wirksame Waffe Antibiotikum werden wir Ärzte der Infektionen dann nicht mehr Herr.

*Gehen die Ärzte in Deutschland Ihrer Ansicht nach achtlos mit Antibiotika-Verordnungen um?*

**MacKenzie:** Nein, im Allgemeinen nicht. Wir liegen im europäischen Vergleich bezüglich

des Verbrauchs im unteren Mittelfeld. Bei den Kollegen gibt es einen klaren Trend, die Zahl der Antibiotika-Verordnungen zu reduzieren. Dabei ziehen auch die meisten Patienten mit. Wir können hier aber noch weiter reduzieren – das zeigt ein Blick in die skandinavischen Länder oder nach Holland, in denen noch weniger Antibiotika zum Einsatz kommen.

*Führt der verringerte Einsatz zu erkennbaren Effekten?*

**MacKenzie:** Ja, absolut. Die Resistenzraten liegen signifikant unter denen in Deutschland. Wichtig ist, dass jeder einzelne in seiner Praxis sich jede einzelne Antibiotika-Verordnung genau überlegt.

*Hat denn ein einzelner Arzt Einfluss auf die Resistenz-Entwicklung?*

**MacKenzie:** Natürlich. Zumindest auf die Resistenz-Raten seiner Patienten. Das gilt natürlich ganz besonders für diejenigen, die ihre Patienten über einen langen Zeitraum betreuen.

*Gibt es neben der Zahl der Verordnungen noch andere Möglichkeiten, die Resistenzentwicklung zu verlangsamen?*

**MacKenzie:** Ein anderer Hebel ist die Einnahmedauer. Die Zeit, in der die Packung bis zum Ende genommen werden muss, ist vorbei. Antibiotika sollten mit einem bestimmten Ziel verordnet werden; ist das erreicht, sollte die Einnahme enden; das ist in vielen Fällen schon 48 Stunden nach einer Verbesserung der Symptome möglich.

### *Wie soll das in der Praxis aussehen?*

**MacKenzie:** Für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen ist die Umsetzung schwieriger als für die Ärzte in der Klinik. Im ambulanten Bereich wäre es wichtig, mit dem Patienten immer über die Einnahmedauer zu sprechen: Wenn es Dir deutlich besser geht, dann lass das Antibiotikum weg. Das ist machbar, weil Infektionen meist mit einer klaren Symptomatik verbunden sind – und der erfolgreiche Einsatz durch deutliche Effekte vom Patienten gespürt wird.

### *Risikiert man nicht, dass die Infektion doch noch virulent ist?*

**MacKenzie:** Bei einigen Infektionen muss man die Antibiotika durchnehmen. Bei einer Streptokokken-Pharyngitis beispielsweise sind zehn Tage Antibiose nötig, um ein rheumatisches Fieber als Folge zu vermeiden. Aber bei einfachen Infektionen sollten wir es auch mal ohne Antibiotikum versuchen, bei viralen Infektionen sowieso.

### *Breitband- oder Schmalspektrum-Medikament: Kommen die richtigen Antibiotika zum Einsatz?*

**MacKenzie:** Das ist schwer zu sagen. Die Neigung, ein Breitband-Antibiotikum anzuwenden, wo auch ein Schmalspektrum-Präparat helfen könnte, scheint noch sehr verbreitet. Um Kollateralschäden zu vermeiden, sollten wir so früh wie möglich Antibiotika schmal einsetzen. Und hin und wieder sollte man über das fast schon unmodische Penicillin nachdenken.

### *Wenn Sie einen Merksatz formulieren müssten, wie würde der lauten?*

**MacKenzie:** Das richtige Antibiotikum so lang wie nötig, aber so kurz wie möglich einnehmen.

### *Was passiert, wenn wir weitermachen wie bisher?*

**MacKenzie:** Wenn wir nicht konsequent handeln, dann verlieren wir den Kampf gegen MRSA und vor allem gegen die Gram-nega-

tiven Darmbakterien. Die Bakterien sind uns mehr als einen Schritt voraus. Die Resistenzen nehmen zu, die Zahl der Reserveantibiotika nimmt ab. Und die Industrie hat kaum Präparate in der Pipeline. Zurzeit läuft weltweit keine Phase-IV-Studie mit einem Antibiotikum.

### *Was ist Ihrer Ansicht nach jetzt zu tun?*

**MacKenzie:** Ärzte, Industrie und Politik sollten an einem Strang ziehen und für einen möglichst geringen Antibiotika-Einsatz eintreten. Das setzt im medizinischen Bereich beispielsweise in der Aus- und Weiterbildung an, die Mediziner für das Resistenzproblem stärker sensibilisieren muss. Begleitet werden könnte dies durch eine Kampagne mit dem Ziel, den Antibiotikaverbrauch zu senken. Und natürlich müssen wir auch den Antibiotikaeinsatz in der Nutztierhaltung oder den Konsum von Fleisch aus der Massenzucht reduzieren. Die Resistenzen sind ein gesamtgesellschaftliches Problem.

## 20. Landesgesundheitskonferenz mit Hannelore Kraft

Erstmals seit Bestehen der Landesgesundheitskonferenz (LGK) nahm eine Regierungschefin an dem jährlichen „Gipfeltreffen“ des NRW-Gesundheitswesens teil. Zum Jubiläum am 7. Dezember 2011 lud die Landesregierung die Vertreter von über 70 Organisationen in den Düsseldorfer Landtag ein.

Die frühere Staatssekretärin Dr. Birgit Weirauch, eine der prägenden Persönlichkeiten der LGK, unternahm eine Zeitreise durch die Entschlüsse seit 1991. Sie plädierte dafür, dieses in Deutschland beispiellose Instrument sorgsam weiterzuentwickeln.

Die Delegierten verabschiedeten einstimmig eine Entschlüsse zur „Prävention nosokomialer Infektionen“ und eine weitere Entschlüsse zur „Gemeinsamen Verantwortung für die gesundheitlichen Versorgung in NRW“.

Mehr Infos im Internet unter [www.mgepa.de](http://www.mgepa.de) | KV | 120109

## 116 117 wird bundesweite Rufnummer

Die Polizei hat sie, die Feuerwehr und bald haben sie auch die ärztlichen Bereitschaftsdienste in den Kassenärztlichen Vereinigungen: eine zentrale Rufnummer. Bundesweit sollen im Laufe des Jahres 2012 alle ärztlichen Bereitschaftsdienste einheitlich unter der vorwahlfreien Rufnummer 116 117 erreichbar sein.

Je nach Region wird die Umstellung zu einer großen logistischen Herausforderung für die KVen werden. „In Nordrhein gibt es praktisch keine Änderungen“, sagt Bernhard Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein. Denn hier gibt es schon seit 2005 eine einheitliche Nummer und die zentrale Vermittlungsstelle in Duisburg.

Vorgesehen ist, auch nach Schaltung der neuen Rufnummer 116 117 die bestehende Nummer beizubehalten. Patienten im Rheinland können also medizinische Hilfe außerhalb der Praxis-

öffnungszeiten sowohl über die neue Nummer wie auch über die 0180 50 44 100 erreichen.

Das neue Rufsystem setzt auf die inzwischen weit verbreitete Rufnummernerkennung: Wer beispielsweise aus dem Festnetz anruft und seine Rufnummer nicht „unterdrückt“, kann – wie bei Polizei und Feuerwehr – anhand dieser Nummer räumlich zugeordnet und an seinen nächstgelegenen Bereitschaftsdienst weitergeleitet werden. Bei Handys sind Standortermittlungen in der Regel ebenfalls unkompliziert möglich.

**116 117**

**DIE NUMMER, DIE HILFT!  
BUNDESWEIT.**

Der ärztliche  
Bereitschaftsdienst  
der Kassenärztlichen  
Vereinigungen

### *Warum ist eine einheitliche Bereitschaftsdienstnummer sinnvoll?*

In Deutschland gibt es derzeit bundesweit annähernd tausend verschiedene Telefonnummern.

Die neue bundesweit einheitliche Rufnummer kann sich jeder leicht merken. Langes Suchen nach der richtigen Nummer entfällt.

### *Wird die Nummer auch in anderen Ländern eingeführt?*

Bei der 116 117 handelt es sich um eine europaweite Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst. Deutschland ist das erste Land, das diese Nummer einführt.

### *Was kostet der Anruf?*

Die Nummer ist für den Anrufer immer kostenfrei – egal, ob er vom Festnetz, vom Mobiltelefon oder über das Internet (Voice over IP) anruft.

### *Wie funktioniert die bundesweit einheitliche Nummer?*

Der Anruf wird an den für den Patienten zuständigen Bereitschaftsdienst weitergeleitet – in Nordrhein und Westfalen in der Regel an die Notrufzentrale in Duisburg.

### *Fallen die regionalen Bereitschaftsdienstnummern weg?*

Nein. Alle lokalen Bereitschaftsdienstnummern bleiben in einer Übergangsphase weiter bestehen. Patienten in Nordrhein erreichen den Bereitschaftsdienst also nach wie vor über die 0180 50 44 100.

### *Ändern sich die Bereitschaftsdienst-Bezirke?*

Nein, die Bereitschaftsdienst-Bezirke werden weiterhin von den KVen administriert – wie alle anderen Bereitschaftsdienst-Strukturen auch. Durch die Einführung der neuen Nummer ändert sich daran nichts.

# Tag der Niedergelassenen



Das Forum für Vertragsärzte und -psychotherapeuten  
beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit



Die KBV und Ihre KV laden Sie ein zum  
**Tag der Niedergelassenen am 13. Juni 2012 in das Berliner ICC.**

**14 Uhr:** Versorgung sichern für die Zukunft – die neue Bedarfsplanung  
Politische Diskussionsrunde mit dem Vorstand der KBV

Alle Informationen finden Sie unter [www.tag-der-niedergelassenen.de](http://www.tag-der-niedergelassenen.de).

**Info-Markt der KVen + Politische Diskussion + täglich 13.00–14.00 Uhr Speakers' Corner**

## Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

	Ja, wir nehmen teil.	Teilnehmer-zahl
<b>12.00–13.30 Uhr</b> Eine Welt: Praxis und Familie vereinbaren	<input type="checkbox"/>	.....
<b>12.00–13.30 Uhr</b> Richtig investieren in die eigene Praxis	<input type="checkbox"/>	.....
<b>12.00–13.30 Uhr</b> Delegation statt Substitution: Zusammenarbeit im Team	<input type="checkbox"/>	.....
<b>16.00–17.30 Uhr</b> Rundum sicher: Hygiene in Arztpraxen	<input type="checkbox"/>	.....
<b>16.00–17.30 Uhr</b> Herausforderung Pflege: ärztliche Versorgung von Heimpatienten	<input type="checkbox"/>	.....
<b>16.00–17.30 Uhr</b> IT in der Arztpraxis: Möglichkeiten und Grenzen der neuen Techniken	<input type="checkbox"/>	.....

Freier Eintritt zum Tag der Niedergelassenen für Vertragsärzte, -psychotherapeuten und Praxispersonal sowie für Medizinstudenten und PJ-ler. Melden Sie sich bis zum **6. Juni 2012** hier an:

Vor- und Nachname: .....

Arztnummer/Matrikelnummer: .....

Straße, Hausnummer: .....

Postleitzahl, Ort: .....

KV-Zugehörigkeit/Universität: .....

Begleitendes Praxispersonal  
Vor- und Nachname: .....

Begleitendes Praxispersonal  
Vor- und Nachname: .....

Begleitendes Praxispersonal  
Vor- und Nachname: .....

Faxanmeldung an 030/498550-30  
oder online über [www.hauptstadtkongress.de/tdn](http://www.hauptstadtkongress.de/tdn)

Veranstalter: WISO S.E. Consulting GmbH

**am 13. Juni 2012  
im ICC Berlin**



**Hauptstadtkongress 2012**  
Medizin und Gesundheit

13. bis 15. Juni 2012  
im ICC Berlin

Medienpartner:

**ÄRZTE ZEITUNG**

## KBV-Hausarztvertrag mit der Knappschaft

Die KBV und die Knappschaft haben sich auf eine Modifizierung und Weiterführung des Hausarztvertrages ab 1. Januar 2012 verständigt.

Die Änderungen: Zum 1. Januar 2012 erfolgte eine Anpassung der Grundpauschale auf einen Betrag von vier Euro je eingeschriebenem Patienten und Quartal. Die bisherige Abrechnungsnummer 81110 wird beibehalten.

Zum 1. April 2012 soll eine Codierhilfe für die Praxissoftware auf freiwilliger Basis eingeführt werden. Bei Aktivierung gibt es eine zusätzliche Vergütung von zwei Euro je Quartal und eingeschriebenem Patienten.

Weiterentwickelt wurde der Vertrag auch durch die Vereinbarung eines Medikationsmanagements. Diese Leistung wird mit einer Pauschale von 80 beziehungsweise 160 Euro vergütet.

Ein Medikationscheck zielt auf eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln ab. Im Fokus stehen dabei die Vermeidung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen sowie Doppel- oder Mehrfachverordnungen. Die Patienten werden von der Krankenkasse identifiziert und der teilnehmende Hausarzt hierüber informiert. Der Hausarzt informiert den Patienten über die Hintergründe des Arzneimittelchecks.

*Mehr Infos finden Sie im Internet unter*

[www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV | 120112**

## Strukturpauschale für konservativ tätige Augenärzte

Wir weisen darauf hin, dass in Berufsausübungsgemeinschaften mit operativ und konservativ tätigen Augenärzten die EBM-Nummer 06225 nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses nur in den Behandlungsfällen ab-

gerechnet werden kann, in denen die augenärztliche Behandlung ausschließlich durch einen konservativ tätigen Augenarzt erfolgt ist.

## Wegfall des Poliklinik-Berechtigungsscheins ab 2012

Nach Information der Hochschulambulanzen werden die Abrechnungen ab 1. Januar 2012 mit einem neuen Abrechnungsprogramm direkt durch die Ambulanzen mit den jeweiligen Krankenkassen durchgeführt. Der Poliklinik-Berechtigungsschein, den Sie bisher für eine Überweisung an die Hochschulambulanzen verwendet haben, entfällt damit ab dem ersten Quartal 2012. Bitte verwenden Sie stattdessen den klassischen Überweisungsschein Muster 6. Altbestände der Poliklinik-Berechtigungsscheine können entsorgt werden.

## Hautkrebsvorsorge der Hanseatischen Ersatzkasse

Auch mit der Hanseatischen Ersatzkasse wurde, analog zu den Vereinbarungen mit anderen Krankenkassen, ein Hautkrebs-Vorsorgescreening für Versicherte unter 35 Jahre ab 1. Januar 2012 vereinbart. Teilnehmen können alle Dermatologen; die Untersuchung findet alle zwei Jahre statt. Zum Leistungsumfang gehört das klassische Screening ohne Auflichtmikroskopie.

Die Vergütung in Höhe von 22 Euro wird extrabudgetär zum Regelleistungsvolumen honoriert. Es gibt kein zusätzliches Antragsverfahren. Als Dermatologe nehmen Sie durch die Abrechnung der EBM-Nummer 01745 an diesem Vertrag automatisch teil.

## TK: Hautkrebscreening für Patienten unter 35

Mit der TK hat die KV Nordrhein zum 1. Januar 2012 vereinbart, den Vertrag Hautkrebscreening

ning für unter 35-Jährige um die Aufsichtsmikroskopie zu erweitern. Diese ist, sofern sie medizinisch notwendig sein sollte, Bestandteil der Leistung. Die Vergütung steigt auf 25 Euro; die Symbolziffer für die Abrechnung gilt unverändert weiter.

## Tonsillotomievertrag mit der Bahn BKK zum 1. Januar 2012

Mit der Bahn BKK hat die KV Nordrhein zum 1. Januar 2012 einen Tonsillotomievertrag für Kinder im Alter von zwei bis sieben Jahren abgeschlossen. Der Vertrag gilt analog zum Vertrag mit den Betriebskrankenkassen vom 1. April 2011. Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, die bereits am BKK-Tonsillotomievertrag teilnehmen, können ohne neuen Antrag auch an diesem Vertrag teilnehmen. Operateure erhalten 440 bis 600 Euro, der per Überweisung zu beauftragende Anästhesist erhält 150 beziehungsweise 185 Euro. Die Honorare werden extrabudgetär und zusätzlich zum Regelleistungsvolumen gezahlt.

## Präventionsvertrag U10/U11 mit der BKK Axel Springer

Aufgrund der Fusion der BKK Axel Springer mit der DAK zum 1. Januar 2012 hat die Kasse den Präventionsvertrag U10/U11 gekündigt. Leistungen aus diesem Vertrag sind ab 1. Januar 2012 daher nicht mehr zulasten der BKK Axel Springer abrechnungsfähig.

## Verträge U10/U11 und J2 der Knappschaft und TK

Die Präventionsverträge zwischen der KBV, der Knappschaft und der Techniker Krankenkasse sehen ab 1. Januar 2012 eine Sachkostenpauschale der Teilnehmer in Höhe von 1,7 Prozent des erwirtschafteten Honorars dieser Verträge vor. Die Pauschale ist an die Service GmbH des Berufsverbandes der Kinder-

und Jugendärzte abzuführen. Die Zustimmung zur Abführung der Pauschale ist Voraussetzung für die weitere Teilnahme an den Verträgen. Bitte senden Sie diese Einverständniserklärung bis 20. Februar 2012 an Ihre Bezirksstelle, Abteilung Qualitätssicherung.

## Labor: Pseudokennziffer 88192 für HzV-Patienten

Wer Patienten versorgt, die in Verträge der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) eingeschrieben sind und alle Leistungen in diesem Rahmen abrechnet, sollte dennoch für die KV-Abrechnung einen so genannten Pseudofall mit der Kennziffer 88192 anlegen.



Die Abrechnung dieser Ziffer führt dazu, dass bei der Berechnung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus und des Laborbudgets auch die Fälle aus dem Selektivvertrag mit einfließen. Die Kennziffer gilt seit dem 4. Quartal 2011 bundeseinheitlich; das Eintragen der 88192 ist nötig, weil die KV diese Fälle selber nicht erkennen kann.

Laborwirtschaftlichkeitsbonus sichern, Kennziffern eintragen.

Bitte beachten Sie: Im 4. Quartal 2011 war es möglich, HzV-Fälle neben der 88192 auch mit der Pseudoziffer 88912 einzureichen. Ab dem 1. Quartal 2012 benutzen Sie bitte ausschließlich die Ziffer 88192.

## BUFDIS – Bundesfreiwilligendienst

Mit der Aussetzung der allgemeinen Wehrpflicht ist auch die Pflicht zur Ableistung des

Zivildienstes entfallen und Ende 2011 auslaufen. Der Zivildienst wird ersetzt durch den Bundesfreiwilligendienst, kurz BUFDIS. Im Gegensatz zu Zivildienstleistenden, die Anspruch auf unentgeltliche Heilfürsorge hatten, sind die Freiwilligen im Rahmen des Bundesfreiwilligendienstes bei einer gesetzlichen Krankenkasse ihrer Wahl versichert. Die Inanspruchnahme und Abrechnung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen sowie die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln erfolgt wie bei allen anderen GKV-Versicherten.

## Schwangerschaftsabbrüche und Kontrolluntersuchung

Mit dem nordrhein-westfälischen Gesundheitsministerium hat die KV Nordrhein ver-

einbart, dass analog der Kontrolluntersuchung bei einem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch auch für die operativen Abbrüche eine Kontrolluntersuchung abrechnungsfähig ist. Die Kontrolluntersuchung wird zwischen dem 7. und 14. Tag nach dem Abbruch durchgeführt. Diese kann entweder durch den Operateur oder durch den zuweisenden Gynäkologen erbracht werden.

Die Kontrolluntersuchung nach operativem Abbruch wird mit 20,50 Euro vergütet. Bitte verwenden Sie die Symbolnummer 98224. Aus Datenschutzgründen darf die Abrechnung von Leistungen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz nicht mit dem Klarnamen der Patientin vorgenommen werden, sondern mit der von der Krankenkasse vorgegebenen Fallkennziffer, die an die Stelle der Personalien tritt. Sofern der zuweisende Gynäkologe die Kontrolluntersuchung durchführt, benötigt der zuweisende Arzt vom Operateur eine entsprechende Überweisung mit der von der Krankenkasse vergebenen Fallkennziffer.

### 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](mailto:service.koeln@kvno.de)

#### Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888

Telefax 0211 5970 8889

E-Mail [service.duesseldorf@kvno.de](mailto:service.duesseldorf@kvno.de)

## Versorgung von Patienten in Pflegeheimen

Im März starten die KV Nordrhein und die Barmer GEK ein Pilotprojekt in Essen, mit dem die ambulante medizinische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen verbessert werden soll. Gemeinsam übernehmen Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten und Pflegepersonal die Rundumbetreuung der Patienten in den Pflegeheimen der Stadt Essen.

Die teilnehmenden Hausärzte fungieren als erster Ansprechpartner für Patient und Heime und koordinieren die medizinische Versorgung. Sie schließen sich zu Verbänden zusammen, kooperieren bei der Versorgung ihrer Heimpatienten und verpflichten sich zur Teilnahme an regelmäßigen Visiten in den Heimen. Auch die beteiligten Fachärzte und Psychotherapeuten verpflichten sich zu regelmä-



Bigen Besuchen der Heimpatienten, wobei sie sich mit den Hausärzten abstimmen.

Im Rahmen der Rundumbetreuung koordinieren Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten eine Rufbereitschaft, ohne eine 24-Stundenreichbarkeit gewährleisten zu müssen. Wichtiger Bestandteil des neuen Versorgungskonzeptes ist die enge Einbindung des Heimes in die medizinische Versorgung. Das Pflegepersonal begleitet die Visiten, sodass es bestmöglich über den Zustand, die Behandlung und die Medikation informiert ist.

Der integrative Charakter des Versorgungskonzeptes ermöglicht auch Einsparungen. So können die Kosten für Krankentransporte zu den Praxen gesenkt und stationäre Krankenhausaufenthalte gezielt und wirtschaftlich veranlasst werden. Die Vergütung der Leistungen erfolgt für die teilnehmenden Ärzte außerhalb der Regelleistungsvolumen und der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Zusätzlich werden die Besuche nach den Nummern 01410 und 01413 extrabudgetär vergütet.

Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der Kreisstelle Essen zugelassenen Vertragsärzte und Psychotherapeuten, die eine Kooperationsvereinbarung abschließen und die Versorgung mit übernehmen.

## Vergütung und Abrechnung

Leistungsinhalte	Symbolnummer	Vergütung
Behandlungs- und Betreuungskomplex	92500	15 Euro 1 x im Quartal je Patient
Fachärztliche und psychotherapeutische Behandlungspauschale	92501	12,50 Euro 1 x im Quartal je Patient
Zuschlag zu den Besuchen 01411, 01412 und 01415	92502	45 Euro
Überleitungsmanagement / persönlich	92503	40 Euro
Überleitungsmanagement / telefonisch	92504	18 Euro
Aufwandspauschale (Fallkonferenz je Versicherten)	92505	8 Euro

Mehr Infos im Internet unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)

## EBM-Änderungen zum 1. Januar 2012

Neue phoniatische und pädaudiologische EBM-Nummern ab dem 1. Quartal 2012

EBM Nummer	Kurzbeschreibung	Bewertung
20338	Pauschale zur Neuverordnung eines Hörgerätes/von Hörgeräten beim Säugling, Kleinkind oder Kind bei Schwerhörigkeit	3665 Punkte
20339	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach erfolgter Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	2175 Punkte
20343	Zusatzpauschale bei der Diagnostik des Tinnitus	435 Punkte
20364	Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis nach ICD J32.-	235 Punkte
20365	Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik Typ II bis V	235 Punkte
20377	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 für die Koordination des Arztes über Maßnahmen mit dem Hörgeräte-(Päd-)akustiker innerhalb von 7 Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 20339 und 20340	175 Punkte
20378	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20339 und 20340 für die Koordination des Arztes mit pädagogischen Einrichtungen im direkten Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen	380 Punkte

## Leistungsbeschreibung/Bewertung Phoniatrie und Pädaudiologie geändert

Die Regelungen gelten seit 1. Januar 2012

EBM	Kurzbeschreibung	Bewertung
20340	Zusatzpauschale für die Nachsorge(n) bei Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	2070 Punkte
20375	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 20373 und 20374 für die Koordination des Arztes mit dem Hörgeräteakustiker innerhalb von 7 Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der Gebührenordnungsposition 20373 und 20374	175 Punkte

Bis spätestens 1. Juli 2012 soll eine Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern vereinbart werden.

Als Übergangsregelung sind die Gebührenordnungspositionen 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378 zur Hörgeräteversorgung auch ohne Inkraftsetzung der Qualitätssicherungsvereinbarung bis zum 30. Juni 2012 abrechnungsfähig.

### Alle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programm 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](http://www.kvno.de) | **KV | 120116**

### Folgeänderung des HNO-Kapitels 9 EBM

**EBM-Nummer 09340:** Hörgeräteanpassung und Gebrauchsschulung beim Säugling, Kleinkind, Kind oder Jugendlichen, ist zum 1. Januar 2012 gestrichen worden.

**Aufnahme einer neuen Anmerkung zur EBM-Nr. 09364:** Die EBM-Nrn. 09364 und/oder 20364 sind höchstens zehn Mal im Behandlungsfall abrechnungsfähig.

**Aufnahme einer neuen Anmerkung zur EBM-Nr. 09365:** Die EBM-Nrn. 09365 und/oder 20365 sind höchstens vier Mal im Behandlungsfall abrechnungsfähig.

Änderung der Leistungslegende der EBM-Nr. 09375: Zuschlag zu den EBM-Nrn. 09373 und 09374 für die Koordination des Arztes mit dem Hörgeräteakustiker innerhalb von sieben Tagen nach Durchführung der Leistung entsprechend der EBM-Nrn. 09373 und 09374. Die EBM-Nr. 09340 wurde gestrichen.

Die Leistungen aus dem Kapitel 20 sind in den Anhang 3 zum EBM aufgenommen worden.

Die Beschlüsse aller aufgeführten EBM-Änderungen finden Sie im Deutschen Ärzteblatt, Heft 3/2012, [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de) | **KV | 120116**

### Änderung Anhang 2 zum EBM zum 1. Januar 2012

Der Anhang 2 zum EBM wird mit Wirkung zum 1. Januar 2012 an den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) Version 2012 angepasst.

- Tabelle 1 enthält redaktionell geänderte OPS-Codes
- Tabelle 2 enthält die Neuaufnahmen von OPS-Codes
- Tabelle 3 enthält die Streichung von OPS-Codes

Durch die geänderte Abbildung der Mammachirurgie im OPS ab 2012, ist die separate Kodierung der Eingriffe an der weiblichen Brustdrüse und im Bereich des Lymphabstromgebietes, zum Beispiel in der Axilla, erforderlich geworden. Die in der Tumorchirurgie häufig kombinierten Eingriffe sind zukünftig als Simultaneingriffe zu kodieren.

Den vollständigen Beschluss finden Sie im Deutschen Ärzteblatt, Heft 1-2/2012, [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de) | **KV | 120116**

### MRSA: Ab 1. April neun EBM-Positionen für die Abrechnung

Ab 1. April 2012 können niedergelassene Ärzte neun Leistungspositionen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) abrechnen. Die Honorierung erfolgt außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung. In der nächsten Ausgabe von KVNO aktuell werden wir über die Einzelheiten des Beschlusses, die neun Gebührenordnungspositionen und Hinweise zu den Schulungen und Weiterbildungen informieren.

Diese Informationen finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)

## Achtung: Aktuelle Arzneimittel-Anträge

Derzeit häufen sich die Anträge der Krankenkassen wegen Verstößen gegen die Arzneimittel-Richtlinien (Anlage III). Pillenpräparate bei Frauen über 20 Jahre, die nur zur Verhütung zugelassen sind, Immunstimulantien und durchblutungsfördernde Mittel stehen weiterhin im Visier einzelner Kassen. Diese sollten nicht verordnet werden, um keine Anträge wegen unzulässiger Ordnungsweise zu riskieren.

Nach einem aktuellen Urteil des Bundessozialgerichtes gelten Einschränkungen der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) auch für homöopathische Arzneimittel (Az.B 6 KA 29/10 R). Somit wird auch das homöopathische Komplexarzneimittel Monapax als unwirtschaftlich angesehen, weil es eine fixe Kombination von Antitussivum und Expektorans ist. Diese Kombinationen sind nach Nr. 31 Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie von der Verordnung zu Lasten der Krankenkassen ausgeschlossen.

Kassen Anträge im Überblick	
Ausschluss aufgrund der AM-RL	Beispiele Wirkstoffe oder Handelsnamen
Benzodiazepine; eine Behandlung mit Tranquillantien länger als 4 Wochen sollte nur in medizinisch begründeten Einzelfällen durchgeführt werden	Adumbran, Alprazolam, Bormazanil, Bromazepan, Diazepam, Fluanxol, Flunitrazepam, Nitrazepam, Normoc, Optidorm, Tavor, Tranxilium, Zolpidem, Zolpiclon
Kombinationspräparate mit Codein: Analgetika in fixer Kombination mit nicht analgetischen Wirkstoffen	Azur comp., Codicaps, Dolviran, Gelonida
Kombinationspräparate mit MCP: Analgetika in fixer Kombination mit nicht analgetischen Wirkstoffen; Migränemittel-Kombinationen	Migraeflux MCP, Migraene Neuridal, Migralave + MCP, Migräneron
Pentoxifyllin; Durchblutungsfördernde Mittel, außer Prostanoiden und Naftidrofuryl bei pAVK	Claudicat, Durapental, Pentohexal, Trental, Prostavasin, Piracetam
Umstimmungsmittel und Immunstimulantien zur Stärkung der Abwehrkräfte	Broncho Injektapas, Broncho Vaxom, Gegan Install, Gynatren, Intratect, Kiovig, Luivac, Lyseen, Pentaglobin, Perison, Ribomunyl, Strovac, Uro Vaxom

## Diagnosen müssen aufs Hilfsmittelrezept

Apotheken gehen derzeit häufiger auf Praxen zu, wenn auf Hilfsmittelverordnungen die Diagnose fehlt und fordern diese ein. Um dies zu vermeiden, sollten Praxen in jedem Fall eine Diagnose angeben – wozu sie auch durch die Hilfsmittelrichtlinie verpflichtet sind. Dies gilt auch für Diabetes-Schwerpunktpraxen, die zum Beispiel Pens, Nadeln oder Lanzetten verordnen.

Lanzetten werden überwiegend im Rahmen der Blutzuckerselbstbestimmung angewendet, können jedoch auch bei Gerinnungsstörungen verordnet werden. Eine eindeutige Abgren-

zung zu anderen Hilfsmitteln ist deswegen nicht immer möglich.

Die KV Nordrhein versucht, die Regel im Sinne der Praxen zu ändern – und macht dem Gemeinsamen Bundesausschuss Vorschläge. So wäre es wünschenswert, wenn künftig für die Lanzetten bei verschiedenen Diagnosen spezifische Hilfsmittel-Nummern zur Verfügung stehen. Schwerpunktpraxen müssten dies dann ggf. nicht mehr einzeln notieren. Gegenwärtig aber bleibt es bei der Verpflichtung auf allen Hilfsmittel-Verordnungen die Diagnose anzugeben.

## Arzneimittelvereinbarung: Me-too-Liste eingefroren



Dieser Ausgabe liegt ein Sonderheft bei, das ausführlich über die Arzneimittel-Vereinbarung informiert. Die Vereinbarung im Wortlaut finden Sie im Internet unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) KV | 120118

Die Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2012 behält im Wesentlichen die bekannten Quoten-Elemente. So sollten zum Beispiel Allgemeinmediziner ihre Verordnungen wie bisher an der Generika-, der Me-too- und vier sogenannten DDD-Quoten orientieren. „Wer die in der Vereinbarung vorgegebenen Quotenziele einhält, bleibt von der Richtgrößenprüfung be-

freit“, betont Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein.

Die KV Nordrhein wollte weitere Vereinbarungen für die Praxen, vor allem soll-

te die Me-too-Liste entfallen. Dies ist für das kommende Jahr nicht gelungen. Allerdings wird die Me-too-Liste eingefroren und nicht fortentwickelt. „Neue Präparate kommen nicht mehr auf die Liste, weil sie der frühen Nutzenbewertung nach dem AMNOG unterliegen“, sagt Potthoff. Die Citalopramquote für Nervenärzte und Psychotherapeuten wurde wegen eines Rote-Hand-Briefes gestrichen.

„Die Vereinbarung folgt weiterhin dem Grundsatz: Beratung vor Regress“, so Potthoff. Praxen, die ihre Richtgrößen überschreiten und die Quotenziele verfehlen, müssen nicht automatisch mit Sanktionen rechnen. In Fällen, wenn Quoten wiederholt nicht eingehalten werden, können Krankenkassen und KV einen Prüfantrag stellen.

Das Arzneimittelvolumen 2012 in Nordrhein beträgt 3,306 Milliarden Euro. Das sind rund 60 Millionen Euro mehr als im vergangenen Jahr.

## Blutzuckerteststreifen: Verordnungs-Empfehlungen

Erstmals enthält die Vereinbarung eine Empfehlung zur Verordnung von Blutzuckerteststreifen. Ärzte sollen, wenn irgend möglich, ihren insulinpflichtigen Diabetes-Patienten den Bedarf eines Quartals verordnen, um günstige Staffelpreise zu erzielen. Außerdem sollten sie bei Neueinstellungen Testgeräte und Teststreifen aus dem preiswerteren B-Sortiment wählen. Eine Liste der zugehörigen Testgeräte und -Streifen aus dem B-Sortiment finden Sie in dem Sonderheft KVNO extra, das dieser Ausgabe beiliegt. Für die Mengen an Blutzuckerteststreifen je Quartal gilt für insulinpflichtige Diabetiker weiterhin der Empfehlungsrahmen nach Anlage E der Richtgrößenvereinbarung.

Dieser Ausgabe der KVNO aktuell liegt eine Patienteninformation zur Verordnung von Blutzuckerteststreifen als Kopiervorlage bei.

**Patienteninformation**

### Blutzuckermessgeräte und Teststreifen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei der Behandlung des Diabetes mellitus mit Insulin messen Sie regelmäßig Ihre Blutzuckerwerte mit Teststreifen und mit den dazu passenden Messgeräten. Die Messwerte sind wichtig, um die jeweiligen Insulindosen anpassen zu können und um zu überprüfen, ob Sie gut eingestellt sind.

Bei den Teststreifen gibt es jedoch erhebliche Preisunterschiede. Die gesetzlichen Krankenkassen geben in Nordrhein jährlich etwa 80 Millionen Euro für Blutzuckerteststreifen aus. Daher haben die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung in Nordrhein vereinbart, dass bei Neueinstellungen und Schulungen bevorzugt Messgeräte und Teststreifen aus dem mittleren Preissegment verordnet werden sollen. Diese Testsysteme messen Ihre Blutzuckerwerte genau so zuverlässig wie die Systeme aus dem teuren Preissegment. Sie reichen daher für eine ausreichende und wirtschaftliche Versorgung der Patienten aus. Weiterhin kann Ihr Arzt aus einem breiten Angebot wählen, um das für Sie passende Gerät zu finden.

Bitte unterstützen Sie Ihren Arzt, wenn er bei einer Neueinstellung oder Schulung diese Geräte auswählt. Sie tragen auf diesem Weg dazu bei, die Ausgaben im Gesundheitswesen stabil zu halten, damit auch weiterhin teure Arzneimittel verordnet werden können, wenn sie notwendig sind, und damit Ihre Krankenkassenbeiträge nicht steigen.

**Wie viele Teststreifen darf mein Arzt verordnen?**

Die Menge der Teststreifen, die Ihr Arzt verordnet, hängt von der Art der Insulintherapie ab. Wenn Sie nur einmal täglich ein Langzeitsulmin spritzen, kann eine Messung pro Tag ausreichen. Hingegen können bei der intensivierten Insulintherapie sogar sechs Messungen täglich nötig sein. Wenn Sie kein Insulin benötigen, können Teststreifen nur noch in Ausnahmefällen verordnet werden.

Wenn Sie stabil eingestellt sind, wird Ihr Arzt in der Regel einen Vorrat für ein Quartal verordnen. Auch hier ist die Verordnung der Menge für ein Quartal günstiger, als mehrmals pro Quartal kleine Mengen zu verordnen, da die Apotheke größere Mengen günstiger abgeben kann.

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**  
Ihre Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen in Nordrhein

## Arzneimittelquoten: Fragen und Antworten

Im Dezember haben wir Sie per Brief über die Quoten für Arzneimittel informiert. Die Angaben zu den Generika-, Me-too- und DDD-Quoten basierten auf den Verordnungen des ersten Halbjahres 2011. Die Auswertungen für die ersten drei Quartale und für das Gesamtjahr erhalten Sie mit den Quartalsabrechnungen im Januar und April. Zu den Schreiben haben Sie uns viele Fragen gestellt; die häufigsten haben wir – mit den Antworten – für Sie zusammengestellt.

### Sollen die Zielwerte über- oder unterschritten werden?

Die angegebenen Quoten sind Mindestquoten bei denen der eigene „Ist-Wert“ über dem „Soll-Wert“ liegen sollte. Bei der Me-too-Quote ist es anders: Hier sollte der eigene Wert unter dem Ziel liegen. Unterschreiten sollten Anästhesisten, Chirurgen und Orthopäden die Quote für Schmerzpflaster.

### Werde ich automatisch zu einer Beratung eingeladen, wenn ein oder mehrere Ziele verfehlt werden?

Nicht zwangsläufig. Praxen lädt die KV Nordrhein zu einer Beratung ein, wenn sie die Quoten verfehlen. Auf der Basis der Verordnungs-

daten wird jedoch vorab beurteilt, ob tatsächlich Beratungsbedarf bestehen könnte.

### Wie werden Fachgruppen zugeordnet?

Die Fachgruppenzugehörigkeit ergibt sich aus den letzten beiden Ziffern der Lebenslangen Arztnummer (LANR).

### Gibt es eine Möglichkeit, in die Verordnungslisten zu schauen?

Wir arbeiten daran, dass noch im ersten Quartal Auswertungen zur Verfügung stehen, die eine Übersicht über die Verordnungen je Praxis geben. Diese Auswertungen stellen wir im KVNO-Portal zur Verfügung.

### Wie sind die geringen Generikaquoten nach Kosten bei den Gynäkologen zu erklären?

In der Fachgruppe der Gynäkologen fallen die Abweichungen zwischen der Generikaquote nach Kosten und der Quote nach Packungen am meisten auf. Dies liegt am Patentablauf der Aromatasehemmer Anastrozol (Arimidex, Patentablauf im März 2011), Exemestan (Aromasin) und Letrozol (Femara, Patentablauf jeweils im August 2011). Die Präparate sind relativ teuer, die Generika kosten circa ein Viertel im Vergleich zum Originalpräparat.

Mehr Infos zu den Arzneimittel-Quoten im Internet unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)  
KV | 120119

## Auf einen Blick: Verordnungen und Zuzahlungen bei Sonstigen Kostenträgern

Zuzahlungen, Praxisgebühr, Arznei- und Heilmittel – endlich einmal alles im Überblick. Bei Versicherten der Sonstigen Kostenträger also zum Beispiel bei Asylbewerbern, Polizeivollzugsbeamten oder Bundeswehrangehörigen mussten Praxen oft mühsam suchen, welche Regeln etwa für Zuzahlungen galten. Damit ist jetzt Schluss. Denn die KV Nordrhein hat die Bestimmungen zusammengefasst. Die Übersicht ist laminiert, also robust genug für den Praxisalltag. Sie liegt dieser Ausgabe von KVNO aktuell bei.

### Sonstige Kostenträger | Arznei und Heilmittel

Bei den sogenannten Sonstigen Kostenträgern gelten für die Verordnung von Arznei- und Heilmitteln, die Zuzahlungen und die Praxisgebühr andere Regeln als bei den gesetzlichen Krankenkassen. Um die Übersicht zu behalten, haben wir die wichtigsten Regelungen zusammengetragen.

Kostenträger und Preisgruppe	Praxisgebühr	Arzneimittel	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach der GIC-Liste (Prüfung der AM-RL)	Zuzahlung	Heilmittel	Zuzahlung
Asylbewerber §1 gem. § 2 AsylbLG mit KV Karte (Aufenthalts > 36 Monate) §1 gem. § 3 AsylbLG mit eingeschränktem Leistungsumfang: Krankenversicherung ohne Krankenscheinkarte (Aufenthalts < 36 Monate)	ja	wie GKV-Versicherte	ja	wie GKV-Versicherte	ja	ja
Berufsgenossenschaft/Unfallversicherungsmitglieder	nein	Nur zuzahlungspflichtige Arzneimittel bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Kostenübernahme für notwendige Arznei- und Verbandsmittel mit dem zuständigen Arzt für soziale Sicherung und Integration können.	Kostenübernahme mit dem zuständigen Arzt für soziale Sicherung und Integration können.	nein	Heilmittel bedürfen der vorherigen Genehmigung.	nein
Berufsgenossenschaft/Unfallversicherungsmitglieder der Bundespolizei (Muster: Bundesgrenzschutz)	nein	wie GKV-Versicherte	ja	nein	wie GKV**	nein
Feldärztliche Bedienstete der Bundespolizei (Muster: Bundesgrenzschutz)	nein	Arznei- und Verbandsmittel darf nur ein Polizeiarzt verschreiben. Bei Überweisung an einen Vertragsarzt gibt dieser dem Polizeiarzt eine Verschreibungspflicht. Nur im Notfall darf ein Vertragsarzt verschreiben. Vorrang: Justizart, GStB-gH, Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Dienststelle und Kennzeichnung für Unfall und auf dem Rezeptdruck (Muster 18) möglich.	nur im Notfall	ja (bei Notfall)	Heilmittel darf nur ein Polizeiarzt verschreiben. Bei Überweisung an einen Vertragsarzt gibt dieser dem Polizeiarzt eine Verschreibungspflicht.	-
Bundeswehr	nein	Arznei- und Verbandsmittel darf nur ein Bundeswehrarzt verschreiben. Nur im Notfall darf ein Vertragsarzt verschreiben. Kennzeichnung: Justizart, sowie Dienstgrad, Name, Vorname, Personalnummer, Truppenteil und Standort des Soldaten auf dem Rezeptdruck (Muster 18) notwendig.	ja	nein	Darf nur ein Bundeswehrarzt verschreiben. Bei Überweisung an einen Vertragsarzt gibt dieser dem Arzt der Bundeswehr eine Verschreibungspflicht.	-

\* Arzneimittel-Rechtliche

\*\* Heilmittel können nur der Durchgangsort (D-Arzt), der H-Arzt, der Herbeiführung sowie der Hauptarztgeheimnisse

Art verschreiben, andere Fälle nur mit vorheriger Zustimmung des Unfallversicherungsgeheimnisses.

Stand: Dezember 2011 (Angaben ohne Gewähr)

## Schmerzpflaster sind keine Initialtherapie

Die Verordnungen von Schmerzpflastern nehmen seit ihrer Einführung Mitte der neunziger Jahre kontinuierlich zu. Die Pflaster stehen in dem Ruf, einfach und sicher in der Anwendung zu sein. Sie zeigen jedoch die für Opioide typischen Nebenwirkungen und spezifische Sicherheitsprobleme aufgrund der Darreichungsform.

Die Verordnungen von Schmerzpflastern nahmen im Vergleich zu anderen starken Opioiden in den vergangenen zehn Jahren überproportional zu. Insgesamt stiegen die Opioidverordnungen, was auf eine bessere Versorgung von Schmerzpatienten hindeutet, so Dr. Thomas Stammschulte beim Therapiesymposium der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AKdÄ) am 30. November 2011 in Dortmund. Im Jahr 2010 wurden bundesweit 389 Millionen DDD Opioidanalgetika für gesetzlich versicherte Patienten verordnet – doppelt so viel wie vor zehn Jahren. Die verordnete Menge an Fentanyl hat sich in dieser Dekade sogar mehr als verdreifacht.

### Nebenwirkungen von Fentanyl

Im deutschen Spontanmeldesystem wurden bisher 925 Meldungen zu Fentanylpflastern erfasst; davon sind 80 Prozent als schwerwie-

gend einzustufen. „Die häufigsten UAW betreffen Übelkeit, Erbrechen, Bewusstseinsstörungen (Somnolenz), Entzugssymptome und Atemdepression“, berichtete Stammschulte. Somnolenz, Übelkeit, Erbrechen und Obstipation werden in der Fachinformation zu Fentanyl-Schmerzpflastern als sehr häufige Nebenwirkung angegeben. Sie treten bei mehr als jedem zehnten Patienten auf.

### Nur bei opioidtoleranten Patienten

Kinder von zwei bis 16 Jahren sollten nur dann mit Fentanylpflastern behandelt werden, wenn sie zuvor mit mindestens 30 mg oralem Morphinäquivalent behandelt wurden. Bei opioidnaiven Pädiatrischen Patienten kann eine lebensbedrohliche Atemdepression (Hypoventilation) unabhängig von der Dosis des Fentanylpflasters auftreten.

Auch für Erwachsene wird in der Fachinformation eine Therapie mit Fentanylpflastern (25 µg/h) erst nach einer Auftitration mit niedrig dosierten unretardierten Opioiden empfohlen. Die amerikanische Fachinformation geht noch weiter: Hier sollten Fentanylpflaster nur bei opioidtoleranten Patienten zum Einsatz kommen. Diese haben für mindestens eine Woche mindestens 60 mg Morphinäquivalent täglich eingenommen.

Die Praxis scheint jedoch nicht den Empfehlungen zu entsprechen. Eine Analyse deutscher Verordnungsdaten von 2004 bis 2006 zeigte bei über 35.000 Patienten mit Erstverschreibungen von Fentanylpflastern, dass 84,5 Prozent zuvor kein stark wirksames Opioid bekommen haben. Von den 30.000 opioidnai-

### Fentanylpflaster richtig anwenden

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft empfiehlt, bei der Verordnung von Fentanylpflastern folgende Punkte zu beachten:

- Kontraindikation bei akuten oder postoperativen Schmerzzuständen
- Beachtung des WHO-Stufenschemas
- Patienten mit stabilem Opioidbedarf, die orales Opioid nicht einnehmen können
- Aufklärung über Zeichen der Überdosierung, veränderte Wirkstoffaufnahme durch Wärmeeinwirkung
- Wirkstoffdepot in oberen Hautschichten
- Sorgfältige Aufbewahrung, Entsorgung benutzter Pflaster
- Interaktion mit CYP3A4 Inhibitoren

ven Patienten wurden über 70 Prozent dennoch mit Dosierungen über 12 µg/h versorgt.

Die Mehrheit der Patienten wurde also gegen die Empfehlungen der Fachinformation behandelt. Denn diese verlangt vor der Pflastergabe mit einem oralen Opioid therapiert oder zumindest mit niedrig dosiertem Fentanyl eingestellt worden zu sein. Bei 72,5 Prozent der Pflasteranwender zeigte sich kein Hinweis auf Schluckbeschwerden in den Diagnosen, was eine bevorzugte Anwendung der Pflaster begründet hätte.



## Wechselwirkungen von Fentanyl

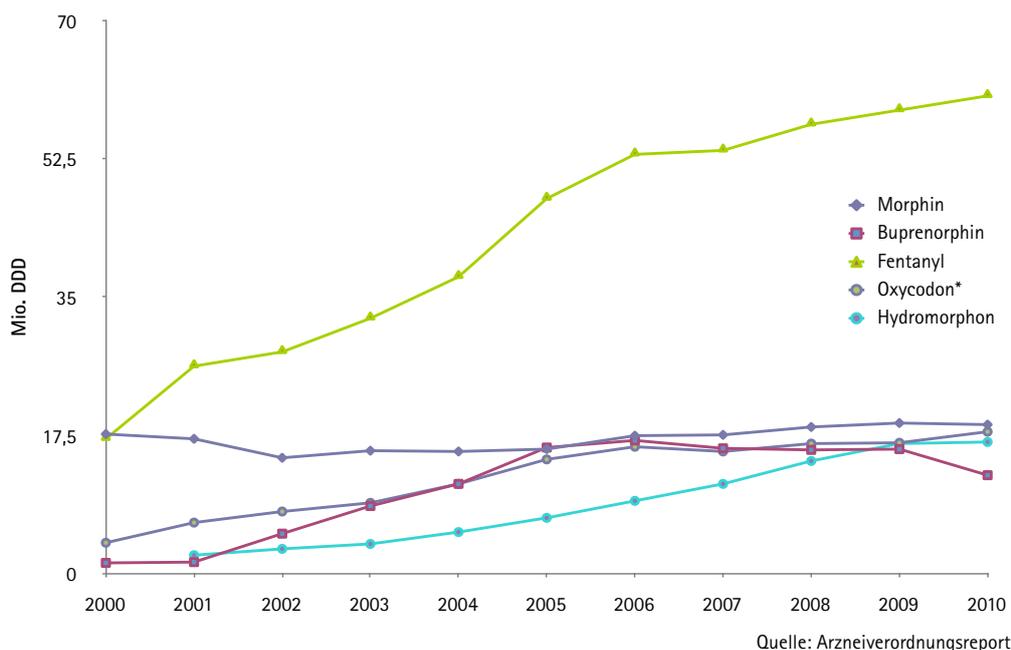
Fentanyl wird bei transdermaler Gabe aus dem Depot im Unterhautfettgewebe kontinuierlich freigesetzt. Nach Entfernen des Pflasters wird der Wirkstoff mit einer Halbwertszeit von circa 17 Stunden abgebaut.

Fentanyl wird in der Leber über CYP3A4 metabolisiert. Somit sollte die gleichzeitige Gabe von Azol-Antimykotika, des Makrolid-Antibiotikums Clarithromycin, der Calciumkanalinhhibitoren Verapamil und Diltiazem und des Antiarrhythmikums Amiodaron vermieden werden.

Opioidanalgetika sollten sowohl in der Tumorthherapie aber auch bei anderen Indikationen nach dem Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eingenommen werden. Beispielsweise geht die Therapieempfehlung der AKdÄ zu Kreuzschmerzen auf das Stufenschema ein. Dabei sind orale Opioide wegen der besseren Steuerbarkeit zu bevorzugen. Um gleichmäßige Wirkspiegel zu erreichen, sollten Opioide regelmäßig „nach der Uhr“ eingenommen werden.

Die Zahl der Fentanyl-Verordnungen wächst rasch. Zuvor sollte jedoch ein anderes stark wirksames Opioid probiert worden sein.

## Immer mehr starke Opioide



Verordnung stark wirksamer Opioide in der gesetzlichen Krankenversicherung. Angaben in Millionen DDD, Oxycodon ohne Kombinationspräparat.

## Chronisch Kranke werden im Rheinland gut versorgt

Das Versorgungsniveau chronisch Kranker ist im Bereich der KV Nordrhein sehr hoch – das belegt der aktuelle DMP-Qualitätsbericht. Im Vergleich zu früheren Jahren lassen sich bei vielen Punkten der Disease-Management-Programme (DMP) Verbesserungen feststellen. Erstmals erlaubt der Bericht den Blick auf regionale Unterschiede bei der Qualität der Versorgung.

Seit der Einführung der Disease-Management-Programme in Deutschland 2003 hat die Zahl der daran beteiligten Patienten erheblich zugenommen. Derzeit werden bundesweit in den Behandlungsprogrammen, deren vertragliche Grundlagen vom Bundesversicherungsamt zugelassen werden müssen, etwa 6,8 Millionen Patienten gezählt. In Nordrhein nahmen 2010 rund 743.000 Patienten, das sind 5,6 Prozent der Versicherten, an den DMP teil. Sie wurden von etwa 5.400 Hausärzten und einer großen Zahl von Fachärzten und Klinikärzten in 109 Krankenhäusern betreut.

Bei den Patienten handelt es sich um chronisch Kranke mit einem Asthma bronchiale, einer COPD, einem Diabetes mellitus Typ 1 oder 2, einer koronaren Herzerkrankung und Frauen mit einer Brustkrebserkrankung. Ihre Versorgung soll stärker an den Prinzipien der evidenzbasier-

ten Medizin ausgerichtet sein, mit engmaschiger Betreuung und besserer Koordination zwischen haus-, fachärztlicher und stationärer Versorgung. Ein Kernelement der hausärztlich/internistisch ausgerichteten Programme stellt die Schulung der Patienten zur Förderung eines eigenverantwortlichen Umgangs mit der Krankheit dar.

Ob das aufwändige Gesamtpaket den gewünschten Erfolg bringt, zeigt der jährliche DMP-Bericht, der einer fachlich interessierten Öffentlichkeit einen Eindruck von den vielfältigen und umfassenden ärztlichen Bemühungen und Erfolgen bei der Betreuung chronisch Kranker und den besonderen Rahmenbedingungen der DMP verschaffen will. Autoren und Herausgeber erhoffen sich von der Publikation eine Versachlichung der Debatte um die Frage nach den Erfolgen und Verbesserungsmöglichkeiten der deutschlandweit mehrere Millionen chronisch Kranker erfassenden Versorgungsprogramme.

### Erfolgsbericht auf 190 Seiten

Der aktuelle Bericht 2010 liefert auf mehr als 190 Seiten einmal mehr eine differenzierte Beschreibung des Umfangs der medizinischen Maßnahmen und Ihrer Qualität.

Ergebnis: Der Aufwand, den nicht zuletzt die Hausärzte im Rahmen der Programme treiben, lohnt sich. Die Qualitätsziele der nord-

### Änderungen an DMP

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz sieht einige Änderungen an den Disease-Management-Programmen (DMP) vor. So geht die Verantwortlichkeit für deren inhaltliche Gestaltung vom Bundesgesundheitsministerium auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) über. Der Ausschuss entscheidet künftig über spezifische Richtlinien die Rahmenvorgaben für die Behandlungsprogramme. Offen ist, ob der G-BA auch Richtlinien für neue DMP-Indikationen entwickelt, zum Beispiel DMP Depression. Für die beteiligten Ärzte entfällt künftig die Notwendigkeit, die Übermittlung der Erstdokumentation für einen Patienten zusätzlich per Unterschrift zu bestätigen.

rheinischen DMP werden vielfach erreicht. Die sogenannte Prozessqualität der medizinischen Maßnahmen befindet sich auf einem sehr hohen Niveau.

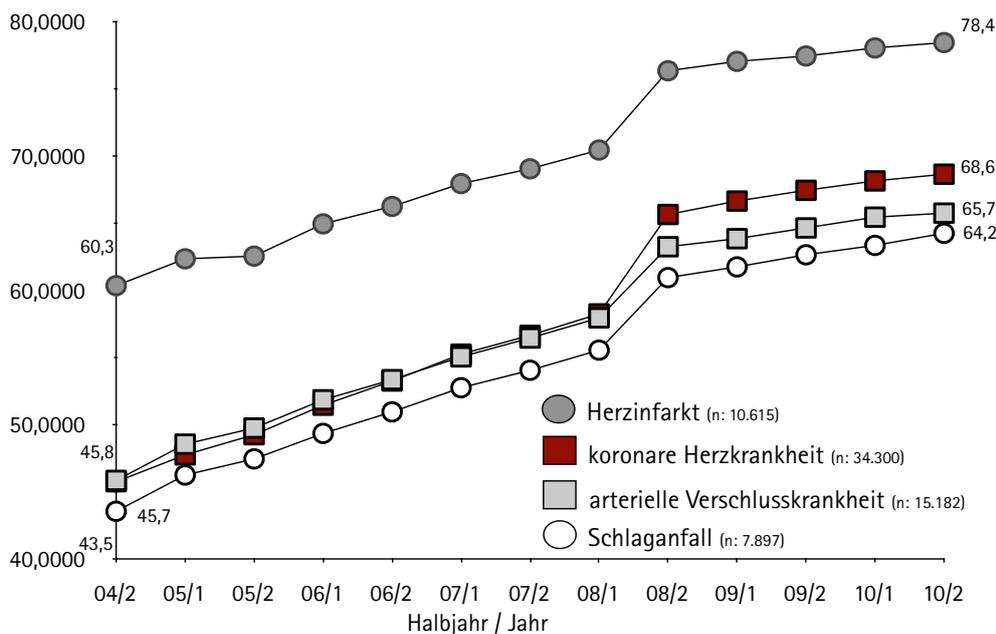
Von besonderer Bedeutung sind in diesem Bericht die Ziele, die sich die Vertragspartner mit der Etablierung der Behandlungsprogramme vorgenommen haben. Diese Ziele, die vielfach quantifiziert worden sind, sind lediglich als „tracer“ für eine gute Versorgungsqualität zu verstehen.

Die Ziele erstrecken sich nicht auf alle Aspekte der medizinischen Betreuung chronisch Kranker, sondern beschränken sich meist auf ausgewählte Aspekte. Dazu zählt die bevorzugte Auswahl der medikamentösen Verordnungen an den international gesicherten Wissensstand über die Wirksamkeit entsprechender pharmakologischer Interventionen und an aktuellen Effizienzgesichtspunkten.

Beispiel: Es ist ein zentrales Ziel des DMP für Typ-2-Diabetiker, die Blutdruckeinstellung in einem normotensiv-nahen Bereich zu halten. Aktuell erreichen dies 57,2 Prozent der Patienten. Vergleicht man diesen Anteil mit dem aus dem Jahr 2006, fällt eine Steigerung des Anteils um 5,2 Prozentpunkte auf – ein Indiz für den Erfolg des Programms. Die Zahl der übergewichtigen und mit einer oralantidiabetischen Monotherapie versorgten Typ-2-Diabetiker, welche Metformin erhalten, ist seit 2006 gar um 18,5 Prozentpunkte auf nun 84,6 Prozent gestiegen. Deutlich zugenommen hat auch das Ausmaß der medikamentösen Intervention (Statin, Antihypertensiva, TAH) bei Typ-2-Diabetikern mit einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall in der Vorgeschichte und somit erheblich erhöhtem kardiovaskulären Risiko.

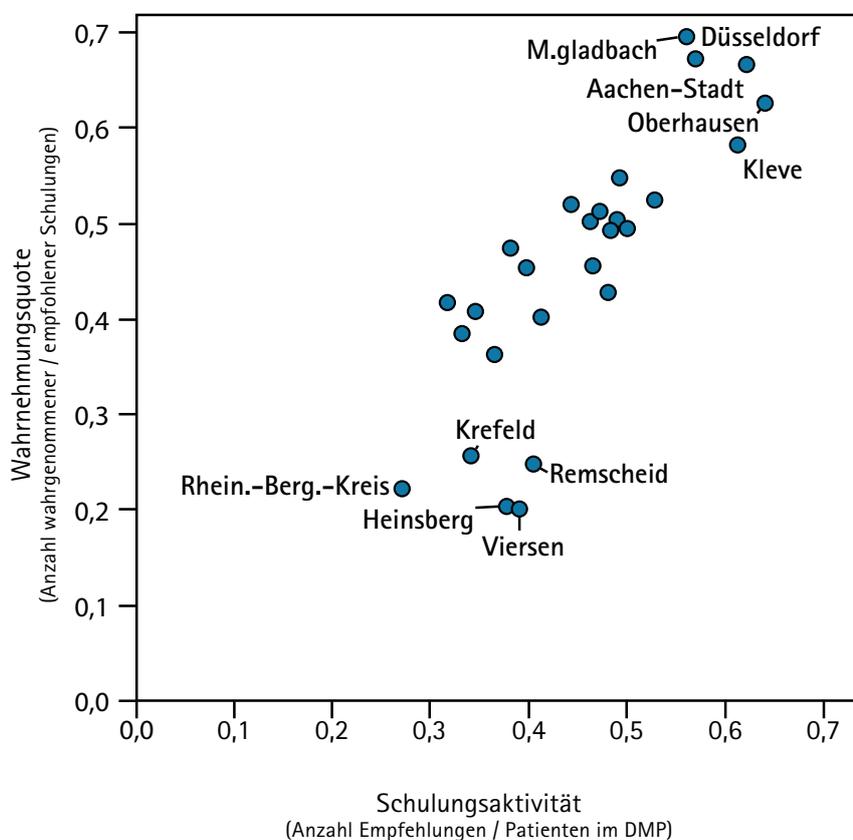
Das heißt nicht, dass alle Ziele durch eine DMP-Betreuung erreicht werden. So fällt

### Verordnung von Statinen bei Typ-2-Diabetikern mit einem zusätzlich erhöhten kardiovaskulären Risiko seit 2004



Quelle: Altenhofen / DMP Projektbüro

## Empfehlungen und Wahrnehmung von Schulungsangeboten bei erwachsenen Asthmapatienten im DMP Asthma bronchiale



Quelle: Altenhofen / DMP Projektbüro

bei detaillierteren Längsschnitt-Analysen der HbA1c-Einstellung auf, dass die Mehrzahl der initial gut eingestellten Diabetiker im Verlauf ihrer Erkrankung eine moderate Verschlechterung ihres HbA1c-Wertes erleben. Die Patientengruppe, die bei Eintritt in das DMP hingegen eine besonders ungünstige Blutzuckereinstellung (6.406 Patienten mit einem mittleren HbA1c von 9,4 Prozent) aufweist, pendelt sich hingegen nach Therapieumstellungen bei einem mittleren HbA1c-Wert von 8,1 Prozent ein.

### Hausärzte koordinieren – und profitieren

Die koordinierende Funktion der Hausärzte stellt ein besonderes Konstruktionselement der DMP in Deutschland dar. In anderen Län-

dern übernehmen vielfach kommerzielle Einrichtungen, Krankenkassen ähnliche Unternehmen die zentrale Verantwortung für die Umsetzung dieser Programme.

Die Koordinierungsleistung der Hausärzte beeinflusst auch ihre Vergütung. Wie viel Geld an die Praxen fließt, hängt maßgeblich von der Höhe des Pauschalbeitrages aus dem Gesundheitsfonds ab. Derzeit liegt er bei 153 Euro pro DMP-Teilnehmer und Jahr. Der AOK-Bundesverband schätzt, dass hiervon im Bundesdurchschnitt etwa 123 Euro pro Jahr und Patient als Vergütung für den Dokumentationsaufwand und die Schulung der Patienten an die beteiligten Ärzte ausgezahlt werden. Dies würde sich bundesweit auf einen Betrag von 800 Millionen Euro summieren.

Dabei ist allerdings zu berücksichtigen: Die Dokumentation, die die Umsetzung der Behandlungsprogramme begleitet, ist aufwändig. Sie berücksichtigt Patientenbe-

funde genauso wie verordnete medizinische Maßnahmen. Die regelmäßige Berichterstattung für die DMP-beteiligte Praxis auf Basis dieser Dokumentationen im Sinne des Benchmarking-Vergleichs stellt einen zentralen Baustein der internen Qualitätssicherung dar. Jede Praxis kann so sehen, ob bzw. wo möglicherweise Verbesserungspotenzial steckt.

Für die Ärzte in Nordrhein übernimmt das Kölner DMP-Projektbüro des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung (ZI) diese Berichterstattungsfunktion. Das DMP-Projektbüro arbeitet im Auftrag der DMP-Vertragspartner, also der Krankenkassenverbände und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen sowie der KV Nordrhein. Das ZI stellt zudem im

jährlichen DMP-Qualitätsbericht die Ergebnisse der Programmumsetzung vor.

### Regionale Perspektive

Der aktuelle Bericht findet aus einem weiteren Grund besondere Beachtung: Zum ersten Mal wird auch aus regionaler Perspektive beleuchtet, inwiefern die Qualitätsziele erreicht wurden. Damit wird den in zahlreichen hausärztlichen Qualitätszirkelvorträgen beschriebenen, besonderen sozialen und räumlichen Bedingungen Rechnung getragen, die den Erfolg der Behandlungsprogramme vor Ort entscheidend mit beeinflussen.

Gerade Nordrhein ist in sozioökonomischer Hinsicht recht vielfältig. Neben traditionell prosperierenden Regionen (zum Beispiel der Oberbergische Kreis, Bonn oder Düsseldorf) finden sich Gebiete mit hoher Arbeitslosigkeit und erheblichen infrastrukturellen Nachteilen gemessen am Bundesdurchschnitt. Trotz der heterogenen Struktur zeigt sich: Die Erreichungsgrade der medizinischen DMP-Zielsetzungen im engeren Sinne zwischen den Kreisregionen Nordrheins sind zwar unterschiedlich ausgeprägt, bewegen sich aber insgesamt auf einem hohen Niveau.

Deutliche regionale Unterschiede hingegen sind hinsichtlich der Kooperationen zwischen Haus- und Fachärzten sowie hinsichtlich der Schulungsaktivitäten festzustellen. Die Analysen des ZI zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 zeigen, dass in Kreisregionen mit besonders hohen Quoten bei der Erreichung medizinisch ausgerichteter Qualitätsziele wie im (ehemaligen) Landkreis Aachen auch eine höhere Chance besteht, dass die Patienten eine empfohlene Schulung wahrnehmen oder an eine diabetologische Schwerpunkteinrichtung überwiesen werden. Das gilt unabhängig vom Alter, dem Geschlecht, der Betreuungsdauer und der Morbidität der Patienten. Kurz gesagt: Mehr Schulungen und intensivere Kooperation zwischen den Ärzten führen zu einem besseren Gesundheitszustand der Patienten.

### Schulungen und Überweisungen helfen

Ganz ähnlich ist für das DMP Koronare Herzkrankheit nachweisbar, dass Patienten, die zusätzlich an Diabetes mellitus erkrankt sind, desto eher eine Diabetes-Schulung empfohlen wird oder sie eher überwiesen werden, je häufiger in dem jeweiligen Gebiet andere spezifische Qualitätsziele erreicht werden.

Für die DMP Asthma bronchiale und COPD wird zudem deutlich, dass in Kreisregionen mit besonders vielen Empfehlungen, an einer Schulung teilzunehmen, im Anschluss daran auch häufiger ein solches Schulungsangebot wahrgenommen wird.

■ Dr. Lutz Altenhofen, Dr. Bernd Hagen,  
Jens Kretschmann, Arne Weber

### Bericht bestellen

Gerne senden wir Ärzten und Psychotherapeuten aus Nordrhein den aktuellen DMP-Qualitätssicherungsbericht zu.

Bitte fordern Sie ihn an bei:

Kassenärztliche  
Vereinigung Nordrhein

**Gernot Grothe**

Telefon 0221 7763 6267  
Telefax 0221 7763 6266  
E-Mail [gernot.grothe@kvno.de](mailto:gernot.grothe@kvno.de)



## KBV-Vize Müller tritt zurück



Gibt sein Amt auf: KBV-Vize Dr. Carl-Heinz Müller

Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), hat seinen Rücktritt bekannt gegeben. Anfang 2012 wolle er sein Amt aufgeben, erklärte Müller vor der KBV-Vertreterversammlung am 5. Dezember in Berlin. Er war seit Juli 2007 Hausärztevertreter im KBV-Vorstand und kümmerte sich auch um Fragen der Arznei- und Heilmittelverordnung und die elektronische Gesundheitskarte.

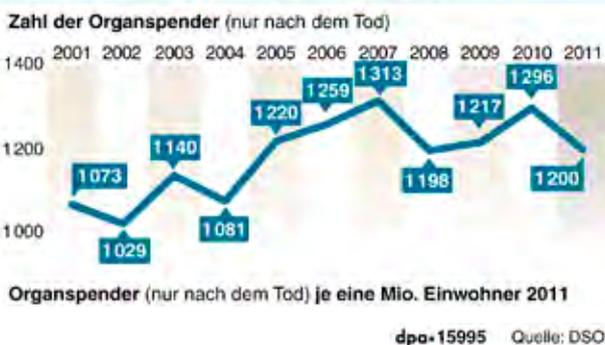
Besonders letzteres dürfte im Zusammenhang mit seinem Rückzug gestanden haben. Der 56-Jährige wertete zwar als Erfolg, dass sich die Gematik auf ein gemeinsames stu-

fenweises Vorgehen beim Online-Rollout einigen konnte. Er warf dem GKV-Spitzenverband und besonders dessen Vorstandsvorsitzender, Dr. Doris Pfeiffer, aber vor, die Verhandlungen neun Monate lang verschleppt zu haben. Der Verband habe im Geheimen seine „Alternative 2012“ entworfen, die einzig auf die Online-Abgleichung der Versichertendaten abzielte.

„Diese unnötigen Sitzungen waren ein Klauen von Lebenszeit“, sagte Müller. So etwas wolle er sich nicht weiter antun. Künftig wolle er sich wieder verstärkt seiner Tätigkeit als Hausarzt widmen und mehr Zeit mit seiner Familie verbringen. Müller ist mit einer Zahnärztin verheiratet und hat zwei Kinder, zwei und vier Jahre alt. Die Familie lebt in Trier, wo er seit 1987 als Hausarzt niedergelassen ist.

## Zahl der Organspenden gesunken – Warten auf neue Regelung

### Weniger Organspender 2011



Die Zahl der Organspenden in Deutschland ist im vergangenen Jahr deutlich gesunken – trotz der breiten öffentlichen Debatte. Nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) sank die Zahl der Organspender auf 1.200, das sind 7,4 Prozent weniger als im Jahr zuvor. Auch die Zahl der gespendeten Organe ging zurück: 2010 konnte noch 4.326 Menschen in den bundesweit rund 50 Transplantationszentren geholfen werden, 2011 gab es nur noch 4.054 Empfänger. Die Politik handelt. Die Fraktionsvorsitzenden der

Parteien im Bundestag haben sich im Dezember auf die sogenannte Entscheidungslösung verständigt (wir berichteten). Zentraler Punkt der Einigung: Die Bürger sollen künftig „regelmäßig (...) und mit einer höheren Verbindlichkeit abgefragt werden“, ob sie zu einer Spende bereit sind.

Den Gruppenantrag soll das Parlament verabschieden; er soll noch in der ersten Hälfte des Jahres 2012 als neues Transplantationsgesetz in Kraft treten. Die Zeit drängt. Denn in Deutschland warten derzeit rund 12.000 Menschen auf ein Spenderorgan; jeden Tag sterben drei der Menschen auf der Warteliste. Ein Grund ist der Mangel an Spenderorganen.

Organspendeausweise erhalten Sie von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder im Internet unter [www.organspendeausweis.org](http://www.organspendeausweis.org) | KV | 120126

## Gemeinschaftshilfe unterstützt im Trauerfall

Schnelle und unbürokratische Hilfe für die Hinterbliebenen – das leistet die Gemeinschaftshilfe der Ärzte. Die Einrichtung gibt es im Raum Aachen und im Regierungsbezirk Köln schon seit den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Allein in den vergangenen sieben Jahren hat sie über drei Millionen Euro ausgeschüttet; pro Trauerfall derzeit in Köln rund 7.300 Euro und in Aachen 9.300 Euro.

„Die rasche Unterstützung ist für die Angehörigen eine große Hilfe“, sagt Dr. Winfried Esser, Vorsitzender der Kommission der Gemeinschaftshilfe Köln. Die niedergelassenen Mitglieder der Gemeinschaftshilfe zahlen in Köln sechs Euro pro Sterbefall und in Aachen 15 Euro; im Einzelfall sind auch geringere Zahlungen möglich. Die Beiträge können steuermindernd geltend gemacht werden.

Im Falle des Todes hilft die Einrichtung den Angehörigen schnell und unbürokratisch – direkt und ohne Verwaltungskosten. „Leider schwindet die Einrichtung zunehmend aus dem Blickfeld junger Ärztinnen und Ärzten“, bedauert Esser. Darunter zahlreiche Kolleginnen und Kollegen, die nicht ausreichend vorsorgen.

### Info

Wer sich für die Gemeinschaftshilfe interessiert, erhält weitere Informationen bei

KV Nordrhein  
Bezirksstelle Köln  
Gaby Ludewig  
Telefon 0221 7763 6297



Geleitet wird die Gemeinschaftshilfe von einer drei- respektive vierköpfigen Kommission von Ärztinnen und Ärzten. Ein Beitritt ist bis zum Alter von 50 Jahren (Aachen) und in Köln bis 40 möglich. Jenseits dieser Altersgrenzen entscheidet die Kommission, ob und unter welchen Bedingungen ein Eintritt möglich ist.

„Verwechseln Sie die Gemeinschaftshilfe nicht mit dem Ärztlichen Hilfswerk“, betont Esser. Zweck der Gemeinschaftshilfe sei es, im Todesfall den Hinterbliebenen einen einmaligen und schnellen finanziellen Unterstützungsbeitrag zu gewähren. Esser: „Wenn viele Kolleginnen und Kollegen mitmachen, übertrifft die Gemeinschaftshilfe alle Versicherungen.“

Im Todesfall drohen Angehörigen erhebliche finanzielle Belastungen.

## Benachteiligung bleibt Ärgernis

Nach der Verabschiedung des Versorgungsstrukturgesetzes steht endgültig fest: Der Gesetzgeber tut nichts gegen die ungleiche Verteilung der finanziellen Ressourcen. Die Vertreterversammlung wird sich gegen diese „willkürliche Benachteiligung unseres Landes Nordrhein-Westfalen“ weiter wehren.

Für die gesamte ambulante Versorgung eines Patienten stehen in Nordrhein 330 Euro pro Jahr und damit 18 Euro weniger zur Verfügung als im Bundesdurchschnitt und gar 56 Euro weniger als in Berlin. Für die hiesigen Praxen ist das ein „Standortnachteil“.

### Konvergenz bleibt Thema

Eine Resolution des Vorstands gegen diese Benachteiligung unterstützen die Vertreter geschlossen. In seinem Bericht zur Lage hatte Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, zuvor ein Fazit der Konvergenz-Kampagne der KVen in Nordrhein-Westfalen gezogen: Sie habe zwar letztlich nicht

zum Ziel einer bundesweit einheitlichen morbiditätsorientierten Gesamtvergütung je Versicherten geführt, habe aber das Problem der Benachteiligung der Ärzte und Psychotherapeuten ins Bewusstsein der Verantwortlichen gehoben.

„Die KVen in NRW sind – gemeinsam mit Verbänden und Netzen – kampagnenfähig!“, bilanzierte Potthoff und kündigte an: „Die Verabschiedung des Versorgungsstrukturgesetzes ist nicht das Ende unseres Kampfes für Honorargerechtigkeit zwischen den KV-Regionen. Die Konvergenz bleibt auf der Tagesordnung.“

**Honorarverteilung: KVen in der Pflicht**  
Wenig Zeit und viel Verantwortung – ab dem zweiten Quartal 2012 zeichnen die KVen allein verantwortlich für die Honorarverteilung. Der Honorarverteilungsmaßstab ist fortan nur noch „im Benehmen“ mit den Kassen herzustellen. Auch dies bestimmt das Versorgungsstrukturgesetz.

Auf der honorarpolitischen Agenda stehen unter anderem die (hohen) Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren sowie die Regelungen zum Verlustausgleich, die Umsatzrückgänge von Praxen wegen der Honorarreform 2009 teilweise ausgleichen, berichtete Vorstand Bernhard Brautmeier.

Die Vertreterversammlung (VV) beschloss, einen Ausschuss Honorarverteilung zu gründen,

Die Vertreter wehren sich weiter gegen den „Standortnachteil“, der den Praxen in Nordrhein durch die ungleiche Verteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds entsteht.



der sich auch mit diesen Themen beschäftigen soll. Die Vertreter werden im Mai entscheiden, wie ab dem 3. Quartal mit dem Verlustausgleich und den Kooperationszuschlägen verfahren wird.

### Sonderverträge: Schwieriges Geschäft

Auf 2,697 Milliarden Euro beläuft sich die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung im Jahr 2012. Darin enthalten ist die gesetzliche Steigerungsrate von 1,25 Prozent. Zusätzliche Umsätze zu generieren sei „ein mühsames Geschäft“, referierte Brautmeier.

Zwar habe man im laufenden Jahr 15 Sondervereinbarungen geschlossen, doch der Umsatz sei mit bis dato knapp 566.000 Euro „überschaubar“. Die KV Nordrhein führe diesen Weg aber fort, um extrabudgetäre Umsätze zu ermöglichen. Eine Reihe von Verträgen treten Anfang 2012 in Kraft, zum Beispiel:

- Tonsillotomie-Verträge mit der Knappschaft und der AOK Rheinland/Hamburg,
- ein Präventionsvertrag mit der LKK NRW,
- ein Strukturvertrag zum Diabetischen Fußsyndrom.

Seit 1992 unverändert galt die Entschädigungsordnung für Ehrenamtliche in der KV Nordrhein. Zeit, sie anzupacken und anzupassen, fand der Hauptausschuss – und erhielt für seinen Änderungsvorschlag – nach einer heftigen Debatte – schließlich auch die erforderliche Zwei-Drittel-Mehrheit der Vertreter.

### Notfalldienstordnung geändert

Nach der Delegiertenversammlung der Ärztekammer Nordrhein verabschiedete auch die VV der KV Nordrhein Änderungen an der Notfalldienstordnung. So ganz zufrieden aber zeigten sich die Delegierten mit dem verabschiedeten Entwurf nicht. So beschlossen sie, einen Aus-



Vorstand Bernhard Brautmeier will einen einheitlichen Kooperationszuschlag von zehn Prozent.

## Resolution der VV der KV Nordrhein

Der Deutsche Bundestag hat das Versorgungsstrukturgesetz verabschiedet, ohne eine bundesweite Angleichung der Mittel, die für die ambulante ärztliche Vergütung zur Verfügung stehen, gesetzlich zu verankern. Die vehemente Forderung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten aus Nordrhein-Westfalen nach einer bundesweit einheitlichen morbiditätsorientierten Gesamtvergütung je Versicherten wird von der Bundespolitik ignoriert. Sie zementiert damit die Benachteiligung der Ärzte und Psychotherapeuten sowie der Patientinnen und Patienten im größten Bundesland.

Das offenkundige Desinteresse der Verantwortlichen der Berliner Koalition für das Wohl der Bürgerinnen und Bürger in NRW ist beschämend. Obwohl die Versicherten in der gesamten Bundesrepublik denselben einheitlichen Beitragssatz für die gesetzliche Krankenversicherung bezahlen, stehen für die ambulante Versorgung in NRW

deutlich weniger Mittel zur Verfügung als in nahezu allen anderen Bundesländern. Nordrhein-Westfalen wird auf diese Weise von einer gesunden Zukunft abgekoppelt. Denn mit der Perspektive einer unterdurchschnittlichen Vergütung wird es kaum gelingen, junge Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten für eine Niederlassung bei uns zu gewinnen.

Diesen Standortnachteil wird die Vertreterversammlung der KV Nordrhein nicht akzeptieren. Wir setzen uns weiter entschlossen dafür ein, dass für unser Bundesland die Ressourcen bereitgestellt werden, die für die Erfüllung unseres Sicherstellungsauftrags zwingend erforderlich sind. Die Vertreterversammlung fordert eine im Bundesvergleich gerechte Verteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds für die ambulante Versorgung und ein Ende der willkürlichen Benachteiligung unseres Landes NRW.

schuss einzurichten, der die Notfalldienstordnung bis Juni 2012 grundsätzlich überarbeitet.

Die neue Notfalldienstordnung soll mehrere Ziele verfolgen:

- Entlastung der Kollegen im ländlichen Bereich
- Zusammenlegung von Bezirken, um Dienste zu reduzieren
- bessere Vertreterregelung und
- klare Regeln für den Dienstwechsel bei Ausfall.

## Verwaltungskosten 2012

Die Vertreterversammlung verabschiedete den Haushalt für das kommende Jahr. Bei den Verwaltungskosten 2012 ändert sich nichts: Wer manuell abrechnet, zahlt 3,5 Prozent, die Abgabe für die EDV-gestützte Abrechnung liegt bei 2,6 Prozent. Mit einem Satz von 2,5 Prozent sind die Kosten für Praxen, die ihre Daten via D2D- oder KV-Safenet übermitteln, etwas geringer und mit 2,3 Prozent für Praxen, die online abrechnen und digital mit dem Heilberufeausweis signieren, am günstigsten.

## Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein fasste am 3. Dezember 2011 folgende Beschlüsse:

### Neue Leistungen nur nach Aufbesserung

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf, vor Aufnahme weiterer Leistungen in den GKV-Leistungskatalog die vorhandenen EBM-Leistungen sachgerecht und attraktiv zu vergüten.

Die KBV wird aufgefordert, diese Position gegenüber dem Spitzenverband der Krankenkassen und im Gemeinsamen Bundesausschuss zu vertreten.

Antrag: Wieland Dietrich, Dr. Catherina Stauch, Martin Grauduszus, Dr. Peter Loula

### Hausärzte: Bereinigte Bedarfsplanung berechnen

Der Vorstand der KV Nordrhein wird beauftragt, im Rahmen der geänderten Bedarfsplanung eine bereinigte Berechnung der an der Versorgung teilnehmenden Hausärzte zu prüfen.

Antrag: Rainer Kötzle (Änderung: Dr. Ludger Wollring)

### Allgemeinmedizin: Förderung bis 55 Jahre

In Anbetracht des nun evidenten Hausärztemangels wird die Verwaltungsvorschrift in der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein dahingehend geändert, dass ab dem 55. Lebensjahr des Weiterzubildenden keine Förderung der Allgemeinmedizin gewährt wird

Antrag: Dr. Dirk Mecking  
(Änderung: Dr. Jörg Hornivius, Dr. Holger van der Gaag)

### Elektronischer Heilberufeausweis: Zügig umsetzen

Die Vertreterversammlung bittet die zuständigen Gremien der Ärztekammer Nordrhein, zügig an einer Umsetzung der Nutzungsmöglichkeiten des elektronischen Heilberufeausweises (eHBA) für die Online-Abrechnung mitzuwirken.

Antrag: Dr. Lothar Rütz

### Gegen Online-Abgleich von Versichertenaten

Mit Beschluss vom 26. März 2011 hat die Vertreterversammlung der KV Nordrhein einstimmig zum Ausdruck gebracht, dass sie den Online-Versichertenstammdatenabgleich (VSDD) in Praxen, Medizinischen Versorgungszentren und Klinikambulanzen ablehnt. Diese Ablehnung wird in Anbetracht des Versuchs der gesetzlichen Krankenkassen, eine beschleunigte Einführung des VSDD im Jahre 2012 unter Absenkung von Sicherheitsstandards zu erreichen, bekräftigt.

Der Versichertenstammdatenabgleich ist eine bürokratisch-administrative Aufgabe, die auch nach Feststellung der KBV keinen medizinischen Nutzen hat und die den Krankenkassen obliegen muss.

Antrag: Dr. Catherina Stauch, Wieland Dietrich, Gerd Höveler, Dr. Ralph Krolewski

### Dezentrale Patientenakte erproben

Das Gesetz zur Einführung einer Telematik im Gesundheitswesen sieht vor (Paragraf 291 Sozialgesetzbuch V, 3. ÄndV zur eGK), dass eine dezentrale Patientenakte – auch in der Hand des Patienten – als Alternative zu zentralen Speichermedien verpflichtend zu erproben ist. Die Vertreterversammlung fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer als Gesellschafter der Gematik auf, eine solche Erprobung zügig in die Wege zu leiten. Beispiel für eine solche dezentrale Akte, die auch notfalldatensatzfähig ist, kann eine dezentrale USB-Akte für den Patienten sein, so wie sie neulich mit dem Innovationspreis des Landes Nordrhein-Westfalen ausgezeichnet wurde.

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein schließt sich mit diesem Beschluss einem ähnlich lautenden Votum der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein vom 19. November 2011 an.

Antrag: *Wieland Dietrich, Dr. Hans Wilhelm, Gerd Höveler, Dr. Catherina Stauch, Dr. Ralph Krolewski*

### Poliklinik-Berechtigungsschein: Missbrauch beenden

Der Vorstand wird gebeten, rechtliche Schritte gegen den von Universitäten getätigten Missbrauch von Poliklinik-Berechtigungsscheinen zu prüfen.

Antrag: *Dr. Oliver Funken*

### Ärzte sind keine Beauftragten der Kassen

Vertragsärzte sind keine Beauftragten der gesetzlichen Krankenkassen. Ein solcher Status würde dem freien Arztberuf bereits deshalb widersprechen, weil er eine Weisungsgebundenheit beinhaltet, die mit der ärztlichen Unabhängigkeit nicht vereinbar ist.

Zugleich würde ein solcher Status gegen die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts verstoßen, nach der es vor allem dem Vertragsarzt obliegt, festzustellen, wann sozialrechtlich ein GKV-Krankheitsfall eintritt und wie dieser zu behandeln ist (BVerfG vom 6. Dezember 2005, AZ: 1 BvR 347/98). Ähnlich lautende Beschlüsse des Deutschen Ärztetages werden unterstützt.

Antrag: *Dr. Catherina Stauch, Dr. Peter Loula, Dr. Heidemarie Pankow-Culot, Martin Grauduszus, Wieland Dietrich*

### Entschädigungsordnung geändert

Die Entschädigungsordnung vom 28. Februar 2004 in der Fassung vom 27. November 2004 und 26. November 2005 wird geändert.

Die Änderungen der Entschädigungsordnung treten am 1. Januar 2012 in Kraft.

Antrag: *Hauptausschuss*

### Notfalldienstordnung geändert

Die Gemeinsame Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Ärztekammer Nordrhein vom 1. Januar 2002, zuletzt geändert am 23. Dezember 2006, wird geändert.

Antrag: *Vorstand*

### Notfalldienstordnung überarbeiten

1. Die Vertreterversammlung beauftragt den Vorstand mit der Einberufung eines Vorstandsausschusses Notfalldienstordnung.
2. Der Ausschuss wird beauftragt, eine grundsätzliche Überarbeitung der Notfalldienstordnung zu erstellen, bei der insbesondere folgende Punkte berücksichtigt werden müssen:
  - homogene Dienstbelastung der Ärzte, insbesondere zur Entlastung der Kollegen im ländlichen Bereich
  - Zusammenlegung von Dienstbezirken zur Reduzierung der Dienstbelastung
  - eine Anpassung der Vertreterregelung an die tatsächlichen Gegebenheiten, das heißt Zurechnung der Verantwortlichkeit auf die Ebene, auf der die Regelungen tatsächlich umgesetzt werden
  - eine klare Regelung für den Dienstwechsel bei Ausfall eines eingeteilten Arztes.
3. Die Neufassung ist in der Juni-Sitzung der Vertreterversammlung vorzulegen.

Antrag: *Dr. Lothar Rütz, Prof. Bernd Bertram, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Ludger Wollring, Dr. Mike Dahm, Angelika Haus und Dr. Hans-Reinhard Pies*

Die Entschädigungsordnung, die Gemeinsame Notfalldienstordnung und die Arzneimittelvereinbarung finden Sie im Internet unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV | 120131**

# Praxispersonal fortbilden

Im Februar und April beginnen Kurse, in denen sich Medizinische Fachangestellte (MFA) umfassend fortbilden können. Zum einen zur Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA), zum anderen zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung. Besser qualifiziert können sie Ärztinnen und Ärzte von vielen Tätigkeiten entlasten.



Kompetentes Personal in der Praxis entlastet den Arzt und verbessert die Versorgung. EVAs und Fachwirtinnen haben das Zeug dazu.

Selbständig bestimmte Hausbesuche durchführen – das kann zum Beispiel einer EVA delegiert werden, nachdem sie den Kurs bei der Nordrheinischen Akademie durchlaufen hat. Das Curriculum umfasst unter anderem Case Management, Hausbesuchsmanagement und palliativmedizinische Koordination. Der EVA-Kurs beginnt am 27. April.

### EVA: Mehr medizinische Kompetenz

Neben den organisatorischen Fähigkeiten erwerben die Teilnehmerinnen zusätzliche medizinische Kompetenzen, zum Beispiel in den Bereichen Wundversorgung, geriatrische Diagnoseverfahren und in der Versorgung von Onkologiepatienten.

Die Fortbildung dauert 170 bis 220 Stunden, je nach Berufserfahrung. Fast ein Drittel des Unterrichts können die Fachangestellten mittels internetbasierter Lernplattform von zu Hause bearbeiten. Die Präsenztage finden in Düsseldorf statt und sind berufsbegleitend zu absolvieren.

### Fachwirtin: Führende Rolle im Team

Die Fachwirtin kann noch mehr Verantwortung übernehmen: Sie soll sowohl in der Patientenbetreuung als auch in der Praxisorganisation die führende Rolle im Team der Helferinnen einnehmen. Sie kann beispielsweise das Qualitätsmanagement der Praxis eigenständig einführen und anwenden, sich um EDV- und Datenschutzbelange kümmern, das Medizinproduktegesetz umsetzen und auf eine optimale betriebswirtschaftliche Praxisführung

bei Einkauf, Marketing und Kostenmanagement achten.

Die Fortbildung umfasst 420 Unterrichtsstunden, von denen rund 30 Prozent aus internetgestütztem Selbststudium bestehen. Die Termine der Präsenzveranstaltungen liegen weitgehend außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten. Der Kurs startet am 18. bzw. 25. Februar.

Die Teilnahme an der Fachwirtin-Fortbildung können sich die Fachangestellten zum Beispiel durch Meister-BAföG, Begabtenförderung oder unter bestimmten Voraussetzungen den Bildungsscheck fördern lassen. Die Akademie hilft hier gerne weiter.

## Information und Anmeldung

Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung

### EVA-Kurs

Anja Klaaßen

Telefon 0211 4302 2834

Telefax 0211 4302 5834

E-Mail [anja.klaassen@aekno.de](mailto:anja.klaassen@aekno.de)

### Fachwirtin-Kurs

Kerstin Scheufen

Telefon 0211 4302 2832

Telefax 0211 4302 5832

E-Mail [kerstin.scheufen@aekno.de](mailto:kerstin.scheufen@aekno.de)

Ausführliche Infos im Internet unter [www.akademie-nordrhein.de/MFA](http://www.akademie-nordrhein.de/MFA) | KV | 120132

## Safer surfen mit der KV Nordrhein

Wohin wir auch surfen im World Wide Web, überall finden wir inzwischen die Empfehlen- oder Like-Buttons von Facebook, Twitter und Google+. Ab sofort können Sie mit diesen "Knöpfen" auch Artikel und Meldungen der KV Nordrhein an Freunde und Bekannte in den sozialen Netzwerken weiterempfehlen. Motto: „Was mir gefällt, könnte auch für Dich interessant sein.“

Ganz einfach? Nicht ganz. Denn die Like-Buttons werden schon länger von Datenschützern scharf kritisiert, weil sie Daten übertragen. Auf Spiegel online, einem der am meisten gelesenen Nachrichtenportale in Deutschland, stehen die Knöpfe unter allen Artikeln. Wer einen Beitrag im Browser aufruft, überträgt sofort Daten an Facebook, Twitter & Co – selbst wenn er noch gar nicht auf den Like-Button geklickt hat. Und zwar unabhängig davon, ob der User selbst Mitglied dieser sozialen Netzwerke ist.

### Facebook & Co lesen mit

Wenn der User gar noch in einem der Netzwerke angemeldet ist, können die Betreiber die Seiten, die er aufruft, seinem Konto zuordnen. Surft der Besucher nach einer Facebook-Sitzung beispielsweise auf einen Artikel über Kündigungsschutz oder alternative Behandlungsmethoden bei Krebs, liest das Netzwerk über die Schulter mit und kann so nach und nach ein ausführliches Benutzerprofil erstellen. Möglich wird diese Netzwerk-Spionage durch ein Super-Cookie, das auch noch nach Verlassen des Netzwerkes Daten sendet. Privatsphäre: Fehlanzeige.

### Safer surfen bei der KV Nordrhein

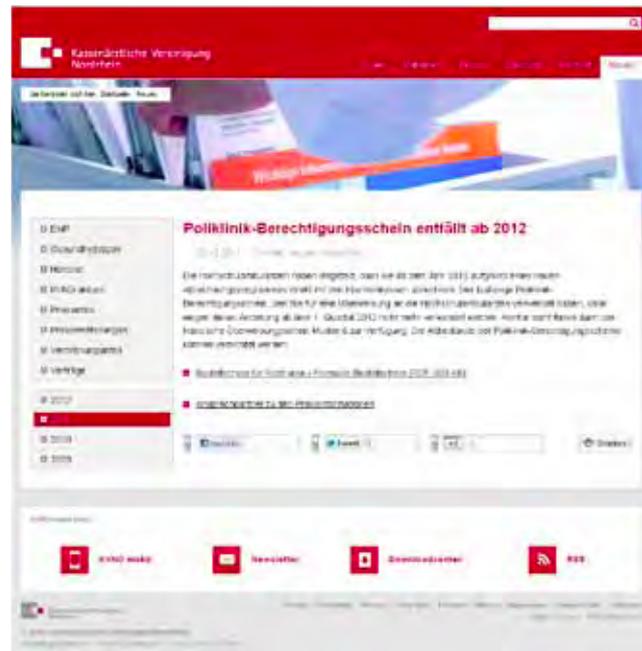
Diesem Trend stellt sich die KV Nordrhein entgegen und hat für ihre Internetseite ein besonderes Verfahren gewählt: die sogenannte Zwei-Klick-Lösung. Im Gegensatz zu der oben beschriebenen Funktionsweise der Empfehlen-Knöpfe bindet die KV zunächst nur einfache Grafiken unter den Artikeln ein.

Diese werden erst aktiv, wenn der Benutzer einen der Knöpfe anklickt. Erst mit dieser bewussten Aktion erlangt der Button seine volle Funktionalität – und erst dann werden Daten an die sozialen-Netzwerke übertragen. So kann der Benutzer selbst entscheiden, ob er von den Möglichkeiten der Like-Buttons mit all den Risiken Gebrauch machen möchte oder nicht. Werden danach weitere Seiten in unserem Internetauftritt aufgerufen, sind die Buttons wieder deaktiviert. Das komplette Surf-Profil bleibt den sozialen Netzwerken so verborgen.

-Tina Denda, Journalistin

Wer zum Beispiel als Betreiber einer Praxis-Homepage die Buttons einbindet, aber das Erstellen von Profilen seiner Besucher verhindern will, sollte den Programmecode von [heise.de](http://heise.de) nutzen. Er steht unter einer Open-Source-Lizenz und kann von der Projektseite heruntergeladen werden:

[www.heise.de](http://www.heise.de) | [KV | 120133](https://www.kv-nordrhein.de)



Interessante Beiträge aus der Rubrik „Neues“ im Internetangebot der KV Nordrhein können Sie jetzt auch Ihren Bekannten in sozialen Netzwerken empfehlen. Ganz einfach per Knopfdruck.



## Korrektes Kodieren in der Praxis

Nur mit einer möglichst detaillierten Kodierung lässt sich die Morbidität der Versicherten verlässlich darstellen. „Sie ist die unverzichtbare Grundlage für die Verhandlungen mit den Krankenkassen, um die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ab dem Jahr 2013 weiterentwickeln zu können“, sagt der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler.

So hängt von der richtigen Kodierung ab, wie hoch der Zuschlag ist, den eine Krankenkasse für den betreffenden Patienten aus dem Gesundheitsfonds erhält. Falsche beziehungsweise ungenaue Diagnosen bedeuten nicht nur weniger Geld für die Kassen. Nicht sachgerechte Kodierung wirkt sich auch negativ auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung aus. „Um es deutlich zu sagen: Die Kodierung ist bares Geld wert“, betont der KBV-Chef. Dies gilt auch nach dem Verzicht auf die Ambulanten Kodierrichtlinien.

Diagnose Mit „Z“	Diagnose mit „G“
I21.1 Z - Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand	I25.20 G - Alter Myokardinfarkt: 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend
I64 Z - Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	I69.4 G - Folgen eines Schlaganfalles, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Die Gegenüberstellung zeigt, dass die ICD-10-GM auch andere Codes für den „Zustand nach“ bei bestimmten Erkrankungen bereit hält.

### Morbidität zählt

Mit den Regelungen zum Versorgungsgesetz ist die ärztliche Honorarentwicklung nach wie vor an die Morbiditätsentwicklung geknüpft.

Nur wenn die nachgewiesene Morbidität im Bereich der KV Nordrhein steigt, können die anstehenden (regionalisierten) Honorarverhandlungen erfolgreich mit den Kassen geführt werden.

Das sollte jede Praxis unterstützen. Durch die Berücksichtigung weniger Hinweise kann die Kodierung effizienter gestaltet werden. Achten Sie vor allem auf die Kodierung von gesicherten Diagnosen. Denn nur gesicherte Diagnosen haben bei der Berechnung der Morbidität einen Einfluss. Eine Kodierung einer Indikation mit „Zustand nach“ jedoch nicht!

Es geht um viel Geld. So erhält eine Kasse zum Beispiel mit der Kodierung „Diabetes mit nicht näher bezeichneten Komplikationen“ 48,44 Euro zusätzlich pro Monat aus dem Gesundheitsfonds. Bei Diabetes „mit peripherer zirkulatorischer Manifestation“ sind es dagegen 160,68 Euro je Monat.

Anhand von häufigen Krankheitsbildern stellen wir Ihnen die Grundzüge einer sachgerechten Kodierung nach ICD-10 GM (International Classification of Disease – German Modification) in dieser und den kommenden Ausgaben von KVNO aktuell vor. Wir beginnen in dieser Ausgabe mit dem Diabetes mellitus. Tipps und Fallbeispiele zum Kodieren der Koronaren Herzkrankheit (KHK) und der Herzinsuffizienz finden Sie im Internet-Angebot der KV Nordrhein unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | [KV | 120134](#)

### Kodieren – längst Pflicht

Die Verpflichtung zur Verschlüsselung nach ICD-10 besteht schon seit gut zehn Jahren, exakt seit dem 1. Januar 2000. Sie ist in Paragraph 295 des Sozialgesetzbuchs V fixiert. Inzwischen hat die sachgerechte Verschlüsselung eine direkte Auswirkung auf die Gesamtvergütung.

## Der Diabetes mellitus

Diabetes mellitus ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen. Er ist für die primäre Therapie in der hausärztlichen und internistischen Praxis relevant, stellt aber auch in vielen anderen Fachgebieten eine der wichtigsten und häufigsten Begleiterkrankungen dar.

Während Augenärzte oder Nephrologen bei Schäden an Auge und Niere die Grunderkrankung regelmäßig mitkodieren, ist dies für andere Fachgebiete nicht selbstverständlich. In vielen Fällen sollte die Grunderkrankung mit allen relevanten Komplikationen auch als Behandlungsdiagnose nach ICD-10-GM verschlüsselt werden. Jeder Arzt, der beispielsweise einen Eingriff plant, wird den Diabetes mit den individuellen Risiken und Wechselwirkungen berücksichtigen.

Es gibt eine Fülle von Codes zur Kodierung des Diabetes mellitus. In diesem Beitrag geben wir Ihnen einige Tipps für die Kodierung im Allgemeinen und wichtige Erläuterungen und Beispiele im Besonderen.

Grundsätzlich sollten Sie sich bei der Kodierung des Diabetes mellitus drei Fragen beantworten:



Der Diabetes mellitus spielt in Haus- und Facharztpraxen eine wichtige Rolle.

### 1. Welcher Typ des Diabetes mellitus liegt vor?

Grundsätzlich sind drei Typen zu unterscheiden: Typ 1, Typ 2 und Sonderformen. Den vorliegenden Typ des Diabetes kodieren Sie über die dritte Stelle des ICD.

E10.-	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]
E11.-	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]
E12.-	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]
E13.-	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus zum Beispiel steroidinduzierter Diabetes
O24.-	Diabetes mellitus in der Schwangerschaft

### 2. Welche Diabetes bedingten Komplikationen hat der Patient?

Gesicherte Komplikationen an Augen, Niere oder eine Polyneuropathie kodieren Sie über die vierte Stelle der jeweiligen ICD-Schlüsselnummer aus E10–E14.

.2	Mit Nierenkomplikationen
.3	Mit Augenkomplikationen
.4	Mit neurologischen Komplikationen
.5	Mit peripheren vaskulären Komplikationen
.6	Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen
.7	Mit multiplen Komplikationen
.8	Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen
.9	ohne Komplikationen

### 3. Welche Stoffwechselsituation liegt akut vor?

Ob die gegenwärtige Stoffwechselsituation entgleist oder nicht entgleist ist, kodieren Sie über die fünfte Stelle.

0	nicht als entgleist bezeichnet
1	als entgleist bezeichnet

Ein Diabetes mellitus mit den Komplikationen Koma und/oder Ketoazidose gilt grundsätzlich als entgleist – und wird deswegen mit der fünften Stelle als entgleist kodiert. Das sollte aber in der Praxis eine Rarität sein. Die Kodierung der entgleisten Stoffwechselsituation erfolgt immer nur so lange, wie die Entgleisung vorliegt

#### Die Kreuz-Stern-Systematik

Diabetes mellitus gehört zu den Erkrankungen, bei denen eine Grunderkrankung kodiert wird. Die Komplikationen sind aber teils eigenständige Manifestationen und haben somit auch eigene Schlüssel. Für die Kodierung der Komplikationen des Diabetes mellitus gibt es die Kreuz-Stern-Systematik.

ICD-Nr. mit Kreuz-Symbol (+) am Ende = Primär Kode/Ätiologie, zum Beispiel zugrunde liegende Ursache

ICD-Nr. mit Stern-Symbol (\*) = Manifestation/Komplikationen

Wenn Sie die Verschlüsselung überprüfen, sollten Sie bei Patienten mit der Behandlungsdiagnose Diabetes und Komplikationen folgende Kreuz-Stern-Schlüssel ergänzen:

**Niere:** Zusätzlich Art der Nierenkomplikation angeben, zum Beispiel N08.3 diabetische Nephropathie

**Augen:** Zusätzlich Augenkomplikation angeben, zum Beispiel H36.0 diabetische Retinopathie oder H28.0 diabetische Katarakt

**Neurologie/Polyneuropathie:** Zusätzlich neurologische Komplikation angeben, zum Beispiel G63.2 diabetische Polyneuropathie

**Vaskuläre Komplikationen:** Zusätzlich vaskuläre Komplikation angeben, zum Beispiel I79.2 diabetische Angiopathie

**Sonstige näher bezeichnete Komplikationen:** Zusätzlich Komplikation angeben, zum Beispiel M14.2 diabetische Arthropathie oder E11.74 diabetisches Fußsyndrom, nicht entgleist

## Kodierbeispiele Diabetes mellitus

### 73jähriger Typ-2-Diabetiker mit diabetischem Fuß, außerdem bekannte KHK und vaskuläre Demenz

E11.50 + G	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit peripheren vaskulären Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet (zum Beispiel Gangrän/Ulcus)
I79.2* G	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
I25.10 G	Atherosklerotische Herzkrankheit ohne hämodynamisch wirksame Stenosen
F01.8 G	Sonstige vaskuläre Demenz

Der primär insulinabhängige Diabetes (Typ I) wird analog hierzu mit Schlüssel aus E10.- codiert.

### 52jähriger juveniler Diabetiker mit Nephropathie, Hypertonie und Fettstoffwechselstörung stellt sich zur Kontrolle der arteriellen Hypertonie vor

E10.20 + G	Primär insulinpflichtiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
N08.3* G	Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus (Diabetische Nephropathie)
I15.80 G	Sonstige sekundäre Hypertonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise
E78.2 G	Gemischte Hyperlipidämie

*Patient mit beidseitigem Katarakt infolge eines Diabetes mellitus Typ I, nicht entgleist.*

E10.30 † G	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
H28.0* G B	Diabetische Katarakt

Zusatzkennzeichen zur Seitenlokalisierung sind optional aber empfehlenswert.

*52jähriger juveniler Diabetiker mit Nephropathie, Hypertonie und Fettstoffwechselstörung*

E10.20 † G	Primär insulinpflichtiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
N08.3* G	Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus (Diabetische Nephropathie)
I15.80 G	Sonstige sekundäre Hypertonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise
E78.2 G	Gemischte Hyperlipidämie

*Typ-2-Diabetikerin mit diabetischer Retinopathie, nicht entgleist.*

E11.30 † G	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
H36.0* G	Retinopathia diabetica

*Patient, beidseits eine Katarakt infolge eines Diabetes mellitus Typ I, nicht entgleist*

E10.30 † G	Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
H28.0* G B	Diabetische Katarakt

Zusatzkennzeichen zur Seitenlokalisierung sind optional aber empfehlenswert.

*76jährige Typ-2-Diabetikerin mit Polyneuropathie und Depressionen*

E11.40 † G	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit neurologischen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
G63.2* G	Diabetische Polyneuropathie
F33.0 G	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode

*Adipöser Typ-2-Diabetiker mit diabetischer Arthropathie*

E11.60 † G	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
M14.2* G	Diabetische Arthropathie
E66.02 G	Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr

Das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) und die KV Nordrhein übernehmen keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben.

## Zuzahlungsbefreit – Überweisung?

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im Januar häuften sich Fragen zur Überweisung von zuzahlungsbefreiten Patienten und zu den DMP bei Sonstigen Kostenträgern.

Kostenträger	DMP	Asthma/COPD	Brustkrebs	Diabetes Typ 1	Diabetes Typ 2	KHK
Polizei NRW		✓	✓	✓	✓	✓
Bundeswehr		✓	✓	✓	✓	✓
Bundespolizei		✓	✓	✓	✓	✓
Postbeamte A		nein	nein	✓	✓	✓
Auslandsabkommen/SVA		✓	✓	✓	✓	✓
Sozialhilfeträger		nein	nein	nein	nein	nein

der vereinbarte Vor-  
druck (Muster 6) zu  
nutzen. Ausgenom-  
men sind nur ärzt-  
liche Leistungen, die  
im Rahmen des Pro-  
gramms zur Früher-  
kennung von Brust-  
krebs durch Mam-

mographie-Screening erbracht werden.

### Bei welchem Sonstigen Kostenträger kann ich DMP abrechnen?

Nicht alle Sonstigen Kostenträger übernehmen die Disease-Management Programme (DMP). Wenn eine Abrechnung möglich ist, entsprechen die Vergütungen den Verträgen der Primär- und Ersatzkassen. Im Gegensatz dazu entfällt bei den Sonstigen Kostenträgern das Ausfüllen der Teilnahme- und Einwilligungserklärung und der Erst- und Folgedokumentationen. Die Teilnahme müssen Sie nur via Patientenakte dokumentieren. Eine elektronische Übersendung der Datensätze an die Datenstelle ist bei den Sonstigen Kostenträgern auch nicht nötig.

### Brauchen zuzahlungsbefreite Versicherte eine Überweisung?

Ja. Bitte denken Sie auch bei zuzahlungsbefreiten Versicherten an die Überweisungspflicht. Es gilt in jedem Fall das gesetzlich geforderte Überweisungsgebot. Der Bundesmantelvertrag schreibt vor, dass ein Vertragsarzt zu einer Kollegin oder einem Kollegen überweisen muss, wenn er nötige diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht selbst erbringen kann. Für die Überweisung ist

### 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](mailto:service.koeln@kvno.de)

#### Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888  
Telefax 0211 5970 8889  
E-Mail [service.duesseldorf@kvno.de](mailto:service.duesseldorf@kvno.de)

## Ärzte können Aufwand reduzieren

Den Praxisalltag deutlich erleichtern können sich Ärzte, die der KV Nordrhein einen Blick in ihr Fortbildungskonto bei der Ärztekammer gestatten. Denn dadurch lässt sich der Aufwand für den obligatorischen Nachweis der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen reduzieren.



Seit 2004 verlangt der Gesetzgeber diesen Nachweis regelmäßig – etwa von Ärztinnen und Ärzten, die an Disease-Management-Programmen (DMP) teilnehmen. Fortbildungen nachweisen müssen auch Ärzte mit Hausarztverträgen der KV Nordrhein.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen dies kontrollieren und entsprechende Nachweise verlangen, die (zum Teil) auch der Ärztekammer vorliegen. Um den bürokratischen Aufwand für die Ärzte zu verringern, kann die KV Nordrhein Einsicht in das elektronische Fortbildungskonto der Ärztekammer Nordrhein nehmen – wenn der jeweilige Arzt das gestattet. Das Einreichen von Fortbildungsnachweisen in Papierform entfällt dann. Lediglich in Ausnahmefällen, in denen eine Zuordnung der Fortbildungsnachweise für Sonderverträge nicht erfolgen kann, kann es dann einzelne Nachfragen geben.

Um diesen Service zu nutzen, müssen Sie lediglich das Formular auf der Rückseite ausfüllen. Die unterschriebene Einverständniserklärung faxen oder senden Sie bitte an die Abteilung Weiterbildung der Ärztekammer Nordrhein.

Ärzte, die die Einsicht in das Fortbildungskonto ablehnen, muss die KV Nordrhein in nächster Zeit bitten, die Nachweise aus dem vergangenen Jahr einzureichen, damit sie weiter an den DMP oder Hausarztverträgen teilnehmen können.

Mehr Infos unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | KV | 120139

Ärzte und Psychotherapeuten müssen sich fortbilden. Um den Nachweis im Kontext von DMP und Hausarztverträgen zu erleichtern, sollten sie der KV Nordrhein den Einblick in ihr Fortbildungskonto gestatten.

## Rückantwort bitte an die

Ärztammer Nordrhein  
Abteilung Weiterbildung  
Tersteegenstr. 9  
40474 Düsseldorf

**Fax-Nr.: 02 11 / 43 02-22 59**

**Absender:** (Bitte in Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Einheitliche Fortbildungsnummer (arabische Ziffern unter dem Barcode)

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

### Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein jederzeit Einsicht in mein von der Ärztekammer Nordrhein geführtes elektronisches Fortbildungskonto nehmen kann, um den Nachweis der gesetzlichen Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V und die im Rahmen von Verträgen (z. B. Hausarztverträge) geforderte Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen nachhalten zu können.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel

## Werkstattgespräch in Aachen: Bahr besucht Bergmann

Konzepte und Perspektiven der Demenzversorgung in der Praxis diskutierte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) mit dem Vorsitzenden des Berufsverbandes Deutscher Neuroärzte (BVDN) und der Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Dr. Frank Bergmann und dem Vorsitzenden der KV Nordrhein, Dr. Peter Potthoff. Das „Werkstattgespräch“ fand am 16. November in Aachen statt.

Angesichts einer steigenden Morbidität in der Bevölkerung und sinkenden Hausärztezahlen „haben wir ein wahnsinniges Versorgungsproblem“, sagte Potthoff. Es sei dringend notwendig, die Ärzte von fachfremden Aufgaben und Bürokratie zu entlasten. Außerdem müsse die Niederlassung insbesondere als Hausarzt wieder attraktiver werden.

Bahr zufolge kann das Versorgungsstrukturgesetz dies leisten, unter anderem, weil es für Ärzte in ländlichen Regionen keine Mengengrenzung vorsehe, sondern künftig alle Leistungen voll bezahlt würden. „In den nächsten zwei Jahren wird es zu fast keinen

Arznei- und Heilmittel-Regressen mehr kommen“, so Bahr.

Bergmann begrüßte, dass die Eckpunkte zur Pflegereform zusätzliche Leistungen für Demenzkranke und ihre Familien vorsähen. Er



betonte aber, nicht nur die Demenz, sondern auch andere Erkrankungen des Gehirns wie Schlaganfälle, Depressionen oder Parkinson seien auf dem Vormarsch. „Nach aktuellen Studien werden die ZNS-Erkrankungen vor Krebs- und Herzleiden die häufigsten und am stärksten belastenden Krankheiten für unser Gesundheitswesen sein“, sagte Bergmann.

Gesundheitsminister Daniel Bahr (r.) mit Dr. Frank Bergmann im Zentrum für Neurologie und Seelische Gesundheit in Aachen.

## Lebenserwartung steigt weiter

Die Deutschen leben immer länger. Männliche Babys werden der jüngsten Statistik zufolge im Schnitt 77 Jahre und sechs Monate alt, neugeborene Mädchen 82 Jahre und sieben Monate. Die Lebenserwartung ist in den vergangenen Jahren nicht nur für Neugeborene weiter gestiegen, auch die heute älteren Männer und Frauen leben im Durchschnitt länger, wie das Statistische Bundesamt errechnet hat. Aus der aktuellen sogenannten Sterbetafel kann man ablesen, dass jeder zweite Mann derzeit wenigstens 80 Jahre alt wird, jede zweite Frau sogar noch ihren 85. Geburtstag erleben wird.





## Immer mehr Praxen setzen auf D2D

Doctor to Doctor (D2) – das ist die wahrscheinlich erfolgreichste E-Health-Lösung im Gesundheitswesen. Die Zahlen des vergangenen Jahres jedenfalls lesen sich eindrucksvoll: 12.500 Anwender haben 4,9 Millionen D2D-Nachrichten verschickt. Die Telematik-Plattform der Kassenärztlichen Vereinigungen liegt bei den Praxen voll im Trend.

Praxen aus allen 17 KVen nutzen die Plattform inzwischen für den sicheren Datenaustausch; acht KVen für die Online-Abrechnung. Die Online-Abrechnung via D2D ist derzeit als einzige Lösung mit digital signierter eGesamtaufstellung möglich.

Seit über drei Jahren kann in der KV Nordrhein der Heilberufeausweis (HBA) für die digitale Signatur auf der eGesamtaufstellung

im Rahmen der Online-Abrechnung verwendet werden. Rund 1.500 Praxen nutzen das Angebot und wickeln ihre komplette KV-Abrechnung ohne Papierversand ab.

Angesichts des Angebots logisch: Die meisten Anwender kommen aus dem Gebiet der KV Nordrhein, dem „Geburtsort“ von D2D. Über den nordrheinischen Server laufen rund 75 Prozent aller Transaktionen, sagt Gilbert Mohr, Leiter der Stabstelle IT in der Arztpraxis bei der KV Nordrhein.

Die mit Abstand häufigste D2D-Transaktion ist DALE-UV, also der elektronische Datenaustausch mit der gesetzlichen Unfallversicherung. Bei den Praxen beliebt ist D2D auch für die elektronische Dokumentation der Disease-Management-Programme



## Neuer Pressesprecher bei der KV Nordrhein

Dr. Heiko Schmitz ist neuer Leiter des Bereichs Kommunikation bei der KV Nordrhein. Der 40-jährige Neusser hat seine Ausbildung bei der Rheinischen Post absolviert und war zuletzt verantwortlicher Redakteur der Neuß-

Grevenbroicher Zeitung in Dormagen. Zudem arbeitete er als Redakteur und Redenschreiber im Auftrag von PR-Agenturen wie der Content Company in Köln, Weber Shandwick in Hamburg und Hering Schuppener in Düsseldorf.



## Schnelle Infos: Geben Sie uns Ihre Mail-Adresse

Die KV Nordrhein würde Sie gerne gezielter informieren. Denn zum Beispiel im Falle einer Pandemie geht es um Geschwindigkeit. Am schnellsten sind die Praxen per E-Mail zu erreichen. Deswegen bitten wir Sie, Ihre E-Mail-Adresse, die im Mitglieder-

verzeichnis erscheint, zu kontrollieren. Ist diese falsch, teilen Sie bitte den Arztregistern telefonisch, per Fax oder E-Mail die richtige Adresse mit.

Das Meldeformular finden Sie im Internet unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV | 120142**

## Medikamentöse Therapie der KHK

Im Focus der Veranstaltung stehen die Wirkungsweisen, Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Substanzen, mögliche Wechselwirkungen mit anderen Therapeutika sowie die

Anwendung zur Primär- und Sekundärprävention atherothrombotischer Ereignisse.

ZERTIFIZIERT | ■■■ Punkte

**Termin** Mittwoch, 14. März 2012  
16 bis 19 Uhr

**Ort** Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

**Anmeldung** IQN  
E-Mail [iqn@aeckno.de](mailto:iqn@aeckno.de)  
Fax 0211 4302 5751

## Gesundheitskongress des Westens – erstmals in Köln

Unter dem Motto „Kampf um kluge Köpfe – Arbeiten im Zukunftssektor Gesundheit“ findet der fünfte Gesundheitskongress des Westens statt. Der Veranstaltungs- und Fortbildungsteil am ersten Kongresstag ist für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeu-

ten konzipiert. Die KV Nordrhein ist Kooperationspartner des Kongresses.

[www.gesundheitskongress-des-westens.de](http://www.gesundheitskongress-des-westens.de)

ZERTIFIZIERUNG | beantragt

**Termin** 14. bis 15. März 2012

**Ort** Maritim Hotel Köln  
Heumarkt 20  
50667 Köln

**Kosten** 80 Euro zzgl. MwSt.  
(Sondertarif für  
niedergelassene Ärzte  
am 14. März)

**Anmeldung** Gesundheitskongress  
des Westens  
Kongressbüro  
– c/o welcome  
Veranstaltungs GmbH  
Bachemer Straße 6–8  
50336 Frechen  
Telefax 02234 9532229

## Infomarkt der KV Nordrhein in Düsseldorf

Experten der KV Nordrhein beantworten an den Infoständen Ihre Fragen rund um den Praxisalltag:

- Niederlassungsberatung
- KV-Börse – Kooperationspartner und Praxisnachfolger online finden
- Betriebswirtschaftliche Orientierung mit dem KV-Praxis-Check
- Tipps zum Verordnen von Hilfsmitteln und von Arznei- und Heilmitteln
- IT in der Praxis
- Honorar
- KOSA – Kooperationen mit Selbsthilfegruppen
- Serviceteams – Ansprechpartner bei allen Fragen aus dem Praxisalltag
- KVNO-Portal: Online-Dienste für Praxen in Nordrhein
- Internetangebot der KV Nordrhein

**Termin** Mittwoch, 28. März 2012  
14 bis 17 Uhr

**Ort** Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

**Anmeldung** nicht nötig



**27. BIS 29. FEBRUAR 2012 BERLIN** | **WWW.VERSORGUNGSMESSE.NET**

## Termine

■	22.02.2012	KV Nordrhein: „Mögliche Behandlungsfehler bei der Diagnostik und Therapie zerebraler Symptomatik“, Düsseldorf
	27.-29.02.2012	KBV: „Messe Versorgungsinnovation 2012“, Berlin
	07.03.2012	GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft mbH: „Controlling in der Arztpraxis, ärztlicher Kostenrahmen, betriebswirtschaftliche Auswertung u. a.“, Düsseldorf
	07.03.2012	Nordrheinische Akademie: „IGe-Leistungen“, Düsseldorf
	07.03.2012	Nordrheinische Akademie: „Pharmakotherapie“, Köln
■	09.03.2012	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
■	14.03.2012	IQN: „Aktuelle Empfehlungen zur medikamentösen Therapie der KHK“, Düsseldorf
	14./15.03.2012	WISO S.E. Consulting GmbH: „Gesundheitskongress des Westens“, Köln KV Nordrhein ist Kooperationspartner.
■	21.03.2012	KV Nordrhein   Rheinische Post: RP-Ratgeber „Gesund im Alter“, Ratingen
	21.03.2012	Nordrheinische Akademie   IQN: „Diagnosekodierung in der Praxis – Grundlagenwissen für MFA“, Düsseldorf
	24.03.2012	Nordrheinische Akademie: „EDV – Word Einführungskurs“, Düsseldorf
■	28.03.2012	KV Nordrhein: „Infomarkt“, Düsseldorf
	28.03.2012	GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft mbH: „Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis“, Düsseldorf
■	28.03.2012	KV Nordrhein   Rheinische Post: RP-Ratgeber „Gute Keime – schlechte Keime“, Düsseldorf
	31.03.2012	Nordrheinische Akademie: „EDV – Einführung in die medizinische Internetrecherche“, Düsseldorf
	18.04.2012	GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft mbH: „Praxiswertermittlung“, Düsseldorf
■	18.04.2012	IQN: „Problematik bei der intraoperativen Lagerung – Kompartmentsyndrom“, Düsseldorf
	21.04.2012	Nordrheinische Akademie: „EDV – Evidenzbasierte Internetrecherche“, Düsseldorf
■	21.04.2012	KV Nordrhein: „Informationsveranstaltung Onlineabrechnung mit der KV Nordrhein“, Köln
	25.04.2012	GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft mbH: „Honorarverteilung, Abrechnung, Regelleistungsvolumen“, Düsseldorf
■	28.04.2012	KV Nordrhein: „Informationsveranstaltung Onlineabrechnung mit der KV Nordrhein“, Düsseldorf

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)

# Impressum

## Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

## Redaktion

Frank Naundorf (verantwortlich)

Karin Hamacher

## Redaktionsbeirat

Dr. Peter Potthoff, Bernd Brautmeier,

Frank Naundorf

## 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](mailto:redaktion@kvno.de)

## Ansprechpartner

Montag bis Donnerstag von 8 bis 17 Uhr

Freitag von 8 bis 13 Uhr

## Service team Köln

Telefon 0221 7763 6666

Telefax 0221 7763 6450

E-Mail [service.koeln@kvno.de](mailto:service.koeln@kvno.de)

## Service team Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888

Telefax 0211 5970 8889

E-Mail [service.duesseldorf@kvno.de](mailto:service.duesseldorf@kvno.de)

## Formularversand

Petersstraße 17-19

47798 Krefeld

Telefon 02151 3710 00

Telefax 02151 9370 655

E-Mail [formular.versand@kvno.de](mailto:formular.versand@kvno.de)

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 22 700

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

Vorschau „KVNO ■ aktuell“ 3+4 | 2012

- **Online-Abrechnung:**  
Bald auch mittels eToken möglich
- **Serviceangebot:**  
Abrechnungsberatung der KV Nordrhein
- **Überblick:**  
Krankenfahrten richtig verordnen
- **Vor- und nachstationäre Behandlung:**  
Wofür Klinik und Praxis zuständig sind
- **Allgemeinmedizin:**  
Erfahrungen einer Lehrpraxis

**Die nächste Ausgabe von „KVNO aktuell“  
erscheint am 28. März 2012.**

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Postfach 40182 Düsseldorf  
E-Mail [redaktion@kvno.de](mailto:redaktion@kvno.de)  
Tel. 0211 5970 0 · Fax 0211 5970 8100

[www.kvno.de](http://www.kvno.de)



**Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.