

6+7 | 2012

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Hintergrund

Organspende | Ärzte und Politik ergreifen die Initiative

Schwerpunkt

Neuer HVM | Evolution statt Revolution beim Honorar

Aktuell

Umfrage | Mehrheit der Ärzte arbeitet viel – und gerne

Service

Kennzeichnung | Was Ärzte über das Kodieren wissen müssen



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Honorarverteilung:
Evolution statt Revolution
- 4 BAG-Zuschlag:
Einheitlich zehn Prozent
- 6 Beschlüsse der
Vertreterversammlung

Aktuell

- 10 KBV-Vorstand:
Feldmann folgt Müller
- 12 Ärger mit dem Formular-
Wildwuchs
- 14 Online-Abrechnung:
eToken ab Juli verfügbar
- 14 Kampagne für J1-Unter-
suchung geht weiter

Standpunkt

- 15 Wahlleistungen – wichtig
für Praxen und Patienten

■ Praxisinfo

- 16 KV-Mitteilung zum
Regelleistungsvolumen
- 16 Knappschaft mit
Medikations-Check
- 16 Hausarztvertrag mit
„BIG direkt gesund“ endet
erst zum 30. September
- 16 Vergütung Modulvertrag
AD(H)S verbessert

- 16 Anapen: Hersteller ruft
Chargen zurück
- 16 Abdomen-Sonographie
für Urologen fachfremd
- 16 Onkologie-Vereinbarung
ab 1. Juli 2012
- 17 Arzneimittelverordnung
für Vollzugsbeamte
- 17 Freie Heilfürsorge
der Polizei NRW
- 17 Tauglichkeitsunter-
suchung für BUFDI
- 17 Online-Prüfung für
Ultraschallscreening
- 18 Vertrag Ärzte/
Unfallversicherung
- 18 EuGH-Urteil zu Musik
im Wartezimmer
- 18 EBM-Änderungen
zum 1. Juli 2012
- 19 Änderungen im
Laborbereich

■ Verordnungsinfo

- 20 Hilfsmittel:
Richtlinie neu gefasst
- 21 Pflichtangaben auf podo-
logischen Verordnungen
- 22 Drogenkonsum:
Tödliche Mischung
- 22 Arzneiverordnungs-
software mit neuen
Funktionen
- 23 Regeln beim Reisen
mit Arzneimitteln

Hintergrund

- 24 Organspende:
Neuregelung beschlossen
- 25 Ärzte werben
für Organspende

Berichte

- 27 Einstieg gesucht,
Nachfolger gefunden
- 28 Blick in die Zukunft der
Pädiatrie
- 28 Contergan: Woran
Betroffene leiden

Service

- 29 Überblick: Verordnung
von Krankenfahrten
- 30 Verordnung von
Krankenfahrten
- 31 Wie kodiere ich korrekt?

In Kürze

- 36 ZI befragt Ärzte zu
Praxiskosten
- 36 Neue Qualitätszirkel
- 37 Brasilianische IT-Experten
besuchen KV Nordrhein
- 37 Selbsthilfe-Infos
im Internet
- 37 Zehn Millionen Euro
für Telemedizin
- 40 Termine



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

es ist schon fast zur Gewohnheit geworden: Pünktlich zum Ärztetag werden Negativmeldungen über Ärzte platziert. Diesmal wetterte der GKV-Spitzenverband über angebliche „Fangprämien“ für Zuweisungen ins Krankenhaus – und hatte gleich eine passende Studie parat. Kurz darauf preschte die Verbraucherzentrale NRW mit Vorwürfen wegen unzulässiger Werbung für IGeL-Leistungen vor. Das Ziel der Angriffe ist immer das gleiche: Das Vertrauen in die Ärzteschaft soll systematisch untergraben werden. Andreas Köhler hat auf der KBV-Vertreterversammlung im Vorfeld des Ärztetags in Nürnberg zu recht die Differenz zwischen öffentlicher und veröffentlichter Meinung über Ärzte angesprochen. Wir haben auf die aktuellen Attacken schnell und entschieden reagiert und die pauschale Kritik öffentlich scharf zurückgewiesen.

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr hat in Nürnberg erneut die Abschaffung der Praxisgebühr gefordert. Eine Forderung, die wir begrüßen, denn die Zwangsabgabe hat ihr Ziel verfehlt und ist Teil der unzumutbaren Bürokratie, mit der uns die Krankenkassen belasten. Deshalb unterstützen wir eine bundesweite KV-Kampagne, für die wir Ihnen mit dieser KVNO aktuell-Ausgabe ein Plakat, einen Brief an Ihre Patienten und ein Formular zum Sammeln von Unterschriften zur Verfügung stellen.

Ein weiteres Thema des Ärztetags war die Zukunft der Einzelpraxis – und die Einsicht, dass wir dem Mediziner-Nachwuchs bessere Möglichkeiten zum Vereinbaren von Familie und Beruf bieten müssen. Welche Möglichkeiten zur Kooperation und Arbeitsteilung es für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gibt, war auch Gegenstand einer Informationsveranstaltung, die wir für angehende Pädiater gemeinsam mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte angeboten haben. Wir werden mit solchen Angeboten verstärkt und gezielt um Nachwuchs werben müssen.

Wie Sie wissen, ist die Honorarverteilung wieder Sache der KVen. Nicht umsonst stand unsere jüngste Vertreterversammlung im Zeichen von Änderungen am Honorarverteilungsmaßstab, über die wir Sie in dieser Ausgabe noch einmal ausführlich informieren. Der im März konstituierte HVM-Ausschuss hat gute Arbeit geleistet und steht vor weiteren wichtigen Weichenstellungen, die uns in den kommenden Monaten intensiv beschäftigen werden.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Peter Potthoff

Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier

Vorstand

Evolution statt Revolution

In der jüngsten Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ging's ans Eingemachte: Die Mitglieder beschlossen Änderungen am Honorarverteilungsmaßstab. Dabei verzichteten sie auf einschneidende Änderungen und setzen stattdessen auf Modifikationen im Detail – eine erneute große Umverteilung steht nicht an. Debattiert wurden auch die Frage nach der künftigen Vergütung der Psychotherapie und die Ausführungen des KV-Vorstands zum Thema Kodieren.

Eins stand von vorneherein fest: Das Hauptaugenmerk der Berichterstattung über die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein würde den Änderungen am Honorarverteilungsmaßstab gelten, die zum Teil ab dem 1. Juli greifen. Im Zentrum der Beschlüsse standen Fragen der Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), der Bereinigung von Selektivverträgen sowie zu Verlustausgleich- und Härtefallregelungen (siehe Bericht auf den folgenden Seiten). „KVNO beschließt Änderungen an Honorarverteilung“ titelte die Ärzte-Zeitung, die zugleich von „ungewohnter Eintracht“ in der VV zu berichten wusste und zum Ergebnis kam, dass die Honorarverteilung nur „leicht verändert“ werde.

Dass das Votum zur künftigen Honorarverteilung so einhellig ausfiel, hatte vor allem mit der gründlichen Vorarbeit der Mitglieder des HVM-Ausschusses zu tun. Dessen Konstituierung im März war nötig geworden, weil der Gesetzgeber die Honorar- und Gesamtvergütungskompetenzen auf die KV-Ebene zurückverlagerte. Dass es zu den Beschlussvorschlägen kaum mehr Anmerkungen seitens der Delegierten gab, lag auch an der ausführlichen Erläuterung der Änderungsvorschläge, die Dr. Frank Bergmann präsentierte. Der Vorsitzende der Vertreterversammlung und des HVM-Ausschusses erklärte auch, warum die Änderungen so moderat ausfallen und der HVM im Kern, Stichwort Regelleistungsvolumen, unangetastet bleiben soll – eine größere Umverteilung wird es nicht geben (siehe auch Bericht auf den folgenden Seiten).

Vor der verhältnismäßig harmonischen Debatte über den HVM präsentierte der Vorstand der KV Nordrhein die aktuelle Agenda – begleitet von kämpferischen Tönen. Vorstandsvorsitzender Dr. med. Peter Potthoff griff zunächst die aktuelle Kampagne der Krankenhäuser auf: „Die Unterstützung, von der die Krankenhäuser profitieren, erwarten wir auch für die niedergelassenen Ärzte“, sagte Potthoff – zumal sich die Leistungsverlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich schleichend und ohne materiellen Ausgleich vollziehe. „Auch bei uns



» *Wir erwarten von der Politik für die niedergelassenen Ärzte die gleiche Unterstützung wie für den stationären Bereich* «

Dr. med. Peter Potthoff
Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein

stehen Arbeitsplätze und Existenzen auf dem Spiel." Potthoff bekräftigte die Forderung, die Milliarden-Überschüsse der Krankenkassen gezielt für die Versorgung zu nutzen – und beispielsweise durch eine Abschaffung der Praxisgebühr die Bürokratiekosten zu senken, die allein für die Gebühr bei bundesweit 360 Millionen Euro pro Jahr liegen.

Praxisgebühr: Sinnlos und teuer

Potthoff präsentierte erstaunliche Zahlen zur Kassengebühr: Bei den Hausärzten besteht nur noch bei rund 55 Prozent der Patienten eine Zuzahlungspflicht, bei Fachärzten liegt die Quote gerade noch bei rund 15 Prozent. „Es gibt viele Befreiungstatbestände, die die beabsichtigte Lenkungsfunction von vorne herein aushebeln.“ Die Abschaffung, die ja auch Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr befürwortete, sei ohne Alternative.

Breiten Raum widmete Potthoff dem Thema Kodieren, dessen „Spitzfindigkeiten“ und Ungereimtheiten er durchaus kritisch betrachtete. Dennoch gebe es keine Alternative zum sachgerechten Kodieren. Potthoff nahm Bezug auf das Schreiben, das die KV Nordrhein vor einigen Wochen an ihre Mitglieder versandt hatte mit der Bitte, der KV im Falle von Implausibilitäten entsprechende Ergänzungen und Korrekturen der Abrechnung zu gestatten. Dieses Verfahren war nötig geworden, weil das NRW-Gesundheitsministerium als Aufsichtsbehörde den zuerst etablierten Modus ablehnte, bei dem ein Arzt den von der KV vorgenommenen Korrekturen gegebenenfalls widersprechen musste.

Im neuen Verfahren müssen die Ärzte die von der KV gesetzten Korrekturen hingegen aktiv bestätigen – was bis zum Redaktionsschluss etwa 80 Prozent der kontaktierten Mitglieder getan haben. „Eine sachgerechte und fehlerfreie Diagnosedokumentation wirkt sich auf die Morbidität und damit positiv auf die Gesamtvergütung aus“, so Potthoff. Heißt im Umkehrschluss: Jede fehlende Rückmeldung



» Wir brauchen den Strukturfonds, um in Sachen Sicherstellung handlungsfähig zu bleiben «

Bernhard Brautmeier
Vorstand KV Nordrhein

reduziert die Morbidität und mindert die Gesamtvergütung.

Skepsis gegenüber Strukturfonds

KVNO-Vorstandsmitglied Bernhard Brautmeier kommentierte unter anderem die Beschlüsse der jüngsten Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und begrüßte vor allem die Überlegungen zu einem eigenständigen psychotherapeutischen Vergütungsbereich: „Wir brauchen eine neue gesetzliche Grundlage für die Finanzierung der stark wachsenden psychotherapeutischen Versorgung, die in Zukunft extrabudgetär honoriert werden sollte“, sagte Brautmeier.

Ums Geld ging es auch beim letzten Tagesordnungspunkt: der Einrichtung eines Strukturfonds, den die Kassen und die KV jeweils zu gleichen Teilen füllen und dessen Mittel für Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung in unterversorgten Regionen vorgesehen sind. „Das Geld könnte an Orten für eine Eigeneinrichtung verwendet werden, wo keine Konkurrenzsituation zu Niedergelassenen entsteht.“ Mehrere Delegierte äußerte sich skeptisch – so verwies die Vertreterversammlung den Antrag zurück an den Vorstand, der gleichwohl für den Fonds wirbt: „Wir brauchen einen solchen Strukturfonds, um in Sachen Sicherstellung handlungsfähig zu bleiben“, betonte Brautmeier.

BAG-Zuschlag: Einheitlich zehn Prozent

Die Honorarverteilung liegt seit Jahresbeginn wieder in der Hand der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Auf der Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein am 15. Mai haben die Delegierten den ab 1. Juli gültigen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) beschlossen. Demnach sinken die Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG). Der Verlustausgleich läuft am 30. Juni 2013 aus.

„Wir haben auf Experimente verzichtet“, sagte Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender der nordrheinischen VV und des HVM-Ausschusses, der die Vorschläge für einen neuen HVM erarbeitet hatte. Die Delegierten folgten den Vorschlägen des Ausschusses einträchtig.

„Das Honorarniveau in Nordrhein ist so niedrig, dass eine erneute Umverteilung größeren Ausmaßes den Kolleginnen und Kollegen nicht zuzumuten gewesen wäre“, erläuterte Bergmann. So bleiben in Nordrhein die Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) zunächst unangetastet.

BAG-Zuschlag: 10 Prozent einheitlich

Ab dem 1. Oktober betragen die Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) unabhängig vom so genannten Kooperationsgrad zehn Prozent. Diese Regelung gilt für jeden Standort einer fachgleichen BAG mit zwei oder mehr Ärzten wie auch für standortgleiche fach- oder schwerpunktübergreifende BAGs. Mit anderen Worten: Der Kooperationsgrad spielt für die Ermittlung des BAG-Zuschlages ab dem vierten Quartal 2012 keine Bedeutung mehr.

Schon im dritten Quartal sinken die Zuschläge für Gemeinschaften, die bis dato mehr als zehn Prozent erhalten: Die Zuschläge werden ober-

HVM-Ausschuss

Der HVM-Ausschuss der KV Nordrhein hat im März 2012 seine Arbeit aufgenommen. Er hat 13 Mitglieder, darunter fünf „funktional bestimmte“: der Vorsitzende und stellvertretende Vorsitzende der Vertreterversammlung und die drei Vorsitzenden der Beratenden Fachausschüsse. Dazu kommen acht gewählte Mitglieder: vier Mitglieder aus dem Hauptausschuss und je zwei Mitglieder auf Vorschlag der Freien Ärzteschaft und des Hausarztverbandes. Somit gehören dem HVM-Ausschuss Mitglieder aller Gruppierungen aus der Vertreterversammlung der KV Nordrhein an.

„Die wichtigste Voraussetzung für die Arbeit des HVM-Ausschuss und für die Entscheidungen, die dann die

Vertreterversammlung zu treffen hat, ist ein Höchstmaß an Transparenz“, betont der Ausschuss-Vorsitzende Dr. Frank Bergmann. Nur wenn Daten zu Umsätzen und Kosten in den Praxen zeitnah und vollständig vorlägen, könnten rationale und nachvollziehbare Beschlüsse gefasst werden.



Dr. Frank Bergmann

halb der Zehn-Prozent-Grenze halbiert. Eine BAG, die bislang beispielsweise einen Kooperationszuschlag von 30 Prozent erhielt, wird der Zuschlag im dritten Quartal auf 20 Prozent gekürzt, ab dem vierten Quartal 2012 gibt es den einheitlichen BAG-Zuschlag von zehn Prozent.

Verlustausgleich entfällt

Bis zum 30. Juni 2013 läuft der sogenannte Verlustausgleich im Rahmen der Konvergenzregelung aus. „Diese Ausgleichszahlungen beziehungsweise Stützungsmaßnahmen konterkarieren den EBM“, stellte Bergmann fest – nicht ohne hinzuzufügen, dass die Leistungen einiger Fachgruppen im EBM nicht angemessen bewertet würden. Grundsätzlich sollen Ärzte in finanziellen Notlagen weiter gestützt werden. Unter welchen Bedingungen, will der HVM-Ausschuss bis zum Herbst festlegen.

Für das vierte Quartal 2012 wird die Grenze für den Verlustausgleich auf 12,5, für das erste Quartal 2013 auf 15 und für das zweite Quartal 2013 auf 17,5 Prozent angehoben. Praxen sollen in finanziell bedrohlichen Situationen aber weiter gestützt werden. „Die entsprechenden Kriterien werden wir im HVM-Ausschuss konkretisieren“, so Bergmann.

Selektivverträge: Einheitliche Fallwerte

Egal ob im Kollektiv- oder Selektivvertrag: Der Fallwert ist künftig einheitlich. In der Vergangenheit kamen bei der Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen zwei Fallwerte zur Anwendung. Die Teilnehmer an Selektivverträgen erhielten für die Patienten, die ausschließlich im Rahmen des Kollektivvertrages versorgt werden, einen niedrigeren RLV-Fallwert. Damit ist es nun (vorerst) vorbei.

Die einheitlichen Fallwerte soll es längstens für ein Jahr geben, das heißt bis maximal zum 30. Juni 2013. In dieser Zeit darf der Fallwert in den Selektivverträgen nur maximal 25 Cent unter dem Fallwert liegen, der sich für Ärzte ergeben würde, die ausschließlich am Kollektivvertrag teilnehmen.

RLV: Vorjahres-Fallzahlen

Bei der Berechnung der RLV sind nach wie vor die Fallzahlen aus dem Vorjahresquartal ausschlaggebend. Der HVM-Ausschuss hatte auch die Kalkulation auf Basis der Fallzahl des laufenden Quartals erwogen, aber schließlich verworfen. Denn wenn die KV Nordrhein die Fallzahl zu gering angesetzt hätte, hätte die Gesamtvergütung nicht ausgereicht und der Fallwert gesenkt werden müssen. Das gleiche Problem wäre bei den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aufgetreten. Deswegen hat die Vertreterversammlung es beim bekannten Verfahren belassen.

Laborleistungen

Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erstellten neuen Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen wird die KV Nordrhein zum vierten Quartal 2012 umsetzen. Über die geplanten Neuerungen berichten wir ausführlich in der August-Ausgabe von KVNO aktuell.

Den Honorarverteilungsmaßstab im Wortlaut finden Sie unter www.kvno.de

Kommentar

Dass die Verantwortung für die Verteilung der Honorare wieder in der Verantwortung der Ärzte und Psychotherapeuten vor Ort liegt, ist gut. Schließlich sind sie es, die mit ihren Leistungen diese Honorare erwirtschaften. Zudem können sie besser über regionale und lokale Probleme und Entwicklungen entscheiden, als dies vom fernen Berlin aus möglich gewesen ist.

Ein zentrales Problem aber bleibt bestehen: Die eklatanten Vergütungsunterschiede zwischen den KV-Regionen, wobei Westfalen-Lippe und Nordrhein immer noch am Ende stehen. Dieser Umstand hemmt gewaltig. Wer bei jedem Schritt das Risiko eingeht, dass Praxen in den finanziellen Ruin stürzen, bewegt sich sehr vorsichtig. Gewagte Schritte sind nicht angezeigt.

Für die Ärzte in Nordrhein wäre die Konvergenz, also die Anhebung der Gesamtvergütung, wichtiger gewesen als die Regionalisierung. Denn dann bestünde auch wieder echter Spielraum bei der Honorarverteilung.

Frank Naundorf

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein fasste am 15. Mai 2012 folgende Beschlüsse:

Zuschläge für BAG

Der HVV/HVM in der geltenden Fassung (Rheinisches Ärzteblatt 1/2012, Seite 64 ff) wird in § 5 Abs. 3a) wie folgt gefasst:

3. Arztpraxisbezogene Zuweisung und Verrechnung der RLV und QZV

a. Zuweisung RLV inklusive Zuschläge für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV)

Die Zuweisung der Regelleistungsvolumen (RLV) erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV einer Arztpraxis aus der Addition der RLV je Arzt, der in der Arztpraxis tätig ist, und sofern sich aus den übrigen Bestimmungen nichts Abweichendes ergibt.

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in BAG – Teil-BAG ausgenommen – und Praxen mit angestellten Ärzten gilt folgendes mit der Maßgabe, dass, soweit auf den Kooperationsgrad bzw. die Anpassungsfaktoren abgestellt wird, sich diese auf der Grundlage von Teil D der Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 15. Dezember 2011 im Benehmen mit dem GKV-Spitzenverband ermitteln, sofern nachstehend nichts Abweichendes bestimmt ist:

- Bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe wird das praxisbezogene RLV um zehn Prozent erhöht.
- Bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe wird das praxisbezogene RLV um zehn Prozent erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens zehn Prozent erreicht wird. Sofern dieser nicht erreicht wird, erfolgt im Anschluss eine standortbezogene Betrachtung der Praxis, wobei je Standort die zu dem ersten Spiegelstrich getroffene Regelung für den Standort Anwendung findet.
- In fach- und schwerpunktübergreifenden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, wird das RLV der Praxis unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung ggf. um Anpassungsfaktoren erhöht, wobei bei einem Kooperationsgrad von zehn Prozent oder mehr der Anpassungsfaktor in Höhe von zehn Prozent sowie ggf. der Hälfte des über zehn Prozent hinausgehenden Faktors gewährt wird.
- In standortübergreifenden fach- und schwerpunktübergreifenden BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, wird das RLV der Praxis unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung ggf. um Anpassungsfaktoren erhöht, wobei bei einem Kooperationsgrad

von zehn Prozent oder mehr der Anpassungsfaktor in Höhe von zehn Prozent sowie ggf. der Hälfte des über zehn Prozent hinausgehenden Faktors gewährt wird. Sofern ein Kooperationsgrad nicht erreicht wird, erfolgt im Anschluss eine standortbezogene Betrachtung der Praxis. Dabei wird für fach- und schwerpunktübergreifende Standorte unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades des Standortes ggf. eine Erhöhung um den entsprechenden Anpassungsfaktor nach Maßgabe von Satz 1, letzter Halbsatz gewährt. Für fach- und schwerpunktgleiche Standorte findet die zu dem ersten Spiegelstrich getroffene Regelung für den Standort Anwendung.

Bei den Zuschlägen werden Jobsharing-Ärzte im Sinne des § 101 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V in keinem Fall berücksichtigt. Bei Änderung der Praxiskonstellation seit dem Vorjahresquartal wird der Zuschlag auf Basis des aktuellen Abrechnungsquartals vorgenommen.

Die Zuweisung der QZV erfolgt ebenfalls praxisbezogen, wenn und soweit einer oder mehrere der Ärzte, die in der Arztpraxis tätig sind, die Voraussetzungen gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.3 für das jeweilige QZV erfüllen. Auch hierbei ergibt sich die Höhe eines QZV aus der Addition der QZV je Arzt einer Praxis. Ärzte erhalten ein QZV, sofern sie bereits eine der entsprechenden Leistungen im Vorjahresquartal abgerechnet haben. Ist eine Leistung im Vorjahresquartal nicht erbracht worden bzw. wurde von einer Genehmigung kein Gebrauch gemacht, erfolgt grundsätzlich keine Zuweisung eines entsprechenden QZV. Wird die Genehmigung nach Ablauf des Vorjahresquartals und vor Beginn des aktuellen Abrechnungsquartals erteilt, kann das entsprechende QZV zuerkannt werden bis ein jeweiliges Vorjahresquartal für die Zuweisung zugrunde gelegt werden kann. Sofern besondere Hinderungsgründe der Erbringung mindestens einer Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV im Vorjahresquartal – ausschließlich in diesem einen Quartal – nachweisbar entgegenstanden haben, können diese ggf. berücksichtigt werden. Die Anwendung der oben genannten Zuschläge erfolgt nicht auf die QZV.

Die Zuweisung an den Arzt oder die Arztpraxis erfolgt durch Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vor Beginn der Geltungsdauer der RLV/QZV, um dem Arzt eine Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe seines zu erwartenden Honorars zu ermöglichen (§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V).

Antrag: HVM-Ausschuss

HVM-Änderungen ab 1. Oktober 2012

Der HVM-Ausschuss wird beauftragt, die Änderung des HVM so vorzubereiten, dass mit Wirkung ab dem 4. Quartal 2012

- der bisherige „Verlustausgleich“ im Rahmen der Konvergenz am 30. Juni 2013 ausläuft und die bisherige Grenze von zehn Prozent auf 12,5 Prozent, für das 1. Quartal 2013 auf 15 Prozent und für das 2. Quartal 2013 auf 17,5 Prozent erhöht wird.

- bei den BAG-Zuschlägen nur noch eine Förderung von zehn Prozent vorgenommen wird. Der Kooperationsgrad hat keine Bedeutung mehr; es erfolgt nur noch eine Standortbetrachtung, die dann einen Zuschlag von generell zehn Prozent bei Vorliegen einer BAG auslöst.

Antrag: HVM-Ausschuss

Vergütungsbereiche und Selektivverträge

Der HVV/HVM in der geltenden Fassung (Rheinisches Ärzteblatt 1/2012, Seite 64 ff) wird in Anlage B3 Schritt 3 Abs. 2 für die Zeit vom 1. Juli 2012 bis längstens 30. Juni 2013 wie folgt gefasst:

2. Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Für diese arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumina gilt im Weiteren Folgendes.

a. Bildung von Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen

Die Vertragspartner vereinbaren nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Ziffer 3.1.4 für einzelne Vergütungsvolumen,

- dass bei den Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, für Allgemeinmedizin, den Praktischen Ärzten und den Fachärzten für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, die allergologischen Leistungen nach den GOP 30110, 30111 und 30120 bis 30123 EBM,
- dass bei den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie die praxisklinische Betreuung und Beobachtung nach den GOP 01510 bis 01512 EBM

als besonders förderungswürdige Leistungen jeweils in einem eigenständigen Anteil innerhalb des arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumens geführt werden. Diese Anteile werden für die allergologischen Leistungen und für die praxisklinische Betreuung und Beobachtung gebildet auf Basis des jeweiligen Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals im Jahr 2011, bewertet mit dem sich rechnerisch ergebenden Durchschnittspunktwert im jeweiligen Versorgungsbereich.

Für das Vergütungsvolumen der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin stellen die Vertragspartner fest, dass der Beschluss vom 26. März 2010 zu überproportional nachteiligen Auswirkungen führt. Diese entstehen u. a. dadurch, dass ein überwiegender Teil der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin in der Regel einen überwiegenden Teil der Leistungen in den Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) abrechnet. Da die Aufschläge für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten grundsätzlich auf das RLV und nicht auf die QZV berechnet werden, wird vereinbart, diese arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen im Rahmen der Konvergenzphase nach Beschluss Teil F, Abschnitt II., Ziffer 1 zu erhöhen. Das Erhöhungsvolumen bemisst sich nach den Zahlungen, die im entsprechenden Quartal des Bezugszeitraumes III/2009 bis II/2010 als Aufschläge bei Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Arztpraxen mit angestellten Ärzten gewährt worden sind, abzüglich des Volumens, welches im jeweiligen Abrechnungsquartal für die entsprechenden Aufschläge zu zahlen ist.

Das Vergütungsvolumen der Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin ermittelt sich zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches auf Basis des Leistungsbedarfs des Vorjahresquartals bewertet mit dem Punktwert von 3,5048 Cent und abgesenkt um zehn Prozent.

Da die Auswirkungen dieses HVV nicht in allen Einzelheiten vorhersehbar sind, behalten sich die Vertragspartner vor, im Falle weiterer erheblich nachteiliger Auswirkungen Korrekturmaßnahmen zu beschließen, um überproportionale, die Kalkulationssicherheit gefährdende Honorarauswirkungen im Einzelfall, auf der Ebene der Arztgruppe oder in einzelnen Leistungsbereichen zu verhindern oder abzuschwächen.

b. Vergütungsbereiche für Regelleistungsvolumen (RLV) und QZV

Das verbleibende arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen wird sodann gemäß Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 6 jeweils auf die Vergütungsbereiche für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV sowie für die



Wer in einer BAG zusammenarbeitet, erhält künftig eine Förderung von zehn Prozent.

Vergütung innerhalb der QZV aufgeteilt, wobei der Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals zu Grunde gelegt wird.

Für den Fall, dass infolge von Selektivverträgen eine Anpassung der RLV- und QZV-Berechnung erfolgen muss, wird vor Aufteilung auf die Vergütungsbereiche für RLV sowie QZV arztgruppenspezifisch zunächst die Summe in Abzug gebracht, die sich nach den jeweiligen MGVBereinigungsverträgen als Bereinigungsbetrag für RLV- und/oder QZV-Leistungen ergibt; insoweit wird auf den Anhang 1 zu dieser Anlage verwiesen.

Den RLV-Verteilungsvolumen der Fachärzte für Frauenheilkunde wird im Rahmen der Konvergenzphase zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereichs die Differenz zugezogen, die sich aus der Betrachtung der Anteile an den RLV-Vergütungsvolumen für Leistungen nach den Abschnitten 1.7.5 bis 1.7.7 EBM und dem Volumen ergibt, welches sich ermittelt, wenn die vorgenannten Leistungen auf Basis des Vorjahresquartals mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und um zehn Prozent abgesenkt werden.

Zu Lasten des RLV-Vergütungsvolumens aller Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wird das Vergütungsvolumen für den 40-prozentigen Aufschlag auf die Versichertenpauschalen nach 4.1 Nr. 4 EBM auf Basis des Vorjahresquartals, soweit dieser durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie bzw. Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie abgerechnet worden ist, in das QZV-Vergütungsvolumen neuropädiatrische Leistungen bzw. pädiatrisch-pneumologische Leistungen einbezogen.

Bei der Bildung von QZV für Leistungen der Teilradiologie wird der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und bei der Ermittlung der jeweiligen QZV-Fallwerte berücksichtigt. Bei der Bildung von QZV für Leistungen der Akupunktur nach Abschnitt 30.7.3 EBM wird der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals zu Lasten des fachärztlichen Versorgungsbereiches mit dem Punktwert von 3,5048 Cent bewertet und um zehn Prozent abgesenkt, wobei das sich nach dieser Berechnungsweise zu Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 6 je Arztgruppe für die leistungsfallbezogenen QZV ergebende Differenzvolumen dem RLV-Verteilungsvolumen der jeweiligen Arztgruppe zugeführt wird.

Im HVV/HVM der geltenden Fassung (Rheinisches Ärzteblatt 1/2012, Seite 64 ff) wird der Anhang 1 zur Anlage B3 für die Zeit vom 1. Juli 2012 bis längstens 30. Juni 2013 wie folgt gefasst:

Bildung der RLV und QZV für eine Arztgruppe, sofern einige Ärzte an einem oder mehreren Selektivverträgen teilnehmen
Nach Abzug des Bereinigungsbetrages für RLV- und/oder QZV-Leistungen ergeben sich bereinigte arztgruppenspezifische Verteilungsvolumina, welche unter Zugrundelegung des sich nach Beschluss Teil F, Abschnitt I., Anlage 6 ergebenden Faktors in die Vergütungsvolumen für RLV- sowie QZV-Leistungen aufgeteilt werden.

Bei der weiteren Berechnung findet das bereinigte QZV-Verteilungsvolumen allerdings keine Berücksichtigung mehr; die arzt- und praxisbezogenen QZV-Fallwerte werden ausschließlich nach Anlage B3 berechnet. Im Ergebnis verbleibt jeweils ein bereinigtes arztgruppenspezifisches RLV-Vergütungsvolumen.

Dieses Vergütungsvolumen wird durch die RLV-relevanten Fälle aller Ärzte abzüglich der Selektiv-Fälle der Ärzte dividiert, die im aktuellen Abrechnungsquartal an einem oder mehreren Selektivverträgen teilnehmen (sog. Selektiv-Ärzte), wobei sich die Selektiv-Fälle je Selektiv-Arzt bzw. Praxis mit Selektiv-Ärzten aus der Anzahl der im aktuellen Abrechnungsquartal in einen Selektivvertrag eingeschriebenen Versicherten, die im Vorjahresquartal dort in Behandlung waren, multipliziert mit der Anzahl der Behandlungsfälle der Praxis und dividiert durch die Arztfälle der Praxis ergeben. Der sich aus der oben genannten Division ergebende Fallwert ist der bereinigte Fallwert.

Soweit dieser bereinigte Fallwert, der grundsätzlich für alle Ärzte herangezogen wird, den sich nach Anlage B3 Schritt 5 Abs. 1 ergebenden Fallwert (unbereinigter Fallwert) um einen Schwellenwert von 0,25 Euro unterschreitet, wird für die Ärzte, die nicht an einem Selektivvertrag teilnehmen (so genannte Kollektiv-Ärzte), der unbereinigte Fallwert abzüglich des Schwellenwertes zu Grunde gelegt.

In diesem Fall errechnet sich für die Selektiv-Ärzte ein Selektiv-Fallwert unter Berücksichtigung der von den Kollektiv-Ärzten nicht mehr zu tragenden Bereinigungssumme und wird als RLV-Fallwert für die Selektiv-Ärzte zu Grunde gelegt.

Die Höhe des RLV eines Kollektiv-Arztes ergibt sich gemäß Anlage B3 Schritt 6 Abs. 1 mit der Maßgabe, dass der bereinigte Fallwert bzw. unbereinigte Fallwert abzüglich des Schwellenwertes zu Grunde gelegt wird. Die Höhe des QZV eines Kollektivarztes ergibt sich gemäß Anlage B3 Schritt 6 Abs. 2.

Die Höhe des RLV eines Selektiv-Arztes ergibt sich, indem der bereinigte Fallwert bzw. der Selektiv-Fallwert unter Anwendung der Abstufungsregelungen mit der RLV-Fallzahl des Selektiv-Arztes im entsprechenden Vorjahresquartal multipliziert wird und von diesem Ergebnis die Summe aus dem bereinigten Fallwert bzw. Selektiv-Fallwert multipliziert mit den Selektiv-Fällen des Selektiv-Arztes in Abzug gebracht wird. Die Höhe des QZV eines Selektiv-Arztes ergibt sich aus der Multiplikation des jeweiligen QZV-Fallwertes und der bereinigten RLV-Fallzahl (RLV-Fallzahl abzüglich Selektiv-Fälle) des Selektiv-Arztes. Sofern auf den Leistungsfall abgestellt wird, ergibt sich das QZV durch Multiplikation des QZV-Fallwertes mit der bereinigten Leistungsfallzahl des Selektiv-Arztes. Diese bereinigte Leistungsfallzahl berechnet sich aus der unbereinigten Leistungsfallzahl multipliziert mit dem Ergebnis aus der Division der bereinigten RLV-Fallzahl des Selektiv-Arztes durch dessen unbereinigte RLV-Fallzahl.

Sofern sich hieraus infolge von Selektivverträgen die Notwendigkeit ergibt, die Anwendung der Regelungen in § 5 Abs. 3a) Sätze 3 bis 11 sowie in § 6 Abs. 4 anzupassen, erfolgt dies entsprechend.

Antrag: HVM-Ausschuss

RLV der „Selektiv-Ärzte“ korrigieren

Der Vorstand der KV Nordrhein wird beauftragt – wenn die Regelung zu Selektivverträgen prospektiv ab 1. Juli 2012 beschlossen wurde (Antrag des HVM-Ausschusses) – die zurückliegenden Quartale seit 4/2011 derselben Regelung zu

unterwerfen und die Regelleistungsvolumen der Selektiv-Ärzte auf dieser Basis rückwirkend zu korrigieren.

Antrag: Dr. Dirk Mecking

Finanzierung der psychotherapeutischen Versorgung

1. Die VV der KV Nordrhein fordert für die Finanzierung der sich ausweitenden notwendigen psychotherapeutischen Versorgung eine gesetzliche Grundlage, um die stetig steigende Belastung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten zu beseitigen.

sowie probatorische Sitzungen und andere für die Einleitung und Fortführung einer Psychotherapie notwendige Leistungen spätestens mit Wirkung ab dem Jahr 2013 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt werden.

2. Der Vorstand der KV Nordrhein wird aufgefordert auf einen Gesetzgebungsvorschlag hinzuwirken, nach dem alle antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen

Antrag: Dr. Gabriele Friedrich-Meyer, Friedrich Neitscher, Barbara Lubisch, Dr. Paul Dohmen, Bernhard Moors, Dr. Olrik Cardinal von Widdern, Dr. Heribert Joisten, Dr. Frank Bergmann

Kein Online-Versichertenstammdatenmanagement

Kündigung der Vereinbarung zur „Elektronischen Gesundheitskarte“ (Anlage 4 a BMV-Ä und EKV) im Bundesmantelvertrag Ärzte 2008

Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird aufgefordert, bei der künftigen Neuformulierung des Bundesmantelvertrages Ärzte die darin enthaltenen Regelungen zum Online-Versichertenstammdatenmanagement der elektronischen Gesundheitskarte zu streichen und eine solche Änderung unverzüglich mit den Krankenkassen zu verhandeln. Die Bestimmungen, dass das Online-Versichertenstammdatenmanagement Voraussetzung zur Abrechenbarkeit von Leistungen sein sollen, sind ebenfalls zu streichen.

Antrag: Wieland Dietrich, Dr. Ralph Krolewski, Dr. Peter Loula, Dr. Hans-Josef Wilhelmi, Dr. Heidemarie Pankow-Culot, Dr. Gerd Höveler



2,3-facher GOÄ-Satz für Leistungen in Sonderverträgen

Der Vorstand der KV Nordrhein wird aufgefordert, zukünftig für Leistungen in Sonderverträgen, die Leistungen außerhalb der GKV-Regelversorgung beinhalten, ein Honorar orientiert an der entsprechenden GOÄ-Nummer mit Regelsteigerungssatz

von 2,3 anzustreben.

Antrag: Wieland Dietrich, Dr. Peter Loula, Dr. Hans-Josef Wilhelmi, Dr. Heidemarie Pankow-Culot, Dr. Gerd Höveler

KBV-Vorstand: Feldmann folgt Müller

Eine wichtige Personalentscheidung fiel auf der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Nürnberg. Im Vorfeld des 115. Deutschen Ärztetags vom 22. bis 25. Mai wurde Regine Feldmann neuer stellvertretender Vorstand für den hausärztlichen Bereich in der KBV-Spitze und damit Nachfolgerin von Carl-Heinz Müller, der aus privaten Gründen sein Amt aufgegeben hatte.

Feldmanns Ankündigungen zur künftigen Amtsgestaltung passten zur Angriffslust von KBV-Chef Andreas Köhler, der auf der Vertreterversammlung die Krankenkassen scharf attackierte. Auch auf dem Ärztetag, der sich mit der Zukunft der Krankenversicherung beschäftigte, zeigte sich die Ärzteschaft angriffslustig.

Die Fachärztin für Allgemeinmedizin aus Meiningen setzte sich auf der KBV-Vertreterversammlung mit 31 von 60 Stimmen gegen Stephan Hofmeister durch – allerdings erst in der Stichwahl. Nach der Neubesetzung des Vorstands stimmte KBV-Chef Andreas Köhler die Delegierten auf den Deutschen Ärztetag ein. Köhler skizzierte den Gegensatz zwischen dem ungebrochenen Vertrauen in Ärzte und ihre Kompetenz auf Patientenseite und den Negativschlagzeilen über Ärzte. „Die veröffentlichte und die öffentliche Meinung gehen weit auseinander.“ Ärzte seien die Koordinatoren und Kümmerer im Gesundheitswesen, der „Dreh- und Angelpunkt in der Gesundheitsversorgung“.

Ärzte bewerten Kassen

Mit Blick auf die Attacken der Krankenkassen – pünktlich zur Vertreterversammlung und Eröffnung des Ärztetags ging der GKV-Spitzenverband mit einer Studie zu angeblichen „Fangprämien“ an die Öffentlichkeit – stellte Köhler den neuen Krankenkassen-Navigator vor. Er ermöglicht Ärzten, den Kassen in

Bereichen wie Bürokratie oder Therapiefreiheit Schulnoten zu geben. „Wir setzen ein Gegengewicht zu den Arztbewertungsportalen der Kassen“, so der KBV-Chef.

Köhler präsentierte zudem Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter 11.000 Ärzten. Danach ist die Arbeitsbelastung hoch: Im Schnitt arbeiten Haus- und Fachärzte über 55 Stunden in der Woche. Dabei behandeln Fachärzte mehr als 40 Patienten am Tag, Hausärzte sogar mehr als 50.

Die sich verschlechternden Arbeitsbedingungen für Ärzte waren auch Thema der Eröffnungsrede, die Bundesärztekammer-Präsident Frank-Ulrich Montgomery im Nürnberger Opernhaus hielt. Es war der von den rund 1.000 Zuhörern erwartete selbstbewusste Auftakt eines Ärztetages, der vor allem über die Zukunft von gesetzlicher und privater Krankenversicherung debattierte – und debattieren ließ. Schon zu Beginn der ersten Arbeitssitzung in der Kongresshalle tauschten Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, und Karl Lauterbach, sein Pendant auf SPD-Seite, ihre Positionen aus.

PKV erhalten

Montgomery plädierte für den Erhalt der PKV: „Ohne private Krankenversicherung gäbe es eine innovations- und wettbewerbsfreie Zo-



Regine Feldmann, bis dato Vorsitzende der KV Thüringen, wechselt in den KBV-Vorstand.

ne für die GKV, in der sie ihre Marktmacht gegenüber Ärzten und Patienten völlig unge-
nert ausspielen könnte.“ Noch gebe es keine
„Zwei-Klassen-Medizin“ in Deutschland – ei-
ne Bürgerversicherung aber wäre der direkte
Weg dorthin.

Montgomery sieht die Zwischenbilanz der
schwarz-gelben Bundesregierung „gar nicht
so schlecht“. Das GKV-Finanzierungsgesetz
habe Finanzsicherheit für eine ganze Legisla-
turperiode geschaffen, mit dem Arzneimittel-
marktneuordnungsgesetz werde erstmals die
Pharmaindustrie an den Kosten der Gesund-
heitsversorgung beteiligt, das Versorgungs-
strukturgesetz sei ein klassisches „Reparatur-
gesetz“. Die Zusammenarbeit mit dem Bun-
desgesundheitsministerium und Daniel Bahr
schließlich sei „von einer ganz anderen Qua-
lität und Ernsthaftigkeit, als wir das in den
neun Jahren der Vorgängerin des Minis-
ters erleben mussten.“

Die KV Nordrhein widersprach den Kassen- Behauptungen auch via Pressemitteilung

KV Nordrhein weist „Fangprämien-
Vorwurf“ zurück

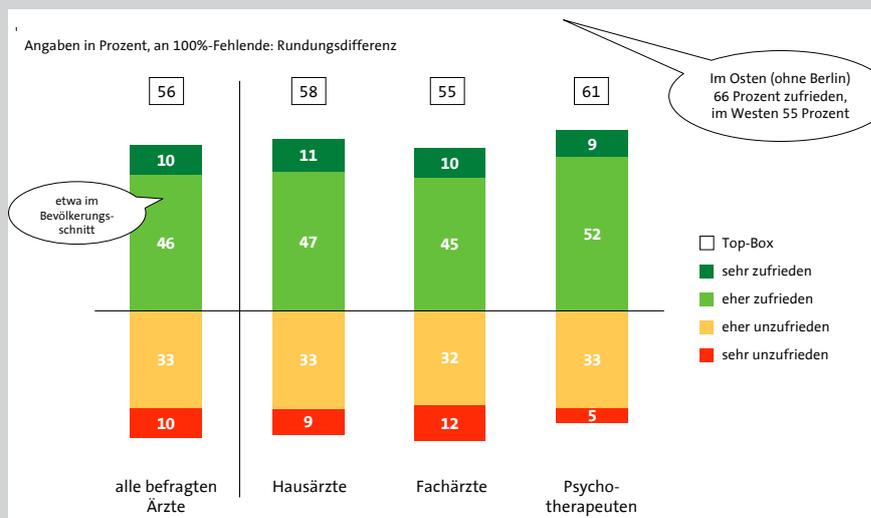
Düsseldorf – Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nord-
rhein weist die vom GKV-Spitzenverband erhobenen Vor-
würfe zurück. „Es ist eine inakzeptable Diffamierung, dass
niedergelassene Ärztinnen und Ärzte Prämien dafür erhal-
ten, dass sie Patienten an bestimmte Kliniken überweisen“,
sagt Dr. med. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der
KV Nordrhein.

Tatsache ist, dass niedergelassene Ärzte und Kliniken in
vielen Fällen intensiv zusammenarbeiten. Dies ist ausdrück-
lich gewünscht und findet auf dem Boden des Gesetzes
statt. „Vor allem wegen der immer kürzeren Liegezeiten
müssen wir in den Praxen zunehmend vor- und nachstatio-
näre Leistungen übernehmen“, erklärt Potthoff. Dass diese
Leistungen zum Teil auch von den Kliniken vergütet werden,
ist rechtlich völlig korrekt. Zudem trägt die Übernahme von
Leistungen durch niedergelassene Ärzte dazu bei, die Aus-
gaben der Krankenkassen zu begrenzen, da die ambulante
Versorgung deutlich günstiger ist als ein stationärer Aufent-
halt.

Potthoff fordert die Krankenkassen auf, Ross und Reiter zu
nennen. „Wenn es konkrete Hinweise auf solche ‚Fangprä-
mien‘ gibt, dann gehen wir diesen nach und würden dies
ahnden, wenn sich der Verdacht bestätigt“, betont der KV-
Vorsitzende. Denn eine Zuweisung gegen Entgelt ist ein
Verstoß gegen das Berufsrecht.

Befragung: Ärzte arbeiten viel, sind aber zufrieden

Der NAV-Virchow-Bund und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben die Ergebnisse einer repräsentati-
ven Ärztebefragung vorgestellt. Rund 11.000 niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten wur-
den von infas für den „Ärztemonitor“ telefonisch befragt. Ergebnis: „Trotz hoher Arbeitsbelastung herrscht insge-
samt eine hohe Arbeitszufriedenheit“, resümiert Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV. Der Aussage
„Meine Arbeit macht mir Spaß“ stimmen 53 Prozent der Befragten „voll und ganz“ und 40 Prozent „eher“ zu. Im



Schnitt arbeiten Haus- und
Fachärzte über 55 Stunden
in der Woche. Dabei be-
handeln Fachärzte mehr
als 40 Patienten am Tag,
Hausärzte sogar mehr als
50. Zwei von drei Ärzten
gaben an, nicht genug Zeit
für ihre Patienten zu
haben – Hausärzte ver-
wenden 60, Fachärzte
62 Prozent ihrer Arbeits-
zeit für Sprechstunden. Die
Verwaltungsarbeit macht
den zweitgrößten Anteil an
der Gesamtarbeitszeit aus.

Ärger mit dem Formular-Wildwuchs

Anfragen der Krankenkassen – in vielen Fällen sind sie für Ärzte ein rotes Tuch. Denn häufig benutzen die Sachbearbeiter auf Kassenseite dafür Formulare, die nicht zulässig sind. Die KV Nordrhein setzt dagegen.

Die auf eigene Faust erstellten Formulare sind kein Randphänomen. „Auch große Kassen wie die AOK Rheinland/Hamburg oder die Barmer GEK schicken uns selbst gebastelte Bögen zu“, berichtet etwa Dr. med. Markus Deckers, Orthopäde aus Troisdorf. Das kostet nicht nur unnötig Zeit, es entspricht auch nicht immer den Bestimmungen.

Die Bundesmantelverträge sehen zwar die allgemeine Verpflichtung der Vertragsärzte vor, Anfragen der Krankenkassen zu beantworten. Allerdings nur auf den vereinbarten Vordrucken. Verwendet die Kasse einen nicht vereinbarten Vordruck, muss sie die rechtlichen Bestimmungen für Zulässigkeit der Datenübermittlung (Datenschutz) benennen. Die Vordruckvereinbarung wiederum legt fest, dass Kassen individuelle Formulare einsetzen können, wenn kein vereinbarter Vordruck zur Verfügung steht. In diesem Fall muss die Kasse das Honorar angeben, das der Arzt fürs Ausfüllen erhält.

KVNO kämpft für Sie

Melden Sie Ihren Fall der Redaktion

Aber wie sollen Praxen nun mit individuellen, im Grunde nicht zulässigen Formularen umgehen? „Sollten die genannten Voraussetzungen nicht vorliegen, sehen wir keine Notwendigkeit, auf die Anfragen zu reagieren“, sagt Steffen Franck von der Stabsstelle Recht der KV-Bezirksstelle Düsseldorf. „Sofern sich Krankenkassen deswegen an uns wenden, werden wir – wie auch in den Vertragsverhandlungen – gegenüber den Landesverbänden darauf hinweisen, dass Anfragen von Krankenkassen korrekt zu stellen sind. Überdies können unsere Mitglieder Krankenkassen für den Fall, dass diese trotz offensichtlich nicht korrekt gestellter Anfragen auf einer Beantwortung bestehen, ger-

ne an die juristischen Stellen der KV Nordrhein verweisen“, so Franck.

Solchermaßen abgesichert können Ärzte gegenüber den Krankenkassen Stärke zeigen – wie Markus Deckers. „Ich frage in Zweifelsfällen nach der Formular-Nummer“, sagt der Orthopäde. In der Regel führe dies dazu, dass die Kasse dann ein zulässiges Formular benutzt.

Die KV Nordrhein arbeitet daran, den Formular-Wirrwarr durch ein einheitliches Muster einzudämmen. Alternativ könnten Verträge – besonders Selektivverträge – in Zukunft auch Vereinbarungen zu zulässigen Formularen enthalten. „Wir können damit für alle Beteiligten die zu verwendenden Formulare konkret festlegen und den Formular-Wildwuchs eindämmen“, sagt Oliver Platz, Geschäftsführer der Gesundheitsmanagementgesellschaft GMG. Die GMG prüft derzeit im Auftrag der KV Nordrhein, wie sich die Formular-Disziplin der Krankenkassen verbessern lässt.

Fremdbefunde weitergeben?

Ein weiteres Ärgernis ist das Anfordern von Fremdbefunden – meist im Zusammenhang mit fortgeschrittenen Arbeitsunfähigkeiten.

„Die Kasse fordert dann für einen Arzt beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen die mir von Kollegen übermittelten Befunde an“, weiß Markus Deckers. Dies ist nicht nur in seinen Augen datenschutzrechtlich bedenklich. „Für die Herausgabe von Fremdbefunden, insbesondere Krankenhausentlassungsberichten, gibt es keine ausdrückliche Rechtsgrundlage“, sagt Eva Schwindt aus der Rechtsabteilung der KV Nordrhein. Nach Auffassung des Landesbeauftragten für Datenschutz NRW fehlt es an einer Ermächtigungsgrundlage, so dass der Vertragsarzt gegen datenschutzrechtliche Vorgaben verstößt, wenn er Fremdbefunde an den MDK (oder andere) herausgibt.



Neues auf den Punkt gebracht

Besser informiert mit den Newslettern der KV Nordrhein

- KVNO-Ticker**
 Der gesundheitspolitische Nachrichtendienst der KV Nordrhein – inklusive aktueller Honorar-Informationen.
- Praxis & Patient**
 Neues zu aktuellen Entwicklungen in der ambulanten Versorgung in Nordrhein für Patienten – und die Praxishomepage.
- VIN – Verordnungsinfo Nordrhein**
 Der Newsletter liefert aktuelle Regelungen und praktische Tipps zum Verordnen von Arznei- und Heilmitteln.
- IT in der Praxis**
 Für Mitglieder der KV Nordrhein und Softwarehäuser, die Informationen über den Praxiscomputereinsatz wünschen.
- Internet**
 Der Newsletter zeigt, welche Dokumente und Rubriken aktuell das Internet-Angebot der KV Nordrhein ergänzen.
- D2D**
 Infos für Nutzer der Telematik-Plattform D2D und Interessierte. D2D ermöglicht viele Kommunikations-Anwendungen.



Online-Abrechnung: eToken ab Juli verfügbar



Der eToken bietet einen einfachen, kostengünstigen und unbürokratischen Weg zur Online-Abrechnung. Das funktioniert so: Sie melden sich im KVNO-Portal an und gehen auf den Dienst Online-Abrechnung. Der eToken zeigt Ihnen auf Knopfdruck einen einmalig gültigen Nummerncode an, den Sie in die Eingabemaske eintragen: Schon können Sie Ihre Quartalsabrechnung in den Portalbereich übertragen.

Die Installation von Software ist nicht nötig, die Anschaffung teurer Hardware oder das Eingehen von Serviceverträgen auch nicht. Sie benötigen lediglich den eToken, für den einmalig zehn Euro anfallen und einen Computer mit Internetzugang. Dieser ist gemäß der Richtlinien von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) zu sichern.

Den eToken können Sie ab 2. Juli über das KVNO-Portal anfordern. Anwenden können

Sie ihn allerdings erst ab Ende September – zur Übermittlung der Abrechnung des dritten Quartals 2012.

Infos zum eToken

Wenn Sie Fragen zur Online-Abrechnung im Allgemeinen oder zum eToken im Besonderen haben, wenden Sie sich an:

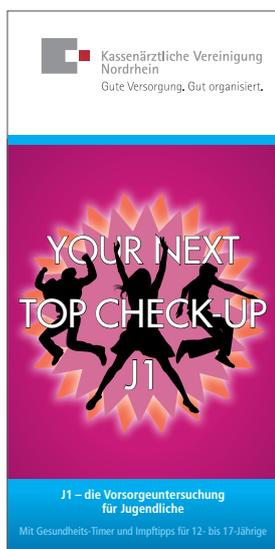
Competence Center IT in der Arztpraxis
Telefon 0211 5970 8005
Telefax 0211 5970 8004
E-Mail it-arztpraxis.kvno@kvno.de

Als Kontakt steht Ihnen außerdem zur Verfügung:

Communication Center
Telefon 0211 5970 8500
Telefax 0211 5970 9500
E-Mail portal@kvno.de

Im Internet finden Sie ausführliche Infos unter onlineabrechnung.kvno.de und unter www.kvnoportal.de

Kampagne für J1-Untersuchung geht weiter



Die Kassenärztlichen Vereinigungen werben weiterhin für das Thema Prävention. Bei dem jüngsten Schritt steht die Jugendgesundheitsuntersuchung J1 im Fokus. Mit Flyern, einem Internet-Video und einer Facebook-Seite werden die Jugendlichen angesprochen. Ziel ist, die 12- bis 14-Jährigen auf das Früherkennungsangebot aufmerksam zu machen und für einen ausreichenden Impfschutz zu sensibilisieren.

Die KV Nordrhein hat Anfang Juni J1-Flyer an die Praxen von Kinder- und Jugendärzten, von Hausärzten und Gynäkologen geschickt. In dem Flyer wird erklärt, was bei der Untersuchung passiert und gegen welche Krankheiten sich

Teenager impfen lassen sollten. Ein Video, das über die Internet-Seite der KV Nordrhein abrufbar ist, zeigt, wie die J1 bei einem Jungen und einem Mädchen abläuft. Schließlich haben die Jugendlichen auf einer Facebook-Seite die Möglichkeit, Fragen zu stellen.

Der Flyer „Your next Top Check-up J1“ ist zudem als Informationsblatt in fünf Fremdsprachen erhältlich. Ergänzend dazu gibt es Informationen für Ärzte, die diese bei der Ansprache junger Leute unterstützen sollen, unter anderem ein Video speziell für Mediziner.

Sie finden die Videos und Infomaterialien zum Herunterladen unter www.kvno.de

Wahlleistungen – wichtig für Praxen und Patienten

Von Dr. Manfred Weisweiler

Das Angebot an Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) wächst. Aber auch die Kritik nimmt zu, vor allem seitens der gesetzlichen Krankenkassen, die inzwischen in einem „IGeL-Monitor“ Leistungen bewerten, während die SPD über ein „IGeL-Eindämmungsgesetz“ nachdenkt. Seinen Standpunkt legt Dr. Manfred Weisweiler, Vorsitzender des beratenden Fachausschusses Fachärzte der KV Nordrhein und Landesvorsitzender des Berufsverbandes der niedergelassenen Chirurgen, dar. Er plädiert für einen offenen Umgang mit den „Wahlleistungen“.

Eine vernünftige Diskussion ist ohne den Blick auf die ökonomischen Rahmenbedingungen nicht möglich. Schauen wir deswegen zunächst auf die Nachfrage nach ärztlichen Dienstleistungen. Die wächst ständig: durch Altersstruktur, ein zunehmendes Behandlungsangebot und bessere Information der Bevölkerung. Mit dieser Nachfrage hält die Gesetzliche Krankenversicherung nicht Schritt. In Nordrhein-Westfalen befinden sich die Regelleistungsvolumina (RLV) seit Langem im Sinkflug.

Die Schere zwischen Nachfrage und Vergütung öffnet sich immer weiter – nicht aber die zwischen Nachfrage der Bevölkerung und dem Angebot der Ärzte. Unsere Praxen dagegen sind extrem leistungsfähig. Wir können, wollen und müssen – schon aus Gründen des Arzthaftungsrechtes – jedem Patienten den Zugang zur modernen Medizin eröffnen und erhalten.

Die Zusammenhänge sind klar: Der Bereich der Nachfrage nach Leistungen, die nicht Kassenleistung sind, fällt notwendigerweise in den Bereich der Selbstzahlung, da andere Refinanzierungssysteme nicht bestehen.

Für diese Leistungen passt viel besser als der Begriff „IGeL“ der der „Wahlleistung“, lassen Sie uns also besser diesen nutzen.

Aktuell besteht bei den Kassen keine Option, die Deckungslücke zu schließen. Auch wird die Politik weder ernsthaft erwägen, den Patienten (Wähler) von diesem Angebot abzuschneiden noch wird sie die Kraft entfalten, künftig die Refinanzierung der Wahlleistungen für Praxen wirtschaftlich auskömmlich in das GKV-System zu integrieren.

Die modernen und dem Fortschritt in der Medizin entsprechenden Wahlleistungen werden uns in die Zukunft begleiten und ihren Anteil am Umsatz des Unternehmens Arztpraxis erhöhen. Das ist kein Problem, weder aus der Sicht des Patienten, der in einem schlanken System überschaubare Kosten bewältigen muss, noch für den Arzt. Natürlich fragt sich der Bürger, warum er eine Kasse finanziert, diese aber nicht für die ihm wichtigen Wahlleistungen aufkommt. Diese Frage sollten die Kostenträger beantworten. Wir als KV und Kassenärzte stehen allen Reformen offen gegenüber, die die

ambulante Refinanzierung verbessern und die RLV erhöhen. Doch hier ist derzeit kein Silberstreif am Horizont erkennbar. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat richtig reagiert und den Bereich der Wahlleistungsversorgung durch vernünftige Regularien befriedet. Davon zeugt zum Beispiel der Mustertext im Internet-Angebot der KV.

Fazit: Versorgen Sie bitte den Patienten nach bestem Wissen und Gewissen mit allen ärztlichen Leistungen nach dem Stand einer modernen und humanen Medizin. Ärzte können mehr leisten, als die Kasse bezahlt. Und Patienten wollen zu Recht mehr als nur das, was „wirtschaftlich ausreichend, notwendig und zweckmäßig“ ist. Jeder Arzt sollte seinen Patienten verantwortungsvoll ein erweitertes Behandlungsspektrum als Wahlleistung anbieten können und dürfen.



Dr. Manfred Weisweiler

KV-Mitteilung zum Regelleistungsvolumen

Die KV Nordrhein informiert Sie weiterhin vor Beginn des Quartals über die Höhe der Regelleistungsvolumen. Allerdings erfolgt die Mitteilung ab dem dritten Quartal 2012 nicht mehr vier Wochen vor Beginn des Quartals, sondern später. Im dritten Quartal 2012 wird die KV Nordrhein erst zwei Wochen vor Beginn des Quartals informieren, da die Berechnung der Fallwerte unter Einbezug der Selektivverträge vorher nicht abgeschlossen werden kann. Das Versorgungsstrukturgesetz lässt diese Vorgehensweise zu – die Vier-Wochenfrist ist nicht mehr Bestandteil des Gesetzes. Eine Anpassung im Honorarverteilungsmaßstab ist zum 1. Juli 2012 erfolgt.

Hausarztvertrag mit Knappschaft: Medikations-Check gehört jetzt dazu

Seit Januar 2012 ist der Medikations-Check Bestandteil des Hausarztvertrages mit der Knappschaft. Der Medikations-Check richtet sich insbesondere an ältere, multimorbide Patienten. Er soll eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung mit Arzneimitteln unterstützen. So sollen unerwünschte Arzneimittelwirkungen ebenso vermieden werden wie potenziell inadäquate Medikationen und Doppel- und Mehrfachverordnungen. Die Vergütung des Medikations-Checks beträgt 80 Euro; ist ein Konsil erforderlich, beträgt die Vergütung 160 Euro.

Das Merkblatt zum Medikations-Check finden Sie unter www.kvno.de. Sie können das Merkblatt auch bei Ihrem Serviceteam anfordern.
KV | 120716

Hausarztvertrag mit „BIG direkt gesund“ endet erst zum 30. September

Nach Mitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung endet der Hausarztvertrag mit der „BIG direkt gesund“ erst zum 30. September 2012 und nicht wie ursprünglich vorgesehen zum 30. Juni.

Vergütung Modulvertrag AD(H)S verbessert

Das Steuerungs- und Koordinierungsmodul beim Modulvertrag psychotherapeutische Behandlung AD(H)S kann rückwirkend ab 1. Januar 2012 jedes Quartal abgerechnet wer-

den. Eine entsprechende Vereinbarung hat die KV Nordrhein mit der AOK Rheinland/Hamburg, der Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten NRW und der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung vereinbart. Die Vergütung wurde auf 50 Euro erhöht.

Anapen: Hersteller ruft Chargen zurück

Von dem Adrenalin-Autoinjektor Anapen und Anapen junior werden alle noch haltbaren Chargen zurückgerufen. Dies hat der Hersteller der Fertipens in einem „Rote-Hand-Brief“ mitgeteilt. Bitte informieren Sie Ihre Patienten und verordnen ein alternatives Produkt. 2011 wurden 6.300 Anapen-Autoinjektoren in Nordrhein verordnet. Austauschprodukte können auf einem Kassenrezept verordnet werden.

Den „Rote Hand Brief“ finden Sie im Internet unter www.akdae.de | **KV | 120716**

Abdomen-Sonographie für Urologen fachfremd

Nach einem Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf (AZ: S 14 KA 250/07) ist die Abdomen-Sonographie nach der EBM-Nummer 33042 für Urologen fachfremd. Diese Entscheidung ist rechtskräftig. Dies führt dazu, dass Urologen trotz einer eventuell vorliegenden Genehmigung der KV Nordrhein diese Leistung nicht mehr erbringen und abrechnen dürfen. Sofern Urologen diese Leistung noch abrechnen, muss die KV Nordrhein ab dem dritten Quartal 2012 eine sachlich-rechnerische Berichtigung vornehmen.

Onkologie-Vereinbarung ab 1. Juli 2012

Die KV Nordrhein hat sich mit den nordrheinischen Krankenkassenverbänden auf eine neue Onkologie-Vereinbarung zur qualifizierten ambulanten Versorgung krebserkrankter Patienten als Ergänzung zu den Bundesmantelverträgen verständigt, die ab 1. Juli 2012 gilt. Die neue Vereinbarung ersetzt die bisherigen Übergangsregelungen, die seit 1. Oktober 2010 bestanden. Alle an den Übergangsregelungen teilnehmenden Ärzte wurden über die Änderung informiert.

Die Honorierung bleibt unverändert. Teilnehmende Ärzte der bisherigen Übergangsregelungen, die ihre Teilnahme ab 1. Juli fortsetzen möchten, werden gebeten, einen neuen

Teilnahmeantrag zu stellen. Das Formular wurde allen Teilnehmern der Übergangsregelungen zugesandt.

Die neue Onkologie-Vereinbarung finden Sie in den Amtlichen Bekanntmachungen des Rheinischen Ärzteblattes in der Juli-Ausgabe, die am 22. Juni erscheint. Für Rückfragen stehen Ihnen die Serviceteams der KV Nordrhein gerne zur Verfügung.

Arzneimittelverordnung für Vollzugsbeamte der Bundespolizei

Für Vollzugsbeamte der Bundespolizei (früher Bundesgrenzschutz) können Arzneimittel nur im Notfall verordnet werden. Grundsätzlich werden Arznei-, Verband- und Heilmittel vom jeweiligen Polizeiarzt verordnet. Eine Sonderregelung besteht für Vollzugsbeamte der Bundespolizei mit einer Krankenversichertenkarte. Für diese Patienten können Arznei- und Heilmittel unter Beachtung der Arznei- und Heilmittel-Richtlinie verordnet werden. Die Praxisgebühr entfällt, die Zuzahlung müssen die Patienten leisten. Die Übersicht „Sonstige Kostenträger“ wurde um die Sonderregelung ergänzt.

Die Übersicht finden Sie unter www.kvno.de im Internet. | KV | 120717

Pille und Impfungen nicht zu Lasten der freien Heilfürsorge der Polizei NRW

Für Polizisten können Arzneimittel unter Beachtung der Arzneimittel-Richtlinie zu Lasten der freien Heilfürsorge der Polizei NRW verordnet werden. Zusätzlich ist die Verordnung von verschreibungspflichtigen Mitteln bei Erkältungskrankheiten, grippalen Infekten, Mund- und Rachen-therapeutika sowie Abführmitteln und Mitteln gegen Reisekrankheit möglich. Impfungen sowie Leistungen und Mittel zur Empfängnisregelung (Pille), Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch und zur Reproduktionsmedizin können hingegen nicht zu Lasten der freien Heilfürsorge der Polizei NRW erbracht beziehungsweise verordnet werden.

Einstellungs- und Tauglichkeitsuntersuchung für Freiwillige des BUFDI

Bei der Einstellung für den Bundesfreiwilligendienst (BUFDI) kann es aufgrund der Tätigkeiten des Freiwilligen notwendig sein, eine Einstellungs- und Tauglichkeitsuntersuchung durchzuführen. Einstellungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen sind keine vertragsärztlichen Leistungen, können

also nicht über die Krankenversichertenkarte abgerechnet werden. Die Untersuchung dient ausschließlich der Feststellung der Eignung zur Teilnahme am Bundesfreiwilligendienst und liegt damit im Interesse des untersuchten Patienten und der Dienststelle. Die KV Nordrhein empfiehlt in diesen Fällen eine Rechnung auf GOÄ-Basis und die Information an den Patienten, dass er sich wegen einer etwaigen Kostenerstattung an seine Dienststelle wenden kann.

Online-Prüfung für Ultraschallscreening im 2. Trimenon frühestens ab Mitte Juli

Für die erweiterte Ultraschalluntersuchung benötigen Gynäkologen nach den geänderten Mutterschaftsrichtlinien einen Befähigungsnachweis. Notwendig und ausreichend ist eine Online-Prüfung am heimischen Computer. Wie berichtet, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband eine solche Prüfung entwickelt.

Ab Mitte Juli soll die Technik zur Verfügung stehen, dann kann die Online-Prüfung über das Ärzteportal der KV Nordrhein freigeschaltet werden. Wer mitmachen möchte, muss einen Zugang zum KVNO-Portal haben; die Zu-

Patienteninfo: Keine Arzneimittel mit fiktiver Zulassung auf Kassenrezept

Sie finden in dieser Ausgabe von KVNO aktuell als Beilage ein Info-Blatt für Ihre Patienten. Es stellt klar, dass Arzneimittel, die in Deutschland nicht behördlich zugelassen sind, nicht auf Kassenrezept verordnet werden können. Sie können diese Information als Aushang oder zum Auslegen im Wartezimmer nutzen. Wir hatten Sie bereits in KVNO aktuell 3+4/2012 darüber informiert, dass fiktiv zugelassene Arzneimittel nach einem BSG-Urteil von 2005 nicht auf Kassenrezept verordnet werden können. Einzelne Krankenkassen hatten bereits Regressanträge wegen der Verordnung von Pentalong und AHP angedroht. Mit der AOK Rheinland/Hamburg konnten wir vereinbaren, dass zumindest bis Ende Juni keine Regressanträge wegen der Verordnung fiktiv zugelassener Arzneimittel gestellt werden. Eine Übersicht der 40 fiktiv zugelassenen Arzneimittel finden Sie in unserem Newsletter VIN.

KV | 120717

gangsdaten können Sie online anfordern. Da die geänderten Mutterschafts-Richtlinien frühestens zum vierten Quartal 2012 in Kraft treten, ist die Teilnahme an der Online-Prüfung ohne Zeitdruck möglich.

Die Zugangsdaten für die KVNO-Portal-Registrierung können Sie unter www.kvnoportal.de anfordern. Bei Fragen zur Registrierung wenden Sie sich bitte an das Communication Center der KV Nordrhein, Telefon 0211 5970 8500 oder portal@kvno.de | **KV | 120718**

Vertrag Ärzte/Unfallversicherung – Ab 1. Mai 2012 Änderungen der Gebühren

Zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Unfallversicherungsträgern (UV-GOÄ) wurde das Leistungs- und Gebührenverzeichnis zum 1. Mai 2012 angepasst. So wurde klargestellt, dass bei der Leistungslegende 141 UV-GOÄ ein Anspruch auf die Gebühr auch dann besteht, wenn der Arzt die Anzeige an die für den Arbeitsschutz zuständige Stelle übermittelt und der Unfallversicherungsträger sie von dieser Stelle erhält. Darüber hinaus erfolgte eine Neubewertung der Gebührennummer zum Gutachten Lärmschwerhörigkeit. Die Gebührennummer 155 wurde neu gefasst und mit einem Betrag von 230,32 Euro bewertet. In dieser Gebühr sind alle erforderlichen Leistungen (einschließlich TEOAE und DPOAE) und Sachkosten, ausgenommen Röntgenleistungen, abgegolten. Des Weiteren wurden im Abschnitt O der Gebührenordnung Änderungen bei Röntgenleistungen im Rahmen der Pneumokoniose-Diagnostik vorgenommen.

Die aktuelle Gebührenordnung UV-GOÄ mit den Änderungen finden Sie auf der Homepage der KBV unter www.kbv.de | **KV | 120718**

Musik im Wartezimmer: EuGH-Urteil zur Gebührenpflicht

Das Urteil des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) zur GEMA-Gebührenpflicht in Wartezimmern vom 15. März 2012 (AZ C-135/10) wirkt sich nicht unmittelbar auf die Rechtslage in Deutschland aus. Der EuGH hatte im Falle einer italienischen Zahnarztpraxis entschieden, dass Musik im Wartezimmer keine gebührenpflichtige öffentliche Wiedergabe sei. Der Anspruch der GEMA auf Gebühren für die Musikwiedergabe in Wartezimmern deutscher Arztpraxen ist deshalb aber nicht automatisch hinfällig.

Erst wenn ein deutsches Gericht sich mit dieser Frage – oder der Frage eines etwaigen Schadensersatzanspruches

wegen des Abspielens GEMA-pflichtiger Musik im Wartezimmer nach einer Kündigung – zu befassen hat, wird es die Wertungen des EuGH-Urteils berücksichtigen müssen und zu den Auswirkungen auf die nationale Rechtslage Stellung nehmen. Erst dann wäre es auf der Grundlage der EuGH-Entscheidung denkbar, dass die GEMA für das Abspielen von Musik in Wartezimmern keine Gebühren mehr verlangen dürfte.

Die GEMA hält an ihrer bisherigen Gebührenpraxis fest und verweist darauf, dass der EuGH in seiner Entscheidung selber von einer Einzelfallentscheidung spreche. Zudem gebe es in Deutschland einen anderen Begriff von öffentlicher Wiedergabe. Bestehende Verträge mit der GEMA sind also bis zu einer Klärung durch deutsche Gerichte zu erfüllen. Die Verträge können aber natürlich gekündigt werden; eine weitere Möglichkeit ist die Zahlung unter Vorbehalt, um den Weg für etwaige Rückforderungen offenzuhalten. Ansonsten droht bei der Musikwiedergabe nach Kündigung der Praxis eine Schadensersatzforderung in doppelter Gebührenhöhe.

EBM-Änderungen zum 1. Juli 2012

Mammographie-Screening Kapitel 1.7.3, EBM-Nummer 01758

Aufnahme einer zweiten Anmerkung hinter der EBM-Nummer 01758. Damit sind Frauen- und Hausärzte auch dann zur Abrechnung berechtigt, wenn die Teilnahme durch telefonische Zuschaltung erfolgt. Hierdurch soll die Einbindung der Frauen- und Hausärzte beim Mammographie-Screening gefördert werden.



Kampagne zur Abschaffung der Praxisgebühr

Die KV Bayern hat eine Kampagne zur Abschaffung der Praxisgebühr gestartet, die bundesweit Unterstützung findet. Die KV Nordrhein begrüßt die KV-Kampagne und stellt Ärzten in dieser Ausgabe der KVNO aktuell daher ein Plakat zum Aufhängen, einen erläuternden Brief an Ihre Patienten und ein Formular zum Sammeln von Unterschriften zur Verfügung.

Änderung im Abschnitt 1.7.3 und im Kapitel 34.1 zur Vakuumbiopsie der Brust

Nach der Einführung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust wurden die Präambel 1.7.3 zur Früherkennung von Brustkrebs durch das Mammographie-Screening, die Präambel 34.1 des Kapitels Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Computertomographie und Magnetfeld-Resonanz-Tomographie sowie die EBM-Nummern 01759 und 34274 angepasst.

Aufnahme der Nummer 34275 in den Abschnitt 34.2.7

Im Abschnitt 34.2.7 wurde die EBM-Nummer 34275 zur Durchführung einer mediolateralen oder latero-medialen Mammographie aufgenommen. Die Leistung kann je Seite abgerechnet werden und ist mit 560 Punkten bewertet.

MRSA-Diagnostik und Eradikationstherapie

Die Vergütungsvereinbarung sowie der Anhang zur Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) in der vertragsärztlichen Versorgung wurden angepasst beziehungsweise ergänzt.

Änderungen im Laborbereich

Änderungen erfolgten zur Rötelndiagnostik in den Abschnitten 1.7.4 Mutterschaftsvorsorge, 1.7.5 Empfängnisregelung und 32.3 Spezielle Untersuchungen des EBM

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ändert die Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch. Umgesetzt wurde damit die Schutzimpfungsrichtlinie und die Richtlinie über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung.

Änderung der Leistung 01802

Die EBM-Nummer 01802 beinhaltet ab 1. Juli die Erbringung der Antikörper-Bestimmung mittels Immunoassay.

■ Änderung der Leistung 01828

Die EBM-Nummer 01828 ist nun für die Entnahme von Venenblut für den Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis (Nummer 01833) berechnungsfähig. Die Nummer 01828 ist nicht neben den Grundpauschalen 08210 bis 08212 berechnungsfähig.

■ Streichung von EBM-Nummern

Die EBM-Nummern 32572 und 32573 sowie die Nummern 01801 und 01829 wurden gestrichen.

■ Änderung der EBM-Nummer 32574

Die EBM-Nummer 32574 wurde um den Rötelnantikörper-Nachweis mittels Immunoassay ergänzt und die Bewertung angepasst. Sofern eine Untersuchung auf Immunität und Neuinfektion erfolgt, ist die 32574 auch zweimal abrechnungsfähig. Die Leistung ist je Untersuchung mit 9,60 Euro bewertet.

■ Neuaufnahme der EBM-Nummer 32229

Die EBM-Nummer 32229 zur Untersuchung der von-Willebrand-Faktor-Multimere wurde neu aufgenommen. Die Leistung ist mit 75 Euro bewertet. Die Untersuchung dient der therapielevanten Differentialdiagnostik des von-Willebrand-Syndroms. Bitte beachten Sie die Indikationsbeschränkungen und Untersuchungsvoraussetzungen.

Die vollständigen Beschlüsse werden im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. Beschlüsse, die sich noch im schriftlichen Unterschriftenverfahren befinden, werden mit Vorbehalt veröffentlicht. | KV | 120719

Ansprechpartner



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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

Telefon 02151 3710 00 Telefax 02151 9370 655
E-Mail formular.versand@kvno.de

Hilfsmittel: Richtlinie neu gefasst

Seit 1. April 2012 gilt die neugefasste Hilfsmittel-Richtlinie. Die Änderungen betreffen vor allem Hörhilfen, es gibt aber auch in den allgemeinen Bestimmungen interessante Neuerungen.

So gibt es nun die Möglichkeit, den gesetzlich versicherten Patienten ein „Wunsch-Hilfsmittel“ zu verordnen. Für die Mehrkosten allerdings muss der Patient dann aus eigener Tasche zahlen. Ein Beispiel: Bei einem Patienten reicht eine dreirädrige Gehhilfe (Deltaräder) aus medizinischer Sicht aus, der Patient bevorzugt aber eine vierrädrige Gehhilfen (Rollator) und wünscht die Verordnung des Rollators.



klick61 - Fotolia.com

Rollator statt Deltaräder – mitunter handelt es sich um Wunschverordnungen. Die neue Hilfsmittel-Richtlinie lässt das zu, Patienten müssen aber die Mehrkosten tragen.

In der Hilfsmittel-Richtlinie ist die Regelung so gefasst: „Zwischen mehreren gleichermaßen geeigneten und wirtschaftlichen Hilfsmitteln haben die Versicherten die Wahl. Wünschen der Versicherten soll bei der Verordnung und Auswahl der Hilfsmittel entsprochen werden, soweit sie angemessen sind. Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben Sie die Mehrkosten und dadurch bedingt höhere Folgekosten selbst zu tragen.“

Präzisiert hat der Gemeinsame Bundesausschuss zudem den generellen Versorgungsanspruch: „Hilfsmittel können zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden, wenn sie im Einzelfall erforderlich sind, um

- den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern,
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder
- eine Behinderung bei der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens auszugleichen,

- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- eine Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegen zu wirken,
- Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden,
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden (...).“

Hörhilfen

Eine ganze Reihe von Änderungen betrifft die Hörhilfen; wir fassen an dieser Stelle die wichtigsten zusammen:

- Erweitert wurde die Liste der Hilfsmittel bei Funktionsstörungen des Ohres um Tinnitusgeräte und Übertragungsanlagen.
- Die Richtlinie stellt nun klar, dass es sich bei der Hörgeräteversorgung, wann immer möglich, um eine Versorgung beider Ohren handelt. Bei beidohriger Hörminderung gilt auch die beidohrige Versorgung als Standard; nur dadurch wird ein Richtungshören gewährleistet und schließlich ein verbessertes Sprachverstehen im Störschall möglich.
- Für gesetzlich Versicherte nicht verordnungsfähig sind
 - Hörhilfen bei peripherer Normalhörigkeit
 - Telefonverstärker und Schwerhörigentelefone (Verordnet werden können aber zum Beispiel Lichtsignalanlagen und Lichtwecker, da diese zu den Hilfsmitteln für Kommunikation zählen.)
- Der Zeitabstand der Wiederverordnung von Hörhilfen bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr hat der Gemeinsame Bundesausschuss von sechs auf fünf Jahre verkürzt.

Mehr Infos zur Verordnung von Hilfsmitteln und die Richtlinie im Wortlaut unter www.kvno.de
KV | 120720

Pflichtangaben auf podologischen Verordnungen

Bei einer podologischen Therapie benötigen die Leistungserbringer eine genaue Diagnose des verordnenden Arztes. Daher muss die Verordnung die Angabe Neuropathie und/oder Angiopathie enthalten.

Bei der Arbeit ausgebildeter Podologen, medizinischer Fußpfleger, nehmen Behandlungen von Patienten mit diabetischem Fuß breiten Raum ein. Denn Ärzte können bei Neuropathie, Angiopathie oder Diabetes mellitus eine podologische Komplexbehandlung verordnen. In der Vergangenheit allerdings kam es bei der Abrechnung podologischer Leistungen immer wieder zu unterschiedlichen Auslegungen der Heilmittel-Richtlinien durch die Krankenkassen. Aus diesem Grund hatten sich der GKV-Spitzenverband, der Verband Deutscher Podologen und der Zentralverband der Podologen und Fußpfleger Deutschland auf unbedingt notwendige Angaben auf einer podologischen Verordnung verständigt. Die so genannte „konkretisierende Arbeitshilfe“ ist Bestandteil der Rahmenempfehlungen nach § 125 Absatz 1 SGB V und trat am 1. November 2011 in Kraft. Dabei hat man sich auf den verbindlichen Wortlaut der Heilmittel-Richtlinie (einschließlich Katalog) zurückgezogen.

Konsequenz: Podologen wenden sich verstärkt mit der Bitte um Korrektur von Heilmittelverordnungen an Ärzte. Um eine möglichst reibungslose Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Podologen und Krankenkassen zu ermöglichen, muss die Angabe auf der Verordnung so aussehen, dass die Art des Diabetischen Fußsyndroms aus ihr hervorgeht (siehe Auszug aus Rahmenempfehlung). Die Angabe „Diabetisches Fußsyndrom“ allein genügt nicht zur Indikation von Heilmitteln.

Die Heilmittel-Richtlinien forderten schon immer die Angaben Neuropathie und Angiopathie auf der Verordnung. Die genaue Unterscheidung und Angabe ist aber nicht nur eine Frage der Richtlinie, sondern behandlungsrelevant –

je nach exakter Diagnose fällt die Behandlung des Patienten unterschiedlich, ja teilweise gegensätzlich aus. Der Podologe benötigt zur Ausführung seiner Behandlung deshalb die differenzierte Feststellung der bestehenden Diagnose durch den verordnenden Arzt.

Bei den Maßnahmen der podologischen Therapie wurde im Heilmittel-Katalog keine Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls angegeben. Je nach Dynamik sollen podologische Maßnahmen alle vier bis sechs Wochen durchgeführt werden. Die Begrenzung der Verordnungsmenge (Erst-Verordnung bis zu drei Mal pro Verordnung; Folge-Verordnung bis zu sechs Mal pro Verordnung) soll gewährleisten, dass zwischenzeitlich auftretende negative Veränderungen durch den Arzt erkannt werden können. Aufgrund der niedrigen Behandlungsfrequenz (meist einmal im Monat) sind podologische Verordnungen quartalsübergreifend gültig.

Auszug aus Rahmenempfehlung

Angaben auf Podologischen Verordnungen vom 1.11.2011, Punkt m):

Konkrete Diagnose mit Therapieziel(en) nach Maßgabe des jeweiligen Heilmittelkataloges. Die Therapieziele sind nur anzugeben, wenn sie sich nicht aus der Angabe der Diagnose und Leitsymptomatik ergeben.

Art der Angabe	Pflichtangabe
----------------	---------------

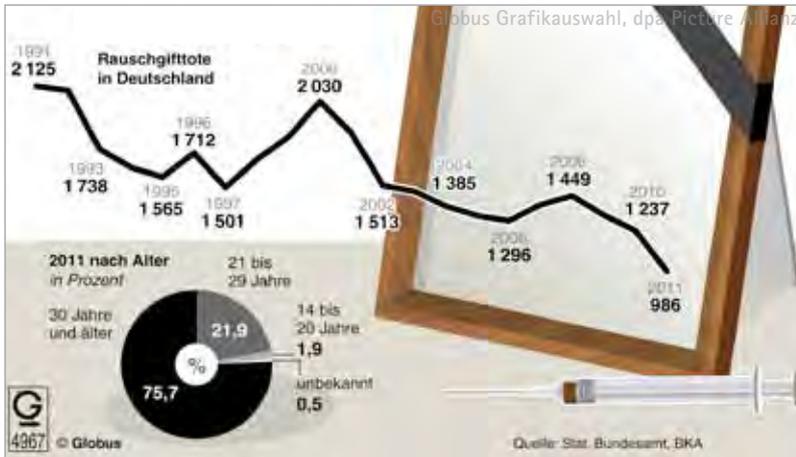
Erläuterung	Gültige Diagnosen nach der HeilM-RL:
-------------	--------------------------------------

- Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie
 - Diabetisches Fußsyndrom mit Angiopathie
 - Diabetisches Fußsyndrom mit Neuropathie und Angiopathie
- Die Art des Diabetischen Fußsyndroms (Neuropathie und/oder Angiopathie) muss aus der Verordnung hervorgehen. Die Angabe eines Wagner-Stadiums ist nicht erforderlich. Soweit ein Stadium Wagner größer 0 vermerkt wird, ist auf der Verordnung klarzustellen, welche Teile des Fußes im Stadium Wagner 0 podologisch behandelt werden sollen. Fehlt diese Klarstellung, kann die Verordnung nicht ausgeführt werden. Unzureichende Diagnosen sind z. B.:
- Diabetes mellitus (Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn unter Gesamtbetrachtung der Schädigungen bzw. Beeinträchtigungen eine Heilmittelanwendung notwendig ist, vgl. § 3 Abs. 5 HeilM-RL)
 - Diabetisches Fußsyndrom
 - Diabetischer Fuß

Drogenkonsum: Tödliche Mischung

Die gute Nachricht zuerst: Die Zahl der Drogentoten in Deutschland geht nach Informa-

tionen der Bundesdrogenbeauftragten zurück. 986 Menschen sind 2011 aufgrund des Konsums harter Drogen wie Heroin, Kokain oder Amphetamin gestorben, 20 Prozent weniger als 2010. Das Durchschnittsalter der Rauschgifttoten betrug 37 Jahre, 837 der Verstorbenen waren männlich. Die schlechte Nachricht: Zum Problem wird zunehmend der Mischkonsum von Drogenkonsumenten, insbesondere bei methadon-substituierten Patienten. In Berlin zeigten Obduktionen, dass bei 40 Prozent der Drogentoten die Mischung aus Methadon und anderen verschreibungspflichtigen oder gar BtM-rezeptpflichtigen Medikamenten tödlich wirkte.



Weniger Tote,
aber neue Gefahren.

Arzneiverordnungssoftware mit neuen Funktionen

Zum 1. Juli 2012 greifen neue Vorgaben für die Arzneiverordnungssoftware. Ärzten stehen dann mehr Informationen elektronisch zur Verfügung. Dies soll den Praxen helfen, wirtschaftlicher zu verordnen und Regresse vermeiden. Hintergrund: Laut Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeits-Gesetz (AVWG) dürfen Arztpraxen nur noch Softwareprodukte nutzen, die eine manipulationsfreie Verordnung sicherstellen. Künftig sollen Ärzte von verfälschten Preisvergleichslisten, Pop-ups mit indikationsbezogener Werbung und automatischen Häkchen bei aut idem verschont blei-

ben. Darüber hinaus muss die Software weitere relevante Verordnungsinformationen enthalten. Dazu zählen unter anderem die Regelungen der Arzneimittel-Richtlinie. Der KBV wurde die Aufgabe übertragen, die Arzneiverordnungssoftware zu zertifizieren. Derzeit informieren die zur CompuGroup gehörenden Anbieter von Praxisverwaltungssystemen die Ärzte flächendeckend mit einem Schreiben zu den neuen Anforderungen. Die KBV hat darauf bereits reagiert.

Weitere Informationen zu diesem Thema finden Sie unter www.kvno.de | [KV 120722](#)

Kontakt

Pharmakotherapieberatung
Telefon 0211 5970 8111
Telefax 0211 5970 8136
E-Mail pharma@kvno.de

Hilfsmittelberatung
Telefon 0211 5970 8070
Telefax 0211 5970 8287
E-Mail patricia.shadiakhy@kvno.de

Qualitätssicherung Prüfwesen
Telefon 0211 5970 8396
Telefax 0211 5970 9396
E-Mail margit.karls@kvno.de

Regeln beim Reisen mit Arzneimitteln

Bei Urlaubsreisen ins Ausland gehören häufig verschreibungspflichtige Arzneimittel ins Gepäck. Bei der Verordnung und beim Transport über die Grenze sind ein paar Regeln zu beachten.

Keine Dauerverordnungen

Bei kurzen Urlaubsaufenthalten im Ausland ist der Patient mit dem üblichen Quartalsbedarf seiner Arzneimittel versorgt. Bei längeren Auslandsaufenthalten ist eine Verordnung der Arzneimittel über den Zeitraum jedoch nicht möglich. Denn der Anspruch auf Leistungen ruht, wenn sich gesetzlich Versicherte lange im Ausland aufhalten. So ist es in Paragraph 16 des Sozialgesetzbuches V geregelt.

Wie lange ein Auslandsaufenthalt sein darf, ist aber nicht eindeutig fixiert. Faustregel: Wenn der Aufenthalt nicht mehr den Charakter einer Reise oder eines Urlaubs hat und der Patient für einen längeren Zeitraum im Ausland lebt, muss die Versorgung mit Arzneimitteln am Zielort sichergestellt werden.

Bedarf bescheinigen

Wenn im Urlaub größere Mengen Arzneimittel für den persönlichen Gebrauch mitgeführt werden müssen, sollte der Hausarzt den Bedarf bescheinigen – am besten in englischer Sprache. Hierauf weist das Auswärtige Amt hin. Eine verbindliche Auskunft zur Mitnahme respektive Einfuhr von Arzneimitteln kann nur die jeweilige Botschaft des Landes geben.

Betäubungsmittel (BtM) können ebenfalls in einer Menge mitgenommen werden, die für die Dauer der Reise angemessen ist. Natürlich nur für den eigenen Bedarf. Andere Personen dürfen keine BtM mit sich führen.

Bei Reisen in Staaten des Schengener Abkommens müssen Patienten für jedes mitgeführte BtM eine vom Arzt ausgefüllte Bescheinigung



Fotolia.com

vorweisen, die vor Antritt der Reise durch die oberste Landesgesundheitsbehörde oder durch eine Beauftragte Stelle (zum Beispiel das Gesundheitsamt) beglaubigt wurde. Vordrucke für die Bescheinigung stellt die Bundesopiumstelle zur Verfügung.

Bei Reisen in Länder außerhalb des Schengener Abkommens rät die Bundesopiumstelle nach dem Leitfaden für Reisende des Internationalen Suchtstoffkontrollamtes (INCB) zu verfahren. Der Patient sollte sich eine mehrsprachige Bescheinigung ausstellen lassen, welche Angaben zu Einzel- und Tagesdosierungen, Wirkstoffbezeichnung und Dauer der Reise enthält. Diese Bescheinigung ist ebenfalls durch die oberste Landesgesundheitsbehörde oder eine von ihr beauftragte Stelle zu beglaubigen und bei der Reise mitzuführen. In Zweifelsfällen sollte der Patient sich auch hier bei der jeweiligen Botschaft des Reiseandes erkundigen.

Mehr Infos im Internet unter www.auswaertiges-amt.de und www.bfarm.de | KV | 120723

Organspende: Neuregelung beschlossen

Nach jahrelanger Debatte darüber, wie dem Mangel an Spenderorganen begegnet werden kann, setzt die Politik jetzt auf Aufklärung und die gezielte Abfrage der Spendebereitschaft. Mit breiter Mehrheit hat der Deutsche Bundestag am 25. Mai die Reform der Organspende auf den Weg gebracht.

Kernstück ist die sogenannte „Entscheidungslösung“. Mit ihr wird die hierzulande bisher geltende „erweiterte Zustimmungsregelung“ abgelöst. Künftig sollen alle Versicherten ab 16 Jahren von ihrer Krankenkasse angeschrieben werden und Informationsmaterial sowie einen Spenderausweis erhalten. Dabei werden sie zu einer Erklärung ihrer Spendebereitschaft aufgefordert. Eine Entscheidungspflicht besteht nicht. Vorerst soll die Abfrage alle zwei Jahre wiederholt werden. Kann die Entscheidung künftig auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gespeichert werden, ist eine Verlängerung auf fünf Jahre geplant.

Ziel der gesetzlichen Neuregelung ist es vor allem, die laut Umfragen durchaus hohe Bereitschaft zur Organspende tatsächlich nutzbar zu machen. Vielfach mangelt es lediglich an deren klarer Bekundung und Dokumentation. Menschen, die sich bisher nicht mit dem Thema auseinandergesetzt haben, sollen zu einer Positionierung motiviert werden. Dies soll vor allem Angehörige entlasten, die sonst im Todesfall die Entscheidung treffen müssen.

Kliniken und Kassen in der Pflicht

Neben dem Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung verabschiedeten die Politiker einen weiteren Beschluss zur Änderung des Transplantationsgesetzes. Dieser verfolgt die Umsetzung EU-weiter Qualitäts- und Sicherheitsstandards und sieht folgende Neuerungen vor:

- Kliniken, die über Intensivstationen mit Beatmungsplätzen verfügen (derzeit rund 1.350 Häuser) müssen künftig einen Transplantationsbeauftragten berufen.
- Lebendspender haben fortan Anspruch auf Krankenbehandlung, Vor- und Nachsorge, Rehabilitation, Fahrtkosten und Krankengeld gegenüber der Kasse des Organempfängers. Auch die Mitgliedsunternehmen des Verbands der Privaten Krankenversicherung haben sich verpflichtet, für die Aufwendungen des Spenders aufzukommen.
- Die Vor- und Nachsorge von Lebendspendern sowie von Organtransplantierten wird Bestandteil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V.

Transparenz und Datenschutz gefordert

Bedenken zur geplanten Dokumentation der Spendebereitschaft auf der eGK äußerten die Grünen und die Linken. Dies soll – mit Zustimmung der Versicherten – in einigen Jahren möglich sein. Laut Gesundheitsminister Daniel Bahr sollen die Kassen aber keinen Zugriff auf die Daten haben. Auch der Umgang mit der in die Schlagzeilen geratenen Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) löste Diskussionen im Parlament aus. Gefordert wurden hier vor allem stärkere Kontrollen und mehr Transparenz. Voraussichtlich zum 1. Juli sollen beide Gesetze im Bundesgesetzblatt stehen. Die Entscheidungslösung gilt vier Monate nach der Verkündung. Binnen zwölf Monaten soll dann erstmals Post von den Kassen verschickt werden.



Das Thema Organspende genießt bei der KV Nordrhein einen hohen Stellenwert. „Deshalb wollen wir unsere Mitglieder, aber auch Patienten gezielt und umfassend informieren“, sagt Dr. med. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Für Mittwoch, 5. September, ist eine Fortbildungsveranstaltung für Ärzte im Haus der Ärzteschaft geplant; am Dienstag, 25. September, wird die KV am gleichen Ort am Thema Organspende interessierte Bürgerinnen und Bürger empfangen.

Ärzte werben für Organspende

Am 12. Mai war der diesjährige „Tag der Organspende“. Dies nahmen Leverkusener Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen zum Anlass, für mehr Spendenbereitschaft zu werben. Von 10 bis 15 Uhr informierten sie in der Rathausgalerie, dem zentralen Einkaufszentrum von Leverkusen – und verteilten Organspende-Ausweise en Masse.

„Es sterben zu viele Menschen auf der Warteliste“, beklagt Kardiologe Dr. Bernhard Rappert. „Das wollen wir ändern.“ Deswegen hat das Regionale Praxisnetz Leverkusen die Aktion initiiert, unterstützt von der Kreisstelle der Ärztekammer und der KV Nordrhein. „Vor allem Hausärzte müssen ihre Patienten auf das Thema ansprechen“, meint Allgemeinmediziner Dr. Jens-Harder Boje.

Mangel an Spenderorganen

Lungenfibrose, Mukoviszidose oder COPD – das sind drei der häufigsten Erkrankungen, die Menschen zu Patienten machen, die auf ein Spenderorgan angewiesen sind, erläutert Dr. Marc Spielmanns. Und an Organen mangelt es. Beispiel Lunge: Im vergangenen Jahr standen 435 Menschen in Deutschland auf der Warteliste, nur 337 erhielten eine Spen-

derlunge. Auch bei Herz, Leber und Niere herrscht akuter Mangel. Anders bei den Hornhäuten: „Jedem, der eine neue Hornhaut benötigt, können wir helfen“, sagt Augenarzt Dr. Thomas Eusterholz.

„Wichtig ist auch eine qualifizierte Weiterbehandlung“, sagt der Pneumologe Spielmanns. Immunsuppressiva würden das Abstoßen des transplantierten Organs verhindern, aber auch die Risiken von Infektionen dramatisch erhöhen. Die Hälfte der Patienten mit einer Spenderlunge stirbt innerhalb von fünf Jahren nach der Transplantation. Dennoch: Der Aufwand lohne sich. Zumal die Überlebensrate nach anderen Organtransplantationen deutlich höher liegt. Bei der Leber leben nach fünf Jahren noch 80 Prozent der Patienten, bei Nierentransplantationen sogar 95 Prozent.

„Mama, ich will nicht sterben“

Am 12. August 1979 kam ein kleines Mädchen zur Welt. Jessica litt unter angeborener Mukoviszidose, ihre Eltern lehnten sie ab und vernachlässigten das Kind. Unterernährt, mit schwerem Lungeninfekt kam Jessica mit drei



Jessica Thiel †

Monaten ins Krankenhaus. Der Versuch, sie in eine Pflegefamilie unterzubringen, scheitert. Mit 14 Monaten ist sie auf dem Stand eines halbjährigen Babys. Renate und Horst Thiel adoptieren das Kind. Sie lassen sich ein auf einen Kampf gegen den

sicheren Tod. Trotz heftiger Infekte: Jessica durchlebt in Leverkusen eine „wunderschöne, aufregende und glückliche Kindheit“, berichtet Renate Thiel.

Mit 25 Jahren wird Jessica zur Lungentransplantation gelistet. An ihrem 27. Geburtstag, am 12. August 2006, beginnt für sie mit neuer Lunge ein neues Leben. „Jeder Tag war ein Geschenk, wunderbar“, berichtet Renate Thiel. Zweieinhalb Jahre später starb Jessica, Ursache war ein Schimmelpilz in der Lunge.

*Jessicas Geschichte hat ihre Mutter aufgeschrieben:
Renate Thiel: Mama, ich will nicht sterben ... mein eigener kleiner Stern, Persimplex Verlag, Mai 2012, 19,90 Euro*



www.kvno-portal.de

Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

- **Abrechnung online** Übermitteln Sie Ihre Daten online und profitieren Sie zum Beispiel von geringeren Verwaltungskosten.
- **Abrechnungsunterlagen** Schon vor dem Versand stehen die aktuellen Unterlagen für Sie bereit – und die der vorherigen Quartale.
- **Kennzahlen** Übersichtliche Auswertungen aus der Honorarabrechnung: Fallzahlen, Diagnosen und Ihr Leistungsspektrum.
- **Honorarauswertung** Partner-Ärzte in Gemeinschaftspraxen oder MVZ können (gegen Gebühr) den Anteil am Honorar, Leistungsbedarf und an den Behandlungsfällen je Mitglied abrufen. Aber nur, wenn alle Partner dem zustimmen.
- **eQualitätszirkel** Erleichtert Moderatoren die Vor- und Nachbereitung von Qualitätszirkeln, bietet Mitgliedern eine Info-Plattform.
- **eDokumentationen** Geben Sie Ihre Dokumentation für das Hautkrebs-Screening oder zytologische Untersuchungen einfach online ein.
- **Vordrucke** Alle Vordrucke für Ihre Praxis können Sie rund um die Uhr online über das Portal bestellen.
- **Praxisdaten** Mit diesem Dienst können Sie Ihre Praxisdaten einsehen, prüfen und elektronisch ändern.

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

Kontakt

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



www.kvno-portal.de 

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

Einstieg gesucht, Nachfolger gefunden

Rund 300 Ärzte und Psychotherapeuten kamen zum achten Praxisbörse der KV Nordrhein am 5. Mai ins Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf. Im Mittelpunkt standen die Pinnwände, an denen fast 170 Inserate hingen: Gut 100 Ärzte und Psychotherapeuten boten darauf ihre Praxis an, knapp 70 suchten einen Einstieg.

Anbieter und Nachfrager kamen rasch zusammen: Auf über der Hälfte der Inserate trug sich mindestens ein Interessent ein. In mehr als der Hälfte der Fälle ging es übrigens um einen abzugebenden Hausarztstuhl respektive den Einstieg in eine Hausarztpraxis.

Die ersten Kontakte wurden zum Teil schon während der Veranstaltung geknüpft. Erfreut über die gute Resonanz zeigte sich Andrea Ritz, Geschäftsführerin der GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft, die die Veranstaltung organisierte: „Mit dem Praxisbörse bieten wir Abgebern und interessierten Praxisnachfolgern die Möglichkeit, Kontakte zu knüpfen, und sich rund um Praxisabgabe oder -übernahme beraten zu lassen.“

Vorträge während des Praxisbörse griffen Themen wie Perspektiven der Niederlassung, den Ablauf der Praxisabgabe und -übernahme, Praxiswertermittlung, steuerliche Aspekte der Abgabe und Finanzierung einer Praxis auf. Die Besucher konnten sich zudem persönlich beraten lassen, zum Beispiel über Kooperationsoptionen, Anstellungsmöglichkeiten und Teilzeitvarianten. Besonders stark gefragt waren die Niederlassungsberater der KV Nordrhein.



Steuerberater Thomas Karch referierte über Strategien für Praxisabgeber und -einsteiger.



Blick in die Zukunft der Pädiatrie



Warb für den Weg in die eigene Praxis: Dr. med. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein.

Großes Medienecho fand eine Pressekonferenz mit dem griffigen Titel „Pädiater – dringend gesucht“, die der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein am 31. Mai in Düsseldorf veranstaltete. „Wir wollten auf die Ursachen und Gefahren einer sich in naher Zukunft möglicherweise deutlich verschlechternden Versorgungslage bei den Pädiatern hinweisen. Das ist uns gelungen“, sagte Dr. med. Hermann Josef Kahl, Kinderarzt in Düsseldorf und Sprecher des BVKJ.

Auf Interesse bei den Journalisten stießen vor allem die Ausführungen zum sich verändernden Berufsbild. Immer mehr junge Ärztinnen und Ärzte scheuen die finanziellen Risiken und die Arbeitsbelastung als Freiberufler. „Praxis-Nachbesetzungen werden schwieriger“, beton-

te Dr. med. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Er gehörte auch zu den Gastgebern einer Informationsveranstaltung, bei der die KV, der BVKJ und die Ärztekammer Nordrhein jungen Weiterbildungsassistenten die beruflichen Chancen in der eigenen Praxis schilderten – und die Möglichkeiten, Beruf und Familie zu vereinbaren.

„Der Weg in die Praxis ist eine attraktive Alternative zur Arbeit als Angestellter. Nicht jeder kann Oberarzt werden“, erklärte Dr. med. Thomas Fischbach, Vorsitzender des BVKJ Nordrhein und Kinderarzt in Solingen, den Nachwuchs-Medizinern im Haus der Ärzteschaft. Das junge Publikum erhielt eine umfassende Vorbereitung auf eine Zukunft als Niedergelassener – von den Zulassungsvoraussetzungen über die Finanzierung bis hin zu den Formalien der Facharztprüfung.

Contergan: Woran Betroffene leiden

Bei seinem ersten Kölner Dialogtag begrüßte der „Interessenverband Contergangeschädigter Nordrhein-Westfalen e.V.“ am 17. Mai rund 100 Betroffene, Angehörige und interessierte Gäste, die sich über die mit dem Krankheitsbild verbundene Situation informierten. Diskutiert wurde, welche rechtlichen und medizinischen

Möglichkeiten es gibt, um die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen.

Bundesweit leben 2700 Menschen mit Behinderungen durch Contergan, rund 800 davon in Nordrhein-

Westfalen. Studien belegen, dass die Betroffenen im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung im Alter von 50 bis 54 Jahren enormen Belastungen ausgesetzt sind – physisch, psychisch und im sozialen Umfeld. Dazu kommen orthopädische, internistische und neurologische Schäden als Folgen jahrelanger Behinderung. Krankengymnastik, Massage und Lymphdrainage können helfen – hier sehen sich die Contergangeschädigten eklatant unterversorgt, wie Claudia Schmidt-Herterich, Vorsitzende des Interessenverbandes, deutlich machte. Die KV Nordrhein möchte dazu beitragen, am Thema Contergangeschädigung interessierte Ärzte und Psychotherapeuten zu vernetzen – Ansprechpartner ist die Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA).

Kontakt

Kooperationsberatung für
Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA)
der KV Nordrhein

Telefon 0211 5970 8090
E-Mail kosa@kvno.de

Überblick: Verordnung von Krankenfahrten

Stand: Juni 2012

Krankenbeförderung	Taxi/Mietwagen	Behindertenmietwagen	Liegendbeförderung	RTW (Rettungstransportwagen) NAW (Notarztwagen)	KTW (Krankentransportwagen)	RTW (Rettungstransportwagen) NAW (Notarztwagen)
Betreuung	ohne fachliche und medizinische Betreuung	ohne fachliche und medizinische Betreuung	ohne fachliche und medizinische Betreuung	medizinisch-fachliche Betreuung; ggf. notärztliche Betreuung	medizinisch-fachliche Betreuung	medizinisch-fachliche Betreuung; ggf. notärztliche Betreuung
Medizinische Voraussetzungen und Mobilität des Patienten	Gefähigte Patienten können aus zwingendem medizinischem Grund öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzen	Patienten müssen sitzend im eigenen Rollstuhl befördert werden Eine Beförderung über Treppen ist nicht möglich	Patienten müssen sitzend oder liegend befördert werden Eine Beförderung über Treppen ist möglich	Patienten, die vor und während der Fahrt neben Erste-Hilfe-Maßnahmen zusätzlichen Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen bzw. für den NAW: Patienten, wo vor oder während der Fahrt lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die ein Notarzt erforderlich ist	Patienten benötigen während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder den besonderen Einrichtungen des KTW oder der Bedarf ist aufgrund des Zustandes zu erwarten	Patienten, die vor und während der Fahrt neben Erste-Hilfe-Maßnahmen zusätzlichen Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wiederherzustellen bzw. für den NAW: Patienten, wo vor oder während der Fahrt lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die ein Notarzt erforderlich ist
Anforderungen an das Personal	Personenbeförderungsschein	Personenbeförderungsschein	Personenbeförderungsschein	Bestimmungen nach dem Rettungsgesetz des Landes	Bestimmungen nach dem Rettungsgesetz des Landes	Bestimmungen nach dem Rettungsgesetz des Landes
Leistungen	Personenbeförderung	nicht gefähigte Patienten mit eigenem Rollstuhl	Besetzung mit zwei Personen, da Trageleistung erforderlich	Notfallmedizinische, nicht-ärztliche Versorgung (RTW), ärztliche Versorgung (NAW)	qualifizierte Trageleistung, Betreuung, fachliche Übergabe	Notfallmedizinische, nicht-ärztliche Versorgung (RTW), ärztliche Versorgung (NAW)
Ausstattung	Keine besondere Fahrzeugausstattung	Rollstuhlbefestigung	Trage, Tragestuhl	Beispiele: Trage, Tragestuhl, EKG, Defi, Notfallkoffer, etc., NAW zzgl. Medikamente	Beispiele: Trage, Tragestuhl, O2, Notfallkoffer, Absaugung, Hygienemaßnahmen	Beispiele: Trage, Tragestuhl, EKG, Defi, Notfallkoffer, etc., NAW zzgl. Medikamente
Ausfüllhinweise „Muster 4“	<input checked="" type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen Medizinisch-technische Ausstattung erforderlich Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____	9 <input checked="" type="checkbox"/> nicht umsetzbar aus Rollstuhl <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____	andere: <input checked="" type="checkbox"/> Liegendtaxi <input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl oder <input checked="" type="checkbox"/> liegend Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Rettungswagen bzw. <input checked="" type="checkbox"/> Notarztwagen <input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl oder <input checked="" type="checkbox"/> liegend Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, folgende: RA bzw. NA	<input checked="" type="checkbox"/> Krankentransportwagen <input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl oder <input checked="" type="checkbox"/> liegend Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, folgende: RS	<input checked="" type="checkbox"/> Rettungswagen bzw. <input checked="" type="checkbox"/> Notarztwagen <input checked="" type="checkbox"/> Tragestuhl oder <input checked="" type="checkbox"/> liegend Medizinisch-fachliche Betreuung notwendig: <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja, folgende: RA bzw. NA

Verordnung von Krankenfahrten

Grundsätze zur Verordnung von Krankenfahrten

- Krankenfahrten bzw. Krankentransporte können nach den Krankentransportrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zulasten der Krankenkassen verordnet werden. Verordnet werden Krankenfahrten/Krankentransporte auf Muster 4 der Vordruckvereinbarungen.
- Krankenfahrten/Krankentransporte zur ambulanten Behandlung übernehmen die Krankenkassen grundsätzlich nur nach vorheriger Genehmigung – mit Ausnahme

- von Notfällen – und wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung stehen, die zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung zählt und zwingend medizinisch notwendig ist.
- Neben der Voraussetzung über die Leistungspflicht der Krankenkasse ist auch die Wahl des Beförderungsmittels unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu beachten. Bei der Wahl des Beförderungsmittels soll die aktualisierte Übersicht helfen.

Voraussetzungen für die Verordnung und Genehmigung

- Der Patient wird mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist.
- Die Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf beinträchtigt den Patienten in einer Weise, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

- Das Vorliegen eines Schwerbehindertenausweises mit den Merkzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“ (außergewöhnliche Gehbehinderung, blind, hilflos) oder der Nachweis der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem Sozialgesetzbuch XI.
- Die Möglichkeit zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen besteht weiterhin bei Fahrten zur ambulanten Dialyse, onkologischen Strahlentherapie und onkologischen Chemotherapie.

Weitere Voraussetzungen für die Verordnung einer Krankenfahrt mit Taxi/Mietwagen

- Fahrten zu einer Leistung, die stationär erbracht wird.
- Fahrten zu einer vor- und nachstationären Behandlung, wenn dadurch eine medizinisch gebotene vollstationäre oder teilstationäre Behandlung verkürzt oder vermieden werden kann.

- Fahrten zu einer ambulanten Operation im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis, wenn im Zusammenhang mit dieser Operation Vor- und Nachbehandlungen erforderlich sind.

Zuzahlung – Information des Versicherten

- Je Fahrt/Transport ist vom Patienten eine Zuzahlung zu leisten (für Hin- und Rückfahrt). Die Zuzahlung beträgt mindestens fünf Euro und höchstens 10 Euro und darf die Kosten der Fahrt nicht übersteigen.

(Versicherte, deren Zuzahlungen die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten haben, sind bei Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung der Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres von Zuzahlungen befreit.)

Wie kodiere ich korrekt?

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im Mai standen Nachfragen zu einem Thema im Fokus, das die Gemüter erhitzt, aber unvermeidlich und wichtig ist: das Kodieren.

Welche Diagnosen trage ich in der Abrechnung ein?

Alle behandlungsrelevanten Diagnosen, also alle Diagnosen, die im abzurechnenden Quartal dazu geführt haben, dass Sie eine vertragsärztliche diagnostische oder therapeutische Leistung erbracht haben. Eine Erkrankung ist auch dann zu verschlüsseln, wenn sie Ihre Therapie für andere Erkrankungen beeinflusst.

Warum können manche Diagnosen nicht alleine stehen?

Das sind Codes, die im ICD-10-Verzeichnis einen * oder ein ! haben, zum Beispiel H 36.0* oder F 00.9*. Stern-Codes (*) verschlüsseln die Manifestation und nicht die Krankheit an sich. Man nennt sie auch Sekundärkodes. Sie sind, wie die Codes mit einem Ausrufezeichen, die Zusatzinformationen verschlüsseln, nur in Verbindung mit einem Kreuz-Code (+) für die Ätiologie, also einem Primärkode, möglich. Die Stern- und Ausrufezeichen-Codes sind im systematischen ICD-10-Verzeichnis aufgelistet.

Warum sind „G“-Kodierungen so wichtig?

Nur gesicherte Diagnosen beeinflussen die Berechnung der Morbidität und fließen somit auch in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ein. Für eine Kodierung einer Indikation mit „Zustand nach“ gilt das nicht.

Wann trage ich eine „G“-Diagnose ein?

Immer dann, wenn die Diagnose nach den gültigen medizinisch-wissenschaftlichen Grundsätzen gesichert werden kann, also für Diagnosen, wegen denen der Patient im entspre-

chenden Quartal behandelt wurde und für die Leistungen abgerechnet werden. Wenn die Schlüsselnummer bereits die Information „Zustand nach...“ oder „Folgen...“ bzw. „Folgezustände...“ einer früheren Erkrankung enthält, wird ebenfalls ein „G“ angefügt – auch bei den Schlüsselnummern, die Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen beschreiben (Kapitel XXI des ICD-10).

Was bedeutet es, wenn ich eine Diagnose mit „Z“ kodiere?

„Z“ bedeutet „Zustand nach der Diagnose“. Wird eine Diagnose mit „Z“ gekennzeichnet, heißt das also, dass die Diagnose nicht mehr besteht und auch keine krankheitsspezifische Diagnostik und/oder Therapie mehr erfolgt.

Serviceteams



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

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666

Telefax 0221 7763 6450

E-Mail service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888

Telefax 0211 5970 8889

E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Tipps zum Kodieren von neurologischen Erkrankungen

Nur mit einer möglichst detaillierten Kodierung lässt sich die Morbidität der Versicherten verlässlich darstellen. Wenn diese steigt, können die KVen in den Verhandlungen mit den Krankenkassen höhere Honorare durchsetzen. Korrektes Kodieren ist also bares Geld wert.



Kodieren gehört nicht zu den Lieblingsbeschäftigungen in der Praxis. Korrektes Kennzeichnen ist aber unverzichtbar für die Dokumentation der Morbidität.

In diesem Artikel weisen wir auf einige Besonderheiten hin, die Sie unterstützen, die Morbidität im nervenärztlichen Bereich besser darzustellen. Um Ihnen bürokratischen Aufwand zu ersparen, beachten Sie bitte folgende Empfehlungen:

Tipps

Tipps 1
Kodieren Sie nur Behandlungsdiagnosen, die im abzurechnenden Quartal diagnostische und/

oder therapeutische GKV-Leistungen nach sich gezogen haben. Dazu zählen beispielsweise auch Beratungen und weitere Veranlassungen sowie Verordnungen.

Tipps 2

Dauerdiagnosen sollen nur kodiert werden, wenn sie die Definition einer Behandlungsdiagnose erfüllen.

Tipps 3

Kodieren Sie nur gesicherte Diagnosen. Zustand nach einer Diagnose („Z“), wodurch allerdings eine Leistung verursacht wird, soll-

te mit der ICD-Schlüssel-Nr. versehen werden, die bereits den Zusatz: Folgen nach beinhalten.

Tipps 4

Kodieren Sie möglichst vollständig.

Tipps 5

Den Großteil der Diagnosen sollten Sie als gesicherte Dauerdiagnosen fortführen.

Nur in Ausnahmefällen kodieren:

- Kodes für „sonstige näher bezeichnete Krankheiten“;
- Kodes für „nicht näher bezeichnete Krankheiten“.
- Kreuzkodes verschlüsseln die Ätiologie (Primärkode),
- Sternkodes verschlüsseln die Manifestation (Sekundärkodes, diese dürfen nicht alleine stehen).

Kodes der Neurologischen Erkrankungen (Auszüge)

G10 - G26* „neurodegenerative Erkrankung“,
„Parkinson-Erkrankung“

G35.0 - G37.9 „Demyelinisierung Erkrankung“

G40.0 - G41.9 „Anfallserkrankung“

G60.0 - G60.9 „Neuropathie“

G61.0 - G63.8 „entzündliche und toxische Neuropathie“

G71.1 - G73.7 „Myopathie“

62-jährige depressive Patientin mit Sicca-Syndrom und Nierenbeteiligung stellt sich wegen Muskelschwäche in der Praxis vor.

M35.0 + G Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom]

G73.7* G Myopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten

N16.4* G Tubulointerstitielle Nierenkrankheit bei systemischen Krankheiten des Bindegewebes

F33.1 G Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

36-jährige Patientin mit Multipler Sklerose, juvenilem Diabetes und stellt sich mit Verschlimmerung ihrer Spastik vor.

G35.21 G Multiple Sklerose mit primär chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression

E10.90 G Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] ohne Komplikationen nicht als entgleist bezeichnet

N30.00 G Akute Zystitis

Z88.1 Allergie gegenüber anderen Antibiotika in der Eigenanamnese

69-jähriger Patient mit Morbus Parkinson, hypertensiver Herzerkrankung und Depressionen mit erstmaligem Auftreten von Tremor

G20.01 G Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation

I11.00 G Hypertensive Herzerkrankung mit (kongestiver) Herzinsuffizienz, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

F33.2 G Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

21-jähriger Patient, Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma durch Fahrradunfall mit posttraumatischem Hydrocephalus und Krampfanfällen

T90.5 G Folgen einer intrakraniellen Verletzung

G91.3 G Posttraumatischer Hydrocephalus, nicht näher bezeichnet

Z98.2 G Vorhandensein einer Drainage des Liquor cerebrospinalis

G40.8 G Sonstige Epilepsien

Zerebrovaskuläre Krankheiten (Auszug)

I60.0 – I62.9 „zerebrale Blutungen“

I63.0 – I63.9 „zerebrale Ischämie“

G81.- – G83.9 „Hemiparesen, Hemiplegien, Diplegien“

Solange der akute Schlaganfall behandelt wird, ist eine gesicherte Schlüssel-Nummer aus I60.- bis I64.- zu kodieren, ergänzend sind die jeweils passenden ICD-Kodes für die bestehenden Defizite (zum Beispiel Hemiplegie oder Aphasie) zu verschlüsseln, sofern sie der Definition der Behandlungsdiagnose entsprechen.

Liegt anamnestisch ein Schlaganfall mit gegenwärtig bestehenden neurologischen Ausfällen vor, der die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt, sind die neurologischen Ausfälle (zum Beispiel Hemiplegie) gemeinsam mit einer Schlüssel-Nr. aus I69.- „Folgen einer zerebro-vaskulären Krankheit“ zu kodieren.

Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit (ICD I69.- bis I69.8)

65-jähriger, adipöser Hypertoniker, mit Herz-/Niereninsuffizienz und Hyperlipidämie stellt sich nach Krankenhausaufenthalt wegen hypertoner Hirnblutung zur ambulanten Weiterbehandlung in Ihrer Praxis vor.

I13.20 G Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit [kongestiver] Herz- und Niereninsuffizienz, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

E66.2 G Adipositas, Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr

E78.2 G Gemischte Hyperlipidämie

I61.0 G Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal

I61.6 G Folgen einer intrazerebralen Blutung

G81.0 G Schlanke Hemiparese und Hemiplegie

79-jähriger Typ-2-Diabetiker mit peripherer Angiopathie nach Hirninfarkt des Kleinhirns

E11.50 + G Nicht primär insulinpflichtiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes], mit peripher vaskulären Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

I79.2* G Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

I63.3 G Hirninfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien

I69.3 G Folgen eines Hirninfarktes

R27.0 G Ataxie, nicht näher bezeichnet

R42 G Schwindel und Taumel

COPD-Patient mit pulmonaler Herzkrankheit und paroxysmalem Vorhofflimmern nach Hirninfarkt durch Embolie

J44.81 G Sonstige näher bezeichnete chronisch obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 \geq 35% und \leq 50% des Sollwertes

I27.9 G Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet

I48.10 G Vorhofflimmern paroxysmal

I63.4 G Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien

I69.3 G Folgen eines Hirninfarktes

G81.1 G Spastische Hemiparese und Hemiplegie

R47.1 G Dysphasie und Aphasie

68-jähriger Patient nach hypertoner Hirnblutung

I10.00 G Essentielle (primäre) Hypertonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

I61.0 G Intrazerebrale Blutung der Großhirnhemisphäre, subkortikal

I69.1 G Folgen einer intrazerebralen Blutung

G81.0 G Schlanke Hemiparese und Hemiplegie

Patient nach Hirninfarkt durch Embolie wegen Vorhofflimmern

I63.4 G Hirninfarkt durch Embolie zerebraler Arterien

I69.3 G Folgen eines Hirninfarktes

R47.0 G Dysphasie und Aphasie

I48.10 G Vorhofflimmern: paroxysmal

Z92.1 G Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulantien in der Eigenanamnese

C70.- bis C75.1 „Bösartige Neubildungen“

36-jährige Patientin mit multiplen Glioblastomen

C71.8 G	Bösartige Neubildung: Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend
R47.0 G	Dysphasie und Aphasie
G81.0 G	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
R56.8 G	Sonstige nicht näher bezeichnete Krämpfe

Psychische Erkrankungen

Im Folgenden präsentieren wir die wichtigsten ICD-10-Schlüssel, die einer verbesserten Abbildung der Morbidität dienen und zu einer Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds führen.

Auszug

- G30.- – G32.8 „sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems“, „Alzheimer“
- F00.- – F06.9 „sonstige Demenzerkrankungen“
- F20.- – F25.9 „Schizophrene Störungen“
- F30.- – F34.9 „bipolare affektive Störungen“
- F60.- – F60.9 „Persönlichkeitsstörung“
- F40.- – F41.3 „Angststörungen“
- F32.- – F33.9 „Depressive Störungen“

59-jähriger Alzheimerpatient mit Hypertonie und KHK

G30.0 + G	Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn
F00.0* G	Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn (Typ 2)
I10.0 G	Essentielle (primäre) Hypertonie ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I25.10 G	Atherosklerotische Herzkrankheit ohne hämodynamisch wirksame Stenose
Z92.1 G	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulantien in der Eigenanamnese

62-jähriger adipöser Patient mit Schizophrenie, Typ-2-Diabetes und diabetischer Angiopathie

F20.0 G	Paranoide Schizophrenie
E11.51 G	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit peripheren vaskulären Komplikationen, als entgleist bezeichnet
I79.2* G	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
E66.02 G	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
Z72.8 G	Sonstige Probleme mit Bezug auf die Lebensführung

34-jährige Patientin mit langjähriger Anorexia nervosa (z. Z. BMI 14,2), Laxantienabusus, Osteoporose, Anämie und Niereninsuffizienz

F50.0 G	Anorexia nervosa
M82.80* G	Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
D64.9 G	Anämie nicht näher bezeichnet
N18.3 G	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3
F55.1 G	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen: Laxantien
Z91.1 G	Nichtbefolgung ärztlicher Anweisungen [Non-compliance] in der Eigenanamnese

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

Diagnoseprüfung: Geändertes Verfahren nötig

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein hat ihre Mitglieder vor wenigen Wochen gebeten, der KV im Falle von Implausibilitäten bei der Abrechnung, die im Rahmen der Diagnoseprüfung auffallen, entsprechende Ergänzungen und Korrekturen zu gestatten. Da die KV dazu viele Rückfragen erreichten, erklärt KV-Vorstandsvorsitzender Dr.med. Peter Pott-hoff nochmal, warum das neue Verfahren nötig geworden ist. „Das NRW-Gesundheitsministerium hat als Aufsichtsbehörde den früheren Modus abgelehnt und fordert, dass ein Arzt die von der KV gesetzten Korrekturen aktiv bestätigen beziehungsweise die KV zur Korrektur auffordern muss. Über diese Änderung bei der Diagnoseprüfung haben wir unsere Mitglieder zügig informiert.“ Da die Rücklaufquote bei den kontaktierten Mitgliedern erst bei rund 80 Prozent liegt, werden Korrekturen in vielen Fällen ausbleiben – mit direkten Auswirkungen auf die dokumentierte Morbidität und damit auf die künftige Gesamtvergütung.

ZI befragt Ärzte zu Praxiskosten

Mehrere tausend zufällig ausgewählte Praxen erhalten Ende Juni Post vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI). Unter dem Motto „ZIPP zählt!“ sind sie aufgefordert, sich bis zum 30. September an der bundesweiten Kostenstrukturerhebung im Rahmen des ZI-Praxis-Panels (ZiPP) zu beteiligen. Es ist die dritte Befragung des ZI im

Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diesmal geht es um die Praxiskosten im vergangenen Jahr. Die Daten werden benötigt, um steigende Ausgaben für Personal, Miete, Geräte und ähnliches nachweisen und in den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen geltend machen zu können.

Neue Qualitätszirkel

Thema Ärztliche Psychotherapeuten Leverkusen
Kontakt Dr. Antje Hartwig
Oulustraße 8
51375 Leverkusen
Telefon 02174 743123
E-Mail antje_hartwig@gmx.de
Termin ab 10. Juli 2012 alle zwei Monate
Ort Praxis Bombeck
Oulustraße 8
51375 Leverkusen

Thema Verfahrensübergreifende Psychotherapie
Kontakt Dipl. Psych. Ursula Gersch
Heinestraße 1
50931 Köln
Telefon 0221 94 33 94 85
Telefax 0221 800 55 24
Termin monatlich
Ort Heinestraße 1
50931 Köln

Thema Kinderpalli Aachen
Kontakt Dietrich Wittenhagen
Alexianergraben 9
52064 Aachen
Telefon 0241 33104
Telefax 0241 23772
E-Mail d.wittenhagen@t-online.de
Termin 2-4 x jährlich, mittwochs, 16 Uhr
Ort wechselnd

Thema Orthopäden und Schmerztherapeuten Aachen und Umgebung
Kontakt Orthopädie-Zentrum
Eschweiler
Dr. Maria-Elisabeth Plum-Schunk
Indestr. 55
52249 Eschweiler
Telefon 02403 50 50 80
Telefax 02403 50 50 819

Thema Kinder- und Jugendpsychiatrie Köln-West
Kontakt Dr. Fabian Schneider
Clarenbachstraße 162
50931 Köln
Telefon 0178 8173850
Ort ABS, Gottesweg 135,
50939 Köln
Termin 1 x pro Quartal

Thema Effektivitätsoptimierung von Psychotherapie, Methodenübergreifende Gesichtspunkte
Kontakt Dr. Matthias Lang
Hohenstaufering 57a
Telefon 0221 560 7499
Telefax 0221 560 7498
E-Mail dr.matthiaslang@netcologne.de
Termin nach Vereinbarung

Infos über elektronische Qualitätszirkel (eQZ)

Im KVNO-Portal haben Sie die Möglichkeit, Qualitätszirkel elektronisch zu verwalten. Über die Details würden wir Sie gern informieren. Wir planen dazu kostenfreie Info-Veranstaltungen für Vertragsärzte, Psychotherapeuten und natürlich Qualitätszirkel-Moderatoren. Die Termine finden nach Vereinbarung statt.

Aufbaukurs Moderatoren

Die KV Nordrhein bietet den Aufbaukurs für Qualitätszirkel-Moderatoren ab dem Jahr 2012 nur noch einmal im Jahr an. Ziel ist es, durch eine kompakte Darstellung von Themen die Qualität der Ausbildung insgesamt zu verbessern.

In diesem Zusammenhang erinnern wir die Moderatoren, dass sie innerhalb eines Jahres nach dem Grundkurs den Aufbaukurs besuchen müssen, um die Anerkennung als Qualitätszirkel-Moderatoren zu behalten.

Kontakt

Ilma Reißner-Gislason
Telefon 0211 5970 8110
Katharina Ernst
Telefon 0211 5970 8361
Telefax 0211 5970 8160
E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de

Brasilianische IT-Experten besuchen KV Nordrhein

Nordrhein gilt in Sachen Qualifizierter Elektronischer Signatur bundesweit als Vorreiter. Interesse an innovativer Technik aus dem Praxisalltag zeigten jetzt sogar Gäste aus Brasilien. Gilbert Mohr (Leiter der Abteilung IT in der Arztpraxis der KV Nordrhein (unten, Mitte) und Victor Krön (Referent für Telematik und elektronischen Arztausweis der Ärztekammer in Nordrhein, unten rechts) präsentierten Marcos Antonio Monteiro (President der Imprensa Official Sao Paulo, oben rechts), Industrial Director Ivail Andrade (oben, 2. von links) und Cristian dos Santos (Giesecke & Devrient Brasilien, oben, 4. von links) den elektronischen Heilberufsausweis und die elektronische Signatur. Die Imprensa Official Sao Paulo



wird in diesem Jahr damit beginnen, eine neue elektronische ID-Karte auszugeben.

IT-Experten informierten sich in Düsseldorf über innovative Technik im Praxisalltag.

Selbsthilfe-Infos im Internet

Die Zahl und Vielfalt der Selbsthilfegruppen macht die Suche nach dem passenden Angebot inzwischen schwieriger – vor allem im Internet. Orientierung verspricht die Internetseite von NAKOS, der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen. Das Internet-Angebot gibt es seit Ende 2011. Die Seite ist

die bundesweit erste interaktive Plattform für gemeinschaftliche Selbsthilfe. Nutzer können Fragen rund ums Thema Selbsthilfe stellen, Beiträge in Foren lesen oder schreiben. Derzeit sind rund 350 Nutzer registriert; in den ersten sechs Monaten gab es 18.000 Klicks.

www.selbsthilfe-interaktiv.de

Zehn Millionen Euro für Telemedizin

Die Landesregierung Nordrhein-Westfalens und die EU wollen telemedizinische Projekte und vor allem den Ausbau benötigter Strukturen in den kommenden drei Jahren mit insgesamt zehn Millionen Euro fördern. „Das Potenzial dieser Technologien ist erheblich und soll vor allem genutzt werden, um Versorgungsdefizite in ländlichen Regionen auszu-

gleichen“, hat Gesundheitsministerin Barbara Steffens (Grüne) angekündigt. Im Mittelpunkt steht der Aufbau eines landesweiten Zentrums für Telemedizin, das als eigenständige Abteilung am Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen in Bochum entstehen und allein mit 1,5 Millionen Euro gefördert werden soll.



EVA

Verstärken Sie Ihr Praxisteam

Kompetente Entlastung durch die qualifizierte Entlastende Versorgungsassistentin (EVA). Nähere Informationen über die Spezialisierungsqualifikation unter

www.akademie-nordrhein.de/EVA

Auskunft

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



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.



Infomarkt der KV Nordrhein

Ein großes Expertenteam erwartet Sie beim Infomarkt. Haben Sie Fragen zur Abrechnung? Dann beantworten die Abrechnungsberater der KV Nordrhein sie gerne beim Infomarkt. Außerdem können Sie sich über die Wege und verschiedenen Lösungen zur Online-Abrechnung, die ab dem 3. Quartal 2013 auch in Nordrhein Pflicht wird, informieren. Kommen Sie vorbei: Von der Abrechnung bis zur Zulassung – Experten der KV Nordrhein stehen für Sie bereit.

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

Termin Mittwoch, 4. Juli 2012
14 bis 17 Uhr

Ort Bezirksstelle Köln
Sedanstraße 10-16
50668 Köln

Anmeldung nicht nötig

Weiterbildung im Verbund: solimed zertifiziert

Die Mitglieder des „solimed – Unternehmen Gesundheit GmbH & Co. KG“ erhielten am 26. April in Solingen ihre Zertifizierungsurkunden, die sie als anerkannte Ausbilder künftiger Allgemeinmediziner auszeichnen. solimed ist ein Zusammenschluss von über 60 niedergelassenen Haus- und Fachärzten unterschiedlicher Fachrichtungen

und den drei Akutkrankenhäusern in Solingen. Gemeinsam bieten Sie ein Weiterbildungskonzept zum Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin aus einem Guss an, ohne dass Auszubildende sich um Rotation und Arbeitgeberwechsel im Rahmen ihrer unterschiedlichen Ausbildungsstätten bemühen müssen.



Die Mitglieder des Weiterbildungsverbundes solimed sind jetzt zertifiziert.

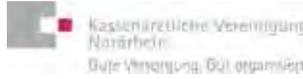
Kontakt

GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft
Viktoria König
Telefon 0211 5970 8640
E-Mail viktoria.koenig@gmg-nordrhein.de

Termine

30.06.2012	Nordrheinische Akademie: Fortbildung für MFA „Psychosomatik“, Düsseldorf
■ 04.07.2012	KV Nordrhein: Infomarkt, Köln
■ 11.07.2012	IQN/KV Nordrhein: „Antibiotikatherapie in der Praxis – aktueller Stand“, Köln
■ 29.08.2012	KV Nordrhein/Rheinische Post: RP-Ratgeber Gesundheit „Volkskrankheit Rückenschmerzen“, Düsseldorf
29.08.2012	Nordrheinische Akademie: Fortbildung für MFA „Pharmakotherapie“, Köln
29.08.2012	Nordrheinische Akademie: „MRSA-Schulungsmaßnahme zur Vergütungsvereinbarung“, Düsseldorf
■ 05.09.2012	KV Nordrhein: Zertifizierte Fortbildung „Organspende“, Düsseldorf
■ 14.09.2012	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf
■ 25.09.2012	KV Nordrhein: Patientenveranstaltung „Organspende“, Düsseldorf
06.-12.10.2012	Nordrheinische Akademie: „75. Fortbildungskongress“, Norderney
■ 10.10.2012	KV Nordrhein: Infomarkt, Düsseldorf
■ 26.10.2012	KV Nordrhein: Erste Erfahrungen mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz – ein Resümee, Düsseldorf

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



Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein
Gute Versorgung. Gut organisiert.

Antwortfax

Bitte faxen oder schicken Sie diese Antwort an Ihre Bezirksstelle:

<p>Bezirksstelle Düsseldorf Kreuzgasse Terschkestr. 9 40474 Düsseldorf Telefax: 0211 5970 8555 E-Mail: arztregister.duesseldorf@kvno.de</p>	<p>Bezirksstelle Köln Kreuzgasse Sodenstr. 10-16 50658 Köln Telefax: 021 7763 8500 E-Mail: arztregister.koeln@kvno.de</p>
--	--

Die KV Nordrhein möchte alle Praxen gerne effektiver informieren. Denn zum Beispiel im Falle einer Pandemie geht es um Schnelligkeit. Bitte teilen Sie uns Ihre Fax-Nummer und – falls vorhanden – Ihre E-Mail-Adresse mit. Zudem bieten wir Ihnen an, diese Angaben im Online-Verzeichnis der Ärzte und Psychotherapeuten zu veröffentlichen. (Angaben bitte gut lesbar eintragen)

Meine E-Mail-Adresse: _____

Meine Fax-Nummer: _____

Ich stimme der Veröffentlichung meiner Fax-Nummer im Online-Verzeichnis der KV Nordrhein zu.

Ich stimme der Veröffentlichung meiner E-Mail-Adresse im Online-Verzeichnis der KV Nordrhein zu.

Schnelle Infos: Geben Sie uns Ihre Mail-Adresse

Die KV Nordrhein würde Sie gern 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 Mitglie-

derverzeichnis 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 | [KV 120740](http://www.kvno.de)

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

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

Redaktionsbeirat

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

Druck

Echo Verlag, Köln

Satz

Merzhäuser | grafik+design, Bonn

Anschrift der Redaktion

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

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

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

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 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“ 8 | 2012

- **Gesundheitspolitik in NRW:**
Neustart nach den Neuwahlen?
- **Risiko für die Reputation:**
Bewertungsportale im Internet
- **Pilotprojekt im Rhein-Kreis Neuss:**
Infektionskrankheiten online melden
- **Aktiv fürs Impfen:**
MMR nicht unterschätzen
- **Debatte über Überschüssen:**
Wohin mit den Krankenkassen-Milliarden?

**Die nächste Ausgabe von „KVNO aktuell“
erscheint am 22. August 2012.**

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts
40182 Düsseldorf
E-Mail redaktion@kvno.de
Tel. 0211 5970 0 · Fax 0211 5970 8100

www.kvno.de



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.