

9+10 | 2012

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Hintergrund

Das Jahr 2025 | Ein Blick
in die Zukunft der Versorgung

Schwerpunkt

VV der KVNO | Laborreform
verschoben, Härtefälle konkretisiert

Aktuell

Praxisgebühr | Mehr als
200.000 Protest-Unterschriften

Praxisinfo

Influenza | Welche Kassen
die Impfung für alle übernehmen



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 VV der KVNO: Kämpferische Ärzte zeigen Wirkung
- 6 HVM: Laborreform verschoben – Härtefallregelungen konkretisiert
- 8 Beschlüsse der Vertreterversammlung

Aktuell

- 10 Infektionskrankheiten: Meldung per Mausclick
- 12 Schneisen im Formular-Dschungel
- 13 Protest gegen Praxisgebühr

Standpunkt

- 14 Patientenquittung als Mogelpackung
- 15 Transparenz darf keine Einbahnstraße sein

Praxisinfo

- 16 Influenza-Impfung ohne Indikation

- 16 LKK NRW tritt Strukturvertrag bei
- 17 IKK classic-Katarakt-Kontingentvertrag
- 17 Elektronischer eA-light ohne Foto
- 17 Große Praxen brauchen Datenschutzbeauftragten
- 18 D2D-Anwendung: U-Teilnahmebescheinigung
- 18 Gynäkologische Zytologie
- 18 Genexpressionsanalysen beim Mammakarzinom
- 18 BKK ALP plus wird actimonda Krankenkasse
- 18 DMP Knappschaft: nur Praxisgebühr befreit
- 18 Ausfüllhilfe zur häuslichen Krankenpflege
- 19 EBM Änderungen zum 1. Oktober 2012

Verordnungsinfo

- 20 Neue Regeln für Rezepturarzneimittel
- 20 ACE-Hemmer bleiben Mittel der Wahl
- 21 Neue STIKO – Empfehlungen
- 22 Ausfüllhilfe für BtM-Rezepte

Hintergrund

- 24 Versorgung 2025 – eine Futurologie

Berichte

- 27 Organspende: Vertrauen zurückgewinnen
- 28 Abzocke mit Arzt-Verzeichnissen

Service

- 31 BFB – wie funktioniert das?
- 32 Kodieren der primären Hypertonie

In Kürze

- 36 Kampagne der Herzstiftung
- 36 Achtung: Milzbrand bei Drogenkonsumenten
- 36 Qualitätszirkel suchen Mitglieder
- 37 Köln und Düsseldorf: HIV-Hochburgen
- 38 Qualitätsmanagement – neue Schulungen
- 38 Harmonie im Haus der Ärzteschaft
- 40 Termine
- 40 Veranstaltungen für MFA



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

wenn Sie diese Zeilen lesen, liegt die vermutlich entscheidende Verhandlungsrunde zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband zur Honorierung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte hinter uns. Unabhängig vom Ausgang der Auseinandersetzung dürfen wir eines schon heute als großen Erfolg verbuchen: Die Ärzteschaft hat über Fachgruppen und Berufsverbände hinweg Einigkeit und Handlungsbereitschaft bewiesen.

Solidarisch wie selten zuvor haben Ärzte und Psychotherapeuten auch in Nordrhein klar gemacht, dass sie bereit sind, für die Interessen unseres Berufsstands zu streiten – und notfalls auch zu streiken. Dass die KBV die Gespräche mit dem GKV-Spitzenverband auf Eis legen und wir schnell Protestmaßnahmen auf breiter Front beschließen konnten, war nur möglich, weil uns die Kassenärzte und -psychotherapeuten bundesweit den Rücken gestärkt haben. Dafür möchten wir uns herzlich bedanken!

Die konsequente Haltung war ein deutliches Signal an die Kassen, die diese Verhandlungen mit einem Affront begonnen und offenbar gehofft haben, dass die Forderungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte schnell vom Tisch seien. Eine Fehleinschätzung, zumal der Streit große öffentliche Aufmerksamkeit fand. Natürlich wurde einmal mehr versucht, die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten als nimmersatte Absahner zu diskreditieren. In anderen Fällen wurde die unzureichen-

de Honorierung der Vertragsärzteschaft zwar anerkannt, aber als bloßes Verteilungsproblem innerhalb der Ärzteschaft dargestellt – ohne die systematische Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung zu berücksichtigen.

Doch auch diese Rechnung ging nicht immer auf: Wir haben deutlich gemacht, dass wir nicht allein für ein höheres Einkommen, sondern vor allem für vernünftige Arbeitsbedingungen, für Investitionen in die Praxen, für den Erhalt von Arbeitsplätzen und für eine gute Versorgung unserer Patienten kämpfen. Sie sind daher unsere Verbündeten in diesem Konflikt.

Die ambulante Versorgung, deren Qualität noch immer vorbildlich ist, muss auch ein Anliegen der Kassenvorstände sein. Sie sollten sich ihrer vornehmsten Funktion als Anwälte der gesetzlich Versicherten erinnern und in den Bestand und in die Zukunft dieser Versorgung investieren. Das gilt umso mehr in Nordrhein, wo wir uns immer schwerer tun, den Mediziner-Nachwuchs für die Übernahme oder Gründung einer Praxis zu gewinnen. Nur wenn der Beruf als niedergelassener Arzt attraktiv bleibt, werden wir das Vertrauen in das vertragsärztliche System erhalten können.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Peter Potthoff

Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier

Vorstand

Kämpferische Ärzte zeigen Wirkung

Selten hat eine Debatte um die Vergütung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte so viel Staub aufgewirbelt wie in den vergangenen Wochen. Selten haben sich die Spitzenvertreter der Krankenkassen und der ärztlichen Selbstverwaltung so unversöhnlich gegenüber gestanden. Und selten haben sich die Mitglieder der KVen so einig gezeigt, wenn es darum ging, ihren Protest zu artikulieren und die Legitimität der eigenen Forderungen zu begründen. Das gilt auch für die jüngste Vertreterversammlung der KV Nordrhein am 14. September.

Besonderes Reaktionsvermögen mussten Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein, und KV-Vorstand Bernhard Brautmeier am Tag der Vertreterversammlung beweisen: Wenige Minuten vor deren Beginn kam aus Berlin die Kunde, dass die nächste Verhandlungsrunde zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband nicht wie geplant am Folgetag, sondern erst am 4. Oktober stattfinden – und bis dahin eine Art Moratorium gelte.

Der verkündete Waffenstillstand, der von Medienberichten über ein verbessertes Angebot der Krankenkassen begleitet wurde, änderte

freilich nichts an der Kampfbereitschaft der Kassenärzte. Sie haben nicht vergessen, dass Ihnen die Kassen nur eine marginale Erhöhung des Gesamthonorars zubilligen wollten, die unter dem Strich sogar zu realen Einkommensverlusten geführt hätte.

Dr. Peter Potthoff sah daher auch keinen Grund, seine mit deutlichen Ansagen gespickte Rede zum Honorarstreit zu ändern – jetzt erst recht gelte es, die Protestbereitschaft zu konservieren, auch wenn konkrete Streikabsichten und Protestaktionen zunächst ruhten. Potthoff verwies auf den Erfolg der bereits erfolgten „Nadelstiche“, die die Kassen empfindlich trafen und meinte damit beson-

Der Streit ums Honorar 2013

8. AUGUST	30. AUGUST	1. SEPTEMBER	3. SEPTEMBER
Verhärtete Fronten	Schiedsspruch empört	Sonder-VV in Berlin	KBV klagt
Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) fordert ein Honorarplus von elf Prozent, insgesamt 3,5 Milliarden Euro. Die Kassen wollen 2,2 Milliarden einsparen – trotz hoher Milliarden-Überschüsse.	Der Bewertungsausschuss legt eine Steigerung des Orientierungspunktwertes um 0,9 Prozent fest. Die Anhebung ist angesichts der Kostensteigerungen und der Inflationsrate de facto eine Minusrunde für die Ärzte.	Rund 700 Ärzte und Psychotherapeuten protestieren auf einer Sonder-VV in Berlin. KBV-Chef Dr. Andreas Köhler fordert das Gesundheitsministerium auf, den Beschluss des Bewertungsausschusses zu be- anstanden.	Das zweite Treffen im Erweiterten Bewertungsausschuss bricht die KBV ab und klagt gegen die Honorar-Entscheidung. KVNO-Vorsitzender Dr. Peter Potthoff kündigt an: „Was nicht bezahlt wird, wird nicht mehr gemacht.“

ders den selbst verordneten Bürokratieabbau in den Praxen: Kassenanfragen wurden eine Woche lang nicht mehr oder nur noch zeitweilig beantwortet, Bonushefte nicht abgestempelt. Viele Ärzte beteiligten sich daran – und bewiesen so, dass sich der Protest gegen die Kassen richtet und nicht primär auf dem Rücken der Patienten ausgetragen wird.

Ärzteschaft vereint

Auch wenn sich mancher eine härtere Gangart gewünscht hatte: Für den KV-Vorstand zählte vor allem, dass sich die Ärzte einig gezeigt hätten. „Ich danke Ihnen, den Mandatsträgern, und auch den Berufsverbänden für ihre breite und starke Unterstützung“, sagte Potthoff. „Die Gemeinsamkeit aller Verbände ist eminent wichtig.“ Der KV-Vorsitzende begrüßte besonders, dass der Hausärzteverband in Nordrhein zu Protestmaßnahmen bereit gewesen sei und nicht der „zunächst zögerlichen Haltung von Herrn Weigeldt“ gefolgt sei, der sich am Tag der Sonder-VV gegen Streiks ausgesprochen hatte.

Scharf ins Gericht ging Potthoff mit den Kassen, die Ärzte systematisch diffamierten: „Fast gebetsmühlenartig tönt es: Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sind zu teuer, sie arbeiten mal zu wenig, mal zu viel, und sie liefern schlechte Qualität. Und zu all-



» Eine geschlossene und entschlossene Ärzte- und Psychotherapeuten-schaft kann viel bewegen.«

Dr. med. Peter Potthoff
Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein

dem ziehen sie als gierige Abzocker ihre Patienten über den Tisch.“

Die Delegierten waren sich einig: Trotz der vorübergehenden Windstille müsse die Protestbereitschaft aufrecht erhalten bleiben. „Wir werden den Druck aufrecht erhalten – die Allianz der Berufsverbände funktioniert“, sagte Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Nordrhein. Um ein Zeichen zu setzen und Handlungsbereitschaft zu demonstrieren, fasste die Vertreterversammlung einen bemerkenswerten Beschluss: Mit großer Mehrheit angenommen wurde ein Antrag, der die Honorarverteilung so verändern soll, dass der Leistungsbedarf oberhalb der Budgetierung bei der Honorarverteilung künftig nicht mehr berücksichtigt wird. „Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in

■ 6. SEPTEMBER

Bürokratiestreik

Die Vorstände der 17 KVen und der KBV-Vorstand beschließen „Nadelstiche“ und rufen alle Mitglieder zum Protest gegen die Kassen auf.

■ 10.-14. SEPTEMBER

Protest in den Praxen

Viele Praxen beteiligen sich an den Aktionen. Formlose Kassenanfragen werden nicht schriftlich beantwortet. Bonushefte bleiben unausgefüllt. Massen-Faxe an die Krankenkassen legen deren Leitungen lahm.

■ 13. SEPTEMBER

Streikabstimmung

Bei einer bundesweiten Abstimmung stimmen rund 75 Prozent der gut 50.000 teilnehmenden Ärzte für Praxisschließungen, falls die Kassen bei den Verhandlungen nicht einlenken.

■ 14. SEPTEMBER

Verschiebung

Die KBV und der GKV-Spitzenverband verschieben den angesetzten Verhandlungstermin auf den 4. Oktober.



» Wenn die AOK Patientenquittungen erstellt, dann aber wenigstens mit realistischen Zahlen.«

Bernhard Brautmeier
Vorstand KV Nordrhein

Nordrhein arbeiten im Durchschnitt ein Fünftel ihrer Zeit kostenlos – das kann nicht so bleiben“, betonte Bergmann.

Quittung ohne Wert

Um den Kollisionskurs der Krankenkassen ging es auch beim Reizthema „Patientenquittung“. KV-Vorstand Bernhard Brautmeier kritisierte den neuen Service der AOK Rheinland/Hamburg, die ihre Versicherten darüber informiert, welche Leistungen ihr behandelnder Arzt im Einzelfall abrechnet – und was er angeblich dafür bekommt. Das ist aber leider nur die halbe Wahrheit. „Wir haben uns sofort bei der AOK Rheinland/Hamburg beschwert, weil die Übersicht suggeriert, die angegebenen Summen seien das tatsächliche Arzthonorar“, so Brautmeier. Die angegebenen Preise sind Fiktion, die Budgetierung bleibt unberücksichtigt.

„Die Kasse versucht, die Einkommen der Ärzte höher erscheinen zu lassen, als sie sind. So wird verschleiert, wie viel Leistung die Ärzte aller Fachgruppen regelmäßig erbringen, ohne dafür honoriert zu werden“, so Brautmeier.

Offen blieb auf der Vertreterversammlung die Frage der Neueinrichtung eines Strukturfonds, wie ihn andere KVen bereits unterhalten. „Es geht darum, in Bereichen, in denen Unterversorgung besteht oder droht, unseren Sicherstellungsauftrag erfüllen zu können“, erklärte Brautmeier. 0,1 Prozent sollen pro Haushaltsjahr für den Fonds abgezweigt werden, jeweils zur Hälfte finanziert von KV und Kassen, um insbesondere Zuschüsse zu den Investitionskosten bei einer Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien bereitzustellen – insgesamt stünden gut fünf Millionen Euro bereit. Auch wenn die Mehrheit der KV-Delegierten nicht den Sinn des Fonds in Frage stellte, so schien doch vielen ein solcher Antrag unpassend vor dem Hintergrund der aktuellen Auseinandersetzung ums Honorar. Frank Bergmann zog den Antrag zur Einrichtung des Fonds zunächst einmal zurück – bis zur Wiedervorlage auf der nächsten Vertreterversammlung am 30. November.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

■ 28. SEPTEMBER

Sicherstellungsauftrag?

Die KBV-VV beschließt, alle KV-Mitglieder zu befragen, ob und unter welchen Bedingungen der Sicherstellungsauftrag noch akzeptabel ist. KBV-Chef Köhler legt einen Forderungskatalog vor, der erfüllt werden müsse, damit die KVen den Sicherstellungsauftrag weiter wahrnehmen.

■ 4. OKTOBER

Verhandlungen vertagt

Die Verhandlungsrunde wird vertagt, KBV und GKV-Spitzenverband konnten sich nicht einigen. Die Gespräche gehen im Erweiterten Bewertungsausschuss weiter – also unter Leitung von Prof. Jürgen Wasem.

Dies ist der Stand zum Redaktionsschluss. Über den weiteren Verlauf informieren wir Sie unter www.kvno.de



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.

KVNO-Ticker
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Praxis & Patient
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

VIN VerordnungsInfo Nordrhein
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

D2D-Newsletter
6. Februar 2011

D2D-Statistik steigt
Bundesweit exakt 11.232 Anwender in 8.918 Einrichtungen (Praxen/Krankenhausbildungen) nutzten im Dezember 2010 die Telematik-Plattform. In Nordrhein sind 17,2% und Bremen mit 11,6% die D2D-User in Nordrhein. Nach wie vor die am stärksten 325.000 Transaktionen im D2D Nachrichten monatlich (Online-Abrechnung, eKobd) wird etwa 10.000 Sendungen 15.000 elektronische Arztbriefe.

DALE-UV via D2D ab 2011
Bis vor fünf Jahren war der Datenaustausch möglich. Seit 2011 ist die Nutzung von D2D für die Abrechnung von Leistungen über die Telematik-Plattform (D2D) verpflichtend.

Verordnungsinweis
Dabigatran (Pradaxa) bei Vorhofflimmern

Der Novartis-Herzer Dabigatran ist seit 2010 in Deutschland zugelassen zur Primärprävention von venösen thromboembolischen Ereignissen bei erwachsenen Patienten nach akuten obstruktiven Hohl- oder Krampfadern. Das oral einwirkende Dabigatran-Ester (Pradaxa) ist eine Alternative zu Präparaten in der Nachtherapie bei diesen Indikationen und sollte aus wissenschaftlichen Gründen nur bei Unverträglichkeit oder Kontraindikationen der nichtmedikamentösen Präparate eingesetzt werden (1).

Seit September 2011 ist die Zulassung von Pradaxa für die Anwendung bei Vorhofflimmern erweitert worden. Es kann eingesetzt werden zur Prävention von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei erwachsenen Patienten mit atrialfibrillärem Vorhofflimmern und einem oder mehreren Risikofaktoren. Die Risikofaktoren sind:

- Vorhofflimmern-Schlaganfall, TIA oder systemische Embolie
- LEV < 60%
- Symptomatische Herzinsuffizienz > NYHA-Klasse 2
- Alter > 75 Jahre
- Alter > 65 Jahre und gleichzeitig Diabetes mellitus, KHK oder arterielle Hypertonie (2)

Das Präparat ist in der Indikation Vorhofflimmern und 2010 in den USA in die 20100 mg Dosis zur Antikoagulation zugelassen worden. Die Anwendung wurde in der REES-Studie in zwei verschiedenen Dosierungen an über 18000 Patienten mit Vorhofflimmern und weiteren Risikofaktoren im Vergleich zu dem in den USA üblichen Warfarin getestet (3). Die durchschnittliche Beobachtungszeit betrug zwei Jahre. Die wichtigsten Ergebnisse der Studie sind in der Tabelle dargestellt.

	Tabelle: Ergebnisse der REES-Studie (Kapitel 10 pro Jahr)	
	Empfangen 2 x 150mg	Empfangen 1 x 150mg
Prozent Inzidenz Schlaganfall oder systemische Embolie	1,02 %	1,17 %
Prozent Inzidenz Blutungen	2,07 %	2,16 %
Prozent Inzidenz Schlaganfall	0,13 %	0,16 %
Prozent Inzidenz Blutungen	0,22 %	0,25 %
tot	0,71 %	0,73 %

Die Warfarin-Patienten der Studie waren zu durchschnittlich 64 Prozent der Beobachtungszeit im richtigen INR-Bereich. Patienten mit geringer Kreatinin-Clearance oder Leberfunktionsstörungen, wurden von der Studie ausgeschlossen.

In den Dabigatran-Gruppen benutzten mehr Patienten die Studie-Ritardierung im zweiten Jahr als in der Warfarin-Gruppe (71,8 und 71,3 % vs. 5,8 %), was Teil eines vermehrt aufrehten Nebenwirkungs- und Dyspepsie- und Durchfallrisikos darstellt.

www.kvno.de VIN VerordnungsInfo Nordrhein | 1. September 2011



Laborreform verschoben – Härtefallregelungen konkretisiert

Neben der Debatte über die Honorarverhandlungen auf Bundesebene war die Honorarverteilung in Nordrhein das zweite zentrale Thema der Vertreterversammlung am 14. September. Das hatte der Ausschuss Honorarverteilungsmaßstab (HVM) intensiv vorbereitet. Die Delegierten beschlossen die vorgelegten Änderungen ohne Gegenstimme.

Mit Spannung erwartet wurden die Beschlüsse zur Laborreform und die neuen Bestimmungen zu den Härtefallregelungen. Wir haben die wichtigsten Punkte für Sie zusammengefasst.

Laborreform: Die Leistungen des allgemeinen Labors und des Speziallabors werden ab dem vierten Quartal 2012 nicht mehr vollständig vergütet, sondern mit einer bundesweit einheitlichen Quote verrechnet. Die Quote wird jedes Quartal von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) neu ermittelt. Im vierten Quartal 2012 beträgt die Quote 95,36 Prozent, im ersten Quartal 2013 liegt sie bei 83,99 Prozent. Ausgenommen sind Leistungen des Akutlabors. Beispiel: Für die mit 27 Euro bewertete EBM-Nummer 32300 erhalten Sie im vierten Quartal 25,75 Euro.

Die Einführung eines Laborbudgets für Leistungen des Speziallabors wird dagegen zunächst ausgesetzt. Zu groß waren die Abweichungen der Labor-Fallwerte in Nordrhein von denen, die die KBV bei der Neukonzeption zugrunde gelegt hat. Bei den Pneumologen zum Beispiel lag der Fallwert in Nordrhein bei 18,39 Euro, der KBV-Referenzfallwert aber bei nur 4,00 Euro. Bei den Gynäkologen dagegen setzte die KBV einen Referenzfallwert von 4,00 Euro an, während der tatsächliche Fallwert im Rheinland bei 85 Cent lag.

„Wir brauchen mehr Zeit, um zu prüfen, welche Auswirkungen Änderungen hätten“, sagte Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender der Vertreterversammlung, der die vom HVM-Ausschuss entwickelten Änderungsvorschläge präsentierte. Das Thema bleibt auf der Agenda des Ausschusses, der der Vertreterversammlung Ende November einen Entwurf vorstellen will. Zum 1. April 2013 solle der Laborbereich auch in der KV Nordrhein neu gestaltet werden, kündigte Bergmann an.

Konvergenz: Der bisherige „Verlustausgleich“, der Praxen stützte, deren Umsatz nach der Honorarreform 2009 eingebrochen war, läuft langsam aus. „Einen dauerhaften Ausgleich können wir über den HVM nicht leisten“, referierte Bergmann. Für das vierte Quartal 2012 steigt die Verlustgrenze, ab der die KV Nordrhein finanziell einspringt, auf 12,5 Prozent. Im ersten Quartal begrenzt die KV Verluste von über 15 Prozent und im zweiten Quartal 2013 von über 17,5 Prozent. Danach endet die Konvergenzphase.

Härtefallregelungen: Die Regelungen für Härtefälle (vormals Ausnahmeregelungen) hat der HVM-Ausschuss überarbeitet. Die einzelnen Punkte wurden zwar schon früher berücksichtigt, sind aber nun klar im HVM dargestellt. Zum Teil waren Änderungen auch aufgrund von Urteilen des Bundessozialgerichts

nötig. Am Prozedere hat sich nichts geändert: Die Entscheidungen über die Anträge trifft der Vorstand der KV Nordrhein nach Anhörung des HVM-Ausschusses.

Geändert hat sich im HVM beispielsweise die Bewertung für „außergewöhnliche Steigerungen der Fallzahl“. Dies ist nun der Fall, wenn die Zahl der Fälle um mindestens 20 Prozent gestiegen bzw. gesunken ist. Zusätzlich unterscheidet die neue Fassung des HVM den Vergleichszeitraum: Liegen Gründe vor, die zu einem Fallzahlenanstieg im aktuellen Quartal führen, bestimmt der HVM, dass zum Vergleich das Vorjahresquartal heranzuziehen ist. War der Fallzahlenrückgang in der Vergangenheit, dann dient jetzt als Vergleich das entsprechende Quartal vor zwei Jahren.

Ein Beispiel: Ein Arzt erleidet im vierten Quartal des Jahres 2012 einen Bandscheibenvorfall und rechnet deswegen 20 Prozent weniger Fälle ab als im Vorjahresquartal. Für das vierte Quartal 2013 stellt er den Antrag, eine höhere Fallzahl anzusetzen, da die im Vorjahresquartal wegen seiner Krankheit zu niedrig war. Gibt die KV dem Antrag statt, kann die Fallzahl bis zur aktuellen Fallzahl angehoben werden. Diese Regelung verhindert, dass Verluste sich negativ auf die Folgequartale auswirken.

Auch Fallzahlsteigerungen können anerkannt werden. Angenommen, im vierten Quartal 2012 beendet ein Kollege um die Ecke seine Tätigkeit und findet keinen Nachfolger für die Praxis am Standort. Wenn Sie dann erheblich mehr Patienten betreuen, um die Versorgung vor Ort sicherzustellen, kann Ihnen auf Antrag Ihre höhere Fallzahl zuerkannt werden.

Ebenfalls konkretisiert wurden die „Ausnahmen von der Abstufung“. Dies ist möglich, wenn eine Arztgruppe mindestens die doppelte Fallzahl der Arztgruppe versorgt und gleichzeitig weniger als drei Praxen im Einzugsgebiet existieren, die unter 150 Prozent der Fallzahlen aufweisen.

Zur Sicherstellung eines „besonderen Versorgungsbedarfs“ kann die KV Nordrhein den Fallwert anheben. Dies sieht der HVM vor, wenn eine Praxis sich spezialisiert hat und mindestens 20 Prozent ihrer Leistungen in dem Spezialisierungs-Bereich abrechnet. Diese Häufung muss zudem atypisch für die Arztgruppe insgesamt sein, eine besondere Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern. Oder aber die Leistung wird aus Gründen der Sicherstellung in der Praxis im Vergleich zum Fachgruppen-Durchschnitt mindestens fünfmal so oft erbracht.

Neu im HVM ist die Auffangregelung (§ 6b HVM). Demnach kann die KV Nordrhein die Regelleistungsvolumen anpassen, wenn „Umstände vorliegen, die der Arzt nicht zu vertreten hat, und die dazu führen, dass das nach den Bestimmungen des HVM berechnete RLV im Einzelfall sowohl zu einer nachweislichen Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der Praxis als auch zu einem spezifischen Sicherstellungsbedarf führt“. Die Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der gesamten Praxis müssen Betroffene durch „geeignete Unterlagen“ darlegen.

BAG-Zuschläge: Ab dem 1. Oktober 2012 sieht der HVM nur noch eine maximale Förderung einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) von zehn Prozent vor. Jeder Standort einer BAG mit mindestens zwei Ärzten erhält diese Förderung für die kooperative Behandlung von Patienten. Der Kooperationsgrad hat keine Bedeutung mehr. Die einheitliche Regelung der Zuschläge war bereits von der Vertreterversammlung im Mai beschlossen worden.



Die Vertreter verabschiedeten die HVM-Änderungen ohne Gegenstimme.

■ FRANK NAUNDORF

Alle Änderungen des HVM sind in der Oktober-Ausgabe des Rheinischen Ärzteblatts veröffentlicht worden. Den vollständigen HVM können Sie im Internet abrufen unter www.kvno.de

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein fasste am 14. September folgende Beschlüsse:

Begrenzte Leistung für begrenzte Mittel

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein unterstützt den diesjährigen Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), nachdem begrenzte Mittel nur begrenzte Leistungen ermöglichen.

Vorstand und HVM-Ausschuss der KV Nordrhein werden aufgefordert, zur Etablierung dieses Prin-

zips aktiv zu werden. Entsprechende Möglichkeiten zur Umsetzung sollen bei der nächsten Sitzung der Vertreterversammlung vorgeschlagen werden.

Antrag: Wieland Dietrich, Dr. Hans Wilhelmi, Gerd Ekkehard Höveler, Dr. Peter Loula, Dr. Ralph Krolewski, Dr. Jens Uwe Wasserberg

Gegen Diffamierung und Unterfinanzierung

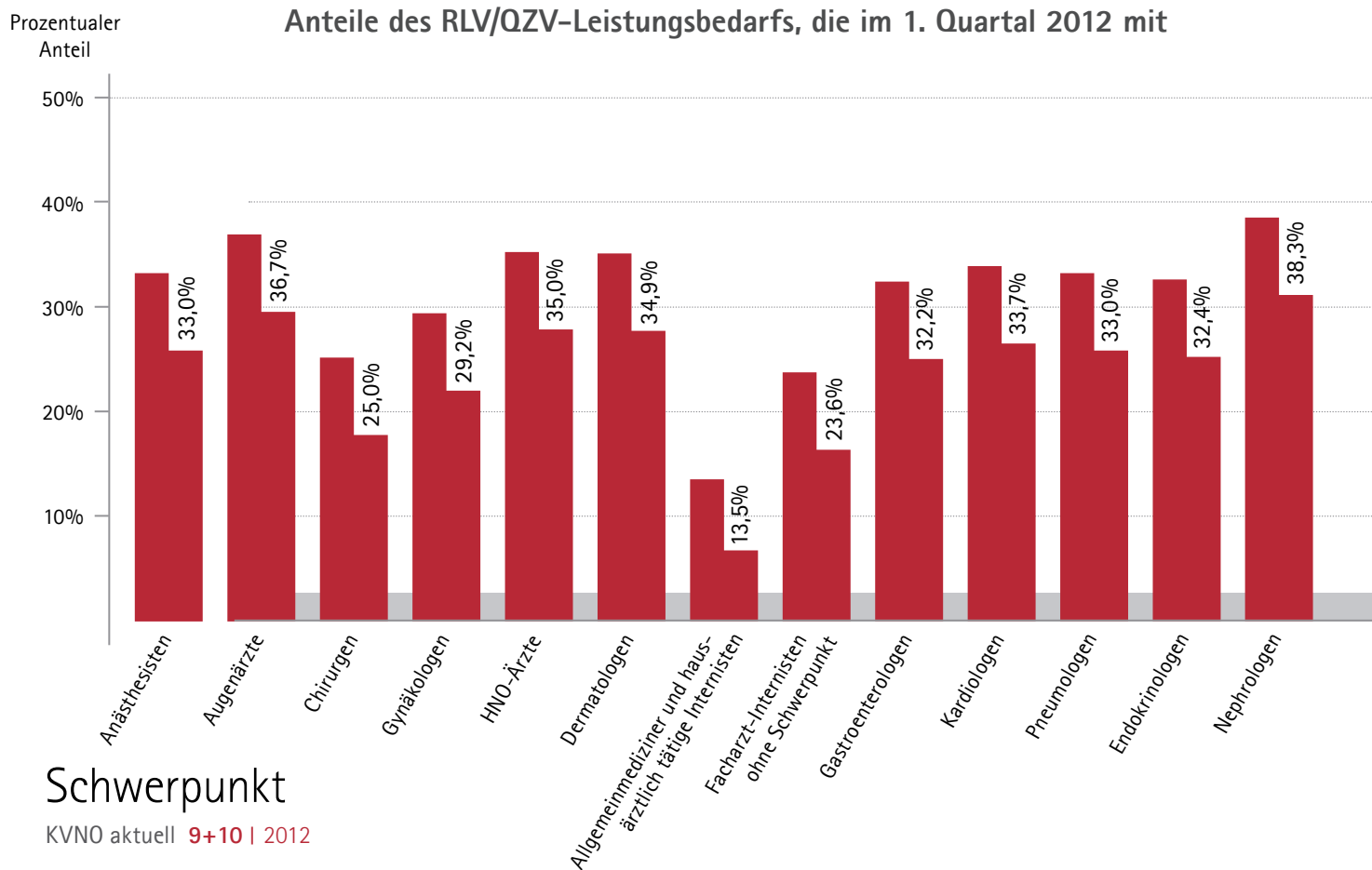
Wir unterstützen die laufenden Protestmaßnahmen der Vertragsärzte in Nordrhein und auf Bundesebene. Diese Proteste richten sich gegen wiederholte Diffamierungen seitens der Krankenkassen und gegen die prekäre Unterfinanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung. Diese Unterfinanzierung bedroht die ethisch und beruflich gebotene Versorgung unserer Patienten.

Die Spitzen von KV Nordrhein und der KBV werden im Hinblick auf den Fortgang der Gespräche im

Erweiterten Bewertungsausschuss aufgefordert, die Meinung der Vertragsärzteschaft in jedem Fall einzubeziehen und umzusetzen. Am Ende muss es Zielsetzung im Interesse der nordrheinischen Vertragsärzteschaft und einer zukunftsfähigen ambulanten Versorgung sein, dass ein festes und betriebswirtschaftlich adäquates Honorar in Euro für jede erbrachte Leistung bezahlt wird.

Antrag: Wieland Dietrich, Dr. Hans Wilhelmi, Dr. Peter Loula, Gerd Ekkehard Höveler

Anteile des RLV/QZV-Leistungsbedarfs, die im 1. Quartal 2012 mit



Einzug der Praxisgebühr honorieren

Dem Vorstand der KV Nordrhein wird aufgegeben, sich landes- und bundesweit im Konsens mit den anderen Kassenärztlichen Vereinigungen bis zur Abschaffung der Praxisgebühr der Krankenkassen für eine Honorierung des Einzugs der Praxisge-

bühr in den Praxen der Vertragsärzte einzusetzen.

Antrag: Gerd Ekkehard Höveler, Wieland Dietrich, Martin Grauduszus, Dr. Peter Loula, Dr. Heidemarie Pankow-Culot, Dr. Catherina Stauch, Dr. Hans Wilhelm

Überschüsse der Kassen ausschütten

Der Vorstand der KV Nordrhein wird aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass unabhängig von den aktuellen Honorarverhandlungen unverzüglich ein Teil des von den gesetzlichen Krankenkassen angehäuften Überschusses von mittlerweile rund 22 Milliarden Euro an die KVen ausgeschüttet wird, deren Versichertenpauschale unterhalb der des

Landes Berlin liegt, um die massiven Standortnachteile zwischen den benachteiligten Ländern/KVen auszugleichen.

Antrag: Dr. Peter Loula, Martin Grauduszus, Dr. Hans Wilhelm, Gerd Ekkehard Höveler, Dr. Heidemarie Pankow-Culot, Wieland Dietrich, Dr. Catherina Stauch

Entwicklung von HVM-Strukturen

Der Ausschuss Honorarverteilungsmaßstab (HVM) wird beauftragt, für die nächste Sitzung der Vertreterversammlung Strukturen zu entwickeln, nach denen der Leistungsbedarf oberhalb praxis-

bezogener Regelleistungsvolumen bei der Honorarverteilung nicht mehr berücksichtigt wird.

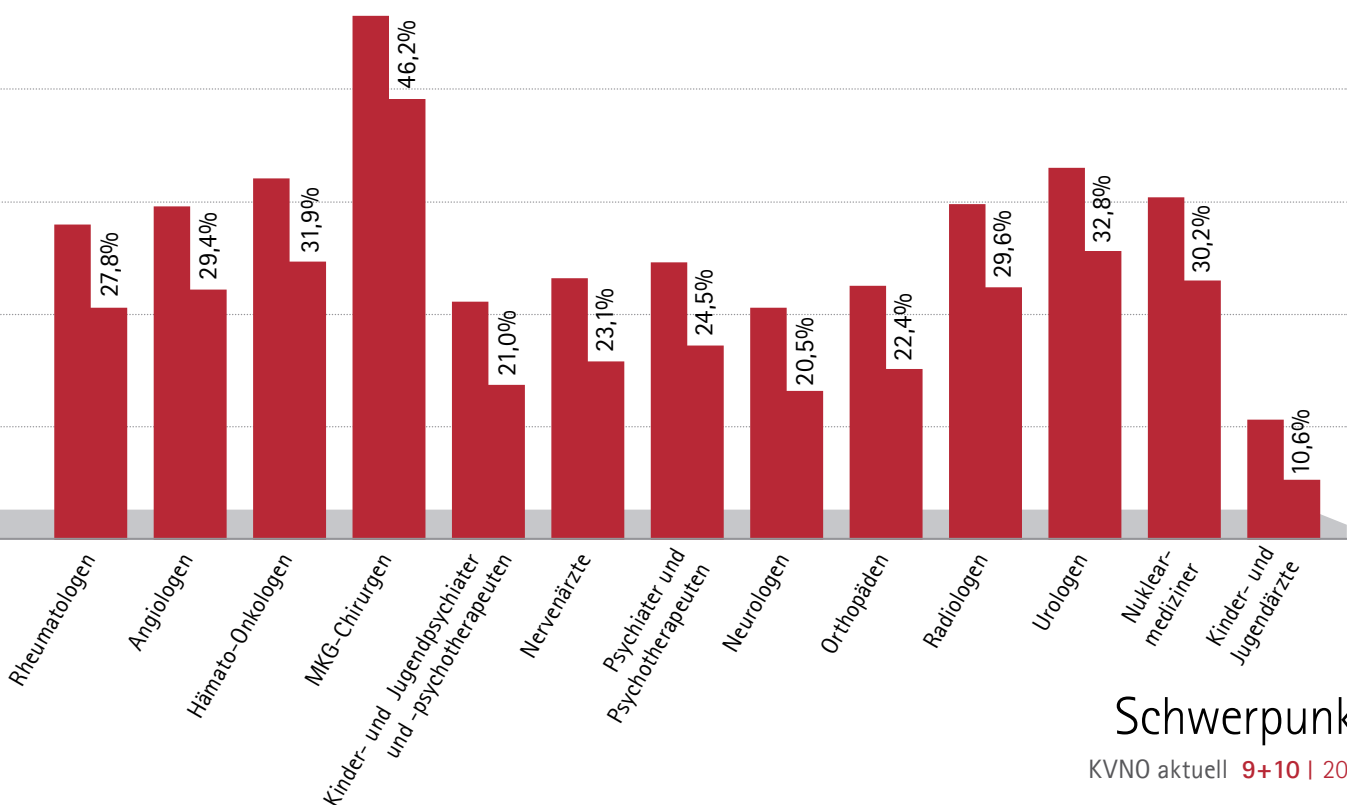
Antrag: HVM-Ausschuss

Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs

Die Änderungen des Honorarverteilungsmaßstab (HVM) sind in der Oktober-Ausgabe des Rheinischen Ärzteblatts abgedruckt. Die wesentlichen Punkte haben wir

für Sie auf den Seiten 4 und 5 dieser Ausgabe zusammengefasst. Den vollständigen HVM können Sie im Internet abrufen unter www.kvno.de

abgestaffeltem Punktwert vergütet wurden



Meldung per Mausclick

Der Rhein–Kreis Neuss hat sein Meldeverfahren bei Infektionskrankheiten beschleunigt. In einem Pilotprojekt wurde ein Mail–System entwickelt, das eine schnelle Übermittlung verspricht. Die bisherigen Ergebnisse des Tests sind vielversprechend. „Wir sind auf dem richtigen Weg“, sagt Landrat Hans–Jürgen Petrauschke.

Im Frühjahr 2011 versetzte der EHEC–Erreger Forscher und Gesundheitsbehörden in Alarmbereitschaft. Etwa 3000 Menschen bundesweit infizierten sich mit dem Keim, der lebensbedrohliche Darmentzündungen mit blutigen Durchfällen und Nierenversagen hervorrufen kann. Zusätzlich erkrankten weit über 850 Patienten an dem gefährlich Hämolytisch–urämischen Syndrom (HUS), das Nieren und Hirn schädigen kann.

Verfahren beschleunigen

Beim Ausbruch der Epidemie wurde deutlich: Schnelle Meldungen an das Robert Koch–Institut sind wichtiger denn je. Experten kritisierten damals unter anderem die Verzögerung bei der Registrierung der Fälle. In dieser Folge wurden zwar die gesetzlichen Meldefristen bei Infektionskrankheiten von zehn auf drei Tage verkürzt – doch eine entscheidende Schwachstelle blieb: „Ärzte, Labore und Krankenhäuser melden Infektionskrankheiten noch weitgehend auf dem traditionellen Kommunikationsweg. Also zum Teil noch per Brief oder Fax“, erklärt Dr. Michael Dörr, Leiter des Neusser Kreisgesundheitsamtes. Dadurch würde nicht selten wichtige Zeit verloren gehen. Im Jahr werden im Rhein–Kreis Neuss etwa 2000 Infektionen gemeldet, etwa Masern oder Noroviren.

Da es im Rhein–Kreis Neuss bereits ein gut funktionierendes Netzwerk zwischen Ärzten, Krankenhäusern und Behörden gibt, wurde er für ein landesweites Pilotprojekt ausgewählt.

Dessen Ziel ist es, das System zu verbessern und auf ein elektronisches Mail–Verfahren umzustellen. Bereits Anfang 2011 startete der Kreis das Vorhaben unter Leitung des NRW–Gesundheitsministeriums. Mit beteiligt sind das Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen (ZTG), die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein sowie der Software–Hersteller Duria. „Für das Verfahren haben wir bewährte Sicherheitsmechanismen und Standardtechnologie aus dem KV–System eingesetzt“, erläutert Gilbert Mohr, Leiter der Abteilung IT in der Arztpraxis der KV Nordrhein. Komponenten sind ein KV–SafeNet–Anschluss sowie D2D–Technik für den verschlüsselten Versand der sensiblen Daten.

Beim Pilotprojekt machen 18 Ärzte und zwei Krankenhäuser mit, sie wurden mit den notwendigen Programmen ausgerüstet. „Die Übermittlung funktioniert“, weiß Michael Dörr, nachdem bereits mehrere „Dummy–Datensätze“ per Mausclick auf dem elektronischen Weg an das Kreisgesundheitsamt versandt wurden. Auch an den Wochenenden sei eine schnelle Übermittlung garantiert: „Unsere Mitarbeiter sind mit Laptops ausgerüstet, auf denen die Mails auflaufen“, so Dörr. Der Unterschied zur Standard–Mail: Die sensiblen Daten werden verschlüsselt übermittelt und sollen gegen Hack–Angriffe und Spionage gefeit sein. Amtsleiter Dörr spricht in diesem Zusammenhang von einem sicheren Transportweg, „der eine vertrauliche und datenschutzrechtliche Übermittlung erlaubt“.

Es galt jedoch nicht nur technische Fragen zu klären. Es ging auch darum, die Datensätze in die Computersysteme der Ärzte, Labore und Krankenhäuser zu integrieren. Das war kein leichter Schritt, wie Gilbert Mohr von der KV Nordrhein sagt. Denn die Ärzte mussten motiviert werden, die hochwertige Software auf ihrem System zu installieren – für durchschnittlich ein bis zwei Meldefälle im Jahr.

Standards fürs Land finden

Die Teilnehmer ziehen eine positive Zwischenbilanz. Für Landrat Hans-Jürgen Petruschke ist das Projekt „ein besonders schönes Beispiel dafür, wie man die Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung so nutzen kann, dass sie allen dienen“. Kreisgesundheitsdezernent Karsten Mankowsky ist ebenfalls zufrieden: „Wir waren in diesem Bereich schon gut aufgestellt, aber jetzt wird das Verfahren noch schneller, besser und kostengünstiger als bisher.“ Und für ZTG-Geschäftsführer Reiner Becker steht fest: „Hier wurde ein Standard für NRW geschaffen.“ Bewährt sich das Projekt, ist eine landesweite Ausweitung denkbar.

■ WILJO PIEL / NEUSS-GREVENBROICHER ZEITUNG



Meldepflichtige Krankheiten und Erreger übermitteln Ärzte, Labore und Kliniken in einem Pilotprojekt elektronisch. Der Rhein-Kreis Neuss stellte es Anfang des Jahres vor.

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 121011**



Antwortfax

Bitte faxen oder schicken Sie diese Antwort an Ihre Bezirksstelle:

Bezirksstelle Düsseldorf Kreuzgasse Tersingstr. 9 40474 Düsseldorf Telefax: 0211 6970 8565 E-Mail: arztregister.duesseldorf@kvno.de	Bezirksstelle Köln Kreuzgasse Sedentzstr. 10-16 50669 Köln Telefax: 0221 7763 6500 E-Mail: arztregister.koeln@kvno.de
---	---

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.

Schneisen im Formular-Dschungel

Die meisten Hilferufe betreffen den Formular-Wildwuchs, den viele Krankenkassen in Nordrhein betreiben. Fast täglich erreicht die Redaktion eine Mail oder ein Fax mit Anfragen, die von den vereinbarten Vordrucken abweichen. Ärzte müssen auf solche Formulare nur unter bestimmten Voraussetzungen reagieren.

Anfragen der Krankenkassen auf vereinbarten Vordrucken müssen Ärzte beantworten. Doch vielfach modifizieren Kassen die Formulare, ergänzen beispielsweise einzelne Fragen. „Die Beantwortung derartiger ergänzender oder geänderter Fragen können Vertragsärzte ablehnen“, betont Steffen Franck, Jurist der Stabsstelle Recht der Bezirksstelle Düsseldorf der KV Nordrhein.

Fordern Kassen Informationen auf nicht vereinbarten Vordrucken, ohne die einschlägigen Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs V oder anderer Rechtsvorschriften zu nennen oder ohne die Vergütung anzugeben, kann der Arzt die Auskunft verweigern. Das gilt auch für Anfragen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK).

Zwar sind Vertragsärzte verpflichtet, auf Anforderung bestimmte Informationen über Patienten zur Verfügung zu stellen, aber nur im Rahmen der Aufgabenerfüllung des MDK. Dies setzt voraus, dass die Kasse den MDK im konkreten Fall zum Beispiel mit der Prüfung eines Leistungsanspruchs beauftragt hat. „Fordert die Kasse Patientenunterlagen nur aus dem Grund an, um im Vorfeld zu klären, ob der MDK einzuschalten ist, ist dies unzulässig“, erläutert Franck.

Das passiert in der Praxis aber immer häufiger. Eine Betriebskrankenkasse beispielsweise forderte einen Allgemein-

mediziner (Kasse und Name des Arztes sind der Redaktion bekannt) am 10. August 2012 auf, folgende Unterlagen zu übersenden: „Angaben zur Medikation, akt. Beschwerdesymptomatik, Facharztberichte akt. ab Febr. 2012. Der Arzt wandte sich am 28. August an die KV Nordrhein.

Prompte Reaktion

Schon einen Tag darauf stellte Franck in einem Schreiben an die Praxis klar: „Sie sind zur Beantwortung der Anfrage nicht verpflichtet.“ Denn die Einsicht in die Behandlungsunterlagen im Zusammenhang mit der Beurteilung einer Arbeitsunfähigkeit sei grundsätzlich dem MDK vorbehalten – und zwar nach dessen Beauftragung. Zudem fehle die Angabe der Rechtsgrundlage, zu der die Kasse verpflichtet sei, da es sich um einen nicht-vereinbarten Vordruck handele. Der Jurist bot dem Mediziner an, bei der Kasse zu intervenieren, was dankbar angenommen wurde.

Am 3. September wandte sich die KV Nordrhein im Auftrag des Allgemeinmediziners an die Kasse und wies sie auf das „datenschutzrechtlich unzulässige“ Vorgehen hin. Denn es sei eben nicht zulässig, als Kasse Daten anzufordern, die „nach den maßgeblichen Bestimmungen des SGB V (...) ausschließlich dem MDK vorbehalten“ seien.

Franck drohte an, den Fall in KVNO aktuell mit Nennung des Namens der Kasse öffentlich zu machen, sollte sie

„sich nicht dazu in der Lage sehen, künftig Anfragen an unsere Mitglieder ausschließlich entsprechend der Vorgaben der maßgeblichen sozialrechtlichen Bestimmungen zu richten.“ Die Kasse lenkte ein: In Zukunft würden solche Briefe einen Hinweis auf die Rechtsgrundlage und ein Antwortkuvert für den MDK beinhalten. ■ NAU

KVNO kämpft für Sie

Melden Sie Ihren Fall der Redaktion

Telefax 0211 5970 9108 | E-Mail redaktion@kvno.de

Protest gegen Praxisgebühr

Es ist ein Votum, das an Eindeutigkeit nichts zu wünschen übrig lässt: Die Grenze von 200.000 Unterschriften zur Abschaffung der Praxisgebühr ist überschritten. Die Patienten in den nordrheinischen Arztpraxen bekunden in großer Zahl, dass sie die Zwangsabgabe lieber heute als morgen los werden möchten – und sind nicht nur an dieser Stelle wichtige Verbündete ihrer Ärzte.

Mit einer eindrucksvollen Zahl wartete Bernhard Brautmeier auf der Vertreterversammlung Mitte September auf: Der Vorstand verkündete, dass allein bei der KV Nordrhein im Rahmen der bundesweiten Kampagne der KVen zur Abschaffung der Zwangsabgabe schon fast 180.000 Unterschriften eingegangen seien. „Die Rückmeldung zeigt, dass sich nicht nur die Ärzte, sondern auch Patienten über Zwangsmaßnahmen der Kassen ärgern.“

120 Stunden Arbeit pro Praxis

Immer wieder fordern die Praxen Nachschub an Formularen an. „Die hohe Zahl der Unterstützer zeigt, wie sehr die Zwangsabgabe den Nerv der Versicherten trifft. Die Patienten haben verstanden, dass die Gebühr die beabsichtigte Lenkungsfunction nicht erfüllt und in den Arztpraxen, in denen die Gebühr für die Krankenkassen eingetrieben wird, viel Bürokratie und Kosten verursacht.“ Zudem fehle die Zeit, die für Verwaltungsaufgaben aufgewendet werden muss, für die Behandlung der Patienten.

Nach Berechnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wendet jede Arztpraxis für das Eintreiben und Quittieren der Gebühr, die den Kassen pro Jahr etwa zwei Milliarden Euro bringt, etwa 120 Stunden Zeit per anno auf. Die Kosten für den bürokratischen Aufwand durch die Praxisgebühr liegen bei rund 360 Millionen Euro – also über 4000 Euro pro Praxis und Jahr. „Das sind inakzeptable Belastungen“, sagt Brautmeier.

Bundesweit waren zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe im Rahmen der Kampagne, die Ende Mai in Bayern gestartet worden war, rund 1,2 Millionen Unterschriften zusammengekommen. Die Unterschriftenaktion läuft noch bis Ende Oktober. Dann sollen die Listen an Politiker auf Bundes- und Landesebene übergeben werden.

Noch steht die Front derer, die für den Erhalt der Gebühr plädieren, doch sie bröckelt. Neben bekannten Befürwortern einer Abschaffung wie Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr gibt es inzwischen sogar Kritiker auf Kassenseite. Mitte August forderte der Vorstandsvorsitzende der Techniker Krankenkasse, Jens Baas, als erster Kassenchef das Ende der Abgabe. Kassen und Gesundheitsfonds stünden derzeit finanziell sehr gut da. Es gebe keinen Grund, den Kranken sinnlos in die Tasche zu greifen, so Baas. Außerdem verhindere die Praxisgebühr keine unnötigen Arztbesuche und steuere keine Patientenströme. Sie sei schlicht ein Ärgernis – für Kranke und für Ärzte. ■ HSCH



Über 200.000 Patientenunterschriften zur Abschaffung der Praxisgebühr liegen der KV Nordrhein schon vor.

Die Unterschriftenlisten gegen die Praxisgebühr können Sie auf der Homepage der KV Nordrhein herunterladen: www.kvno.de

KV | 121013

Patientenquittung als Mogelpackung

Transparenz ist ein heute viel bemühtes Zauberwort – erst recht in Zeiten mündiger Patienten. Die AOK Rheinland/Hamburg ermöglicht ihren Versicherten seit Anfang August, ihre Arztrechnungen im Internet einzusehen. Problem: Die Posten und Summen, die dargestellt werden, entsprechen keineswegs dem tatsächlichen Honorar. Die Budgetierung durch die Regelleistungsvolumen wird ebenso wenig berücksichtigt wie die Tatsache, dass der Auszahlungspunktwert unterhalb des Orientierungspunktwertes liegt.

Dr. Thomas Weitershagen stellt einfache Fragen. Der Allgemein- und Palliativmediziner aus Euskirchen möchte von seinem Ansprechpartner bei der AOK Rheinland/Hamburg wissen, ob denn dessen Versicherte auf ihrer Patientenquittung sehen können, was alles nicht abgerechnet worden ist.

„Erfährt der Patient von seinen mehrfachen, nicht abrechenbaren Besuchen? Erfährt er von einem Regelleistungsvolumen, bei dessen Überschreitung abgestaffelt wird?“, lauten die Fragen des niedergelassenen Arztes, der auf den Punkt bringt, was auch für die KV Nordrhein ein großes Ärgernis darstellt: „Auf diesen Online-Quittungen werden für die abgerechneten Leistungen Preise genannt, die die Ärzte nicht realisieren können. Damit vermittelt die Übersicht ein völlig falsches Bild von den Leistungen und der Honorierung der Ärzte“, bemängelt Bernhard Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein, die sich dafür eingesetzt hat, dass dieser Geburtsfehler behoben wird. Ohne Reaktion.

Der Schein täuscht

Vor dem Hintergrund der aktuellen Auseinandersetzung um eine angemessene Vergütung kassenärztlicher Leistung stellt sich für viele Ärzte die Frage, ob die für die Kassen sonst so untypische Larmoyanz beim Umgang mit Zahlen System hat – als weiterer Baustein bei dem Versuch, die Einkommen der Ärzteschaft höher erscheinen zu lassen, als sie sind. Denn

die Quittung erweckt den Eindruck, dass die aufgeführten Preise auch ausgezahlt werden. „Das trifft aber nicht zu. In vielen Fällen liegt der Auszahlungspunktwert um mehr als 20 Prozent unter dem Orientierungspunktwert“, erklärt Brautmeier. Die Budgetierung durch die Regelleistungsvolumen findet auf der Quittung überhaupt keine Erwähnung, die unterschiedliche Vergütungssituation der Kassenärzte in den KVen auch nicht – so wird Transparenz zur Mogelpackung.

Auch wenn die Versicherung im Kleingedruckten darauf verweist, dass „die angezeigten Beträge von den tatsächlich an den Leistungserbringer ausgezahlten Beträgen abweichen können“, bleiben Zweifel. „Ich bezweifle, dass das Verfahren mehr bringt als erneute Nachfragen, die mich vom Arbeiten abhalten“, kritisiert Weitershagen, der in der Patientenquittung vor allem ein „spannendes Marketinginstrument“ sieht.

Zwar haben sich nach dem Start des Services binnen einer Woche 1500 Patienten (von 2,9 Millionen AOK-Versicherten in Nordrhein-Westfalen) als Nutzer registriert, doch soll das Interesse bereits erlahmen. Nicht umsonst verzichten andere große Kassen auf einen solchen Service. Kritisiert wird, dass Patienten gar nicht erkennen, was einzelne Behandlungen kosten – und viele Abrechnungsposten für den Laien unverständlich blieben. ■ HSC

Transparenz darf keine Einbahnstraße sein

Von Dr. Andreas Gassen

Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg können mithilfe einer „Patientenquittung“ nachvollziehen, welche Leistungen ihr Arzt erbracht hat. Welches Honorar er dafür bekam, erfahren sie nur scheinbar. Die Kasse tut einfach so, als würde es keine Budgetierung geben. Für Dr. Andreas Gassen, Mitglied der Vertreterversammlung der KV Nordrhein und Vizepräsident des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), ist das Vorgehen der Kasse kein Zufall: Die Einnahmesituation der Ärzte soll positiver dargestellt werden als sie ist.



Dr. Andreas Gassen

„Die Patientenquittung stärkt das Recht der Versicherten auf Information. Sie können so nachvollziehen, welche Leistungen in der Praxis oder im Kranken-

haus erbracht wurden.“ So vollmundig bewirbt die AOK auf Ihrer Homepage ihre neueste Erfindung: die „Patientenquittung“.

Nun: Transparenz ist an sich eine gute Sache. Aber leider ist Transparenz bei Krankenkassen eine Einbahnstraße. Die Ärzte, im Jargon der Krankenkassen gern Leistungserbringer genannt, sollen detailliert Auskunft darüber geben, welche Leistungen sie erbracht haben und der Logik gehorchend dann auch abrechnen. Spätestens hier ist es mit der Transparenz vorbei. Leistungen erbringen und Leistungen mit der Folge von daraus erwachsendem Honorar abzurechnen, sind nämlich zwei Paar Schuhe.

Auch wenn wir uns jetzt in der wohlklingenden Honorarsystematik der „Regelleistungsvolumen“ bewegen, hat auch dieser eher semantische Wechsel der Systematik nicht dazu geführt, die real wirkende Budgetierung abzulösen. Die AOK versucht indes mit der „Patientenquittung“ einen anderen Eindruck zu erwecken: Alles, was der Arzt an Behandlung, Beratung und somit Leistung erbringt, wird auch vergütet – diesen Eindruck muss der aufgeklärte Patient beim Lesen der Quittung bekommen.

Das entspricht zum Leidwesen der Ärzte aber nicht der Realität. Vielmehr ist es so, dass in vielen Fachgruppen das sogenannte Regelleistungsvolumen je Patient bereits mit dem ersten Besuch, nämlich mit Auslösung der Grundpauschale, ausgeschöpft oder überschritten ist. Zwar erbringen die Kolleginnen und Kollegen bei weiteren Patientenkontakten tapfer weiter Behandlungs- und Beratungsleistungen, bezahlt werden diese aber allenfalls zum sogenannten Restpunktwert, der bei knapp 10 Prozent des Orientierungspunktwertes (nominal rund 3,5 Cent) liegt. Hier von Vergütung zu reden ist schon verwegen.

Diese Strategie der Krankenkassen ist nicht neu. Wir erleben im Augenblick den Höhepunkt dieser Täuschungsmanöver. Es werden Gutachten veranlasst und sehr frei interpretiert. Demnach ist der Orientierungspunktwert noch viel zu hoch: Es müsste eigentlich Honorar gekürzt werden. Mit diesem Vorgehen, garniert mit Attacken auf die ganze Ärzteschaft, agieren Krankenkassen vertreten durch Ihren Spitzenverband in Honorarverhandlungen. Parallel bunkern Krankenkassen mittlerweile, nach Aussagen einiger rechtswidrig, 22 Milliarden Euro, die sie der Patientenversorgung vorenthalten.

Es ist an der Zeit, dass die Politik Spielregeln für Transparenz bei Krankenkassen einführt. Die letzten Meldungen über Verschwendung von Versicherungsgeldern durch Krankenkassen lassen Schlimmes befürchten. Wahrscheinlich wird durch derartiges Missmanagement der Krankenkassen noch deutlich mehr Geld der Versorgung entzogen. Hier fordert die Ärzteschaft Transparenz und Aufklärung. Sollten sich diese Verdachtsmomente bestätigen, müssen die Verantwortlichen bei den Krankenkassen mit allen juristischen Konsequenzen zur Rechenschaft gezogen werden.

Einzelne Kassen übernehmen Influenza-Impfung ohne Indikation

Für die beginnende Impfsaison 2012/2013 hat die KV Nordrhein mit sechs nordrheinischen Krankenkassen eine Vereinbarung zur Übernahme der Influenza-Impfung für alle Versicherten ohne Altersbegrenzung und ohne STIKO-Indikation geschlossen. Die AOK Rheinland/Hamburg übernimmt die Influenza-Impfung ohne Indikation für alle Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahre. Die Impfkation beginnt am 1. Oktober 2012 und endet am 31. März 2013.



Im Gegensatz zu den Vorjahren kann der Impfstoff für diese Satzungsleistung nicht wie bisher dem Sprechstundenbedarf für gesetzlich Krankenversicherte entnommen werden. Bei Satzungs-Impfleistungen greifen die von den Herstellern zu gewährenden Rabatte nicht, so dass für diese Patienten Einzelverordnungen auf den Namen des Patienten und seiner jeweiligen Krankenkasse ausgestellt werden müssen. Bitte nur in das Feld „Impfstoff“ eine „8“ eintragen, das Feld „Sprechstundenbedarf“ nicht markieren.

Ausnahme: Bei Grippe-Impfungen, die von der STIKO-Empfehlung bzw. der Schutzimpfungs-Richtlinie mit einer Standardindikation abgedeckt werden, wird der Impfstoff wie gewohnt über den Sprechstundenbedarf bezogen. Hierzu zählen Personen über 60, Kinder und Jugendliche mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung, Schwangere ab dem zweiten Trimenon und Bewohner in Alters- und Pflegeheimen.

Für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen verwenden Sie bitte die Symbolnummer 89112T. Die Impfung wird mit 5,80 Euro außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der RLV vergütet. Folgende Kassen beteiligen sich an der Vereinbarung:

- AOK Rheinland/Hamburg
(nur für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre)
- BKK Saint Gobain
- BKK dkm (DEMAG)
- BKK24
- pronova BKK
- KKH Allianz
- Techniker Krankenkasse

Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW tritt Strukturvertrag bei

Seit Anfang 2012 läuft der neue Vertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg zur Versorgung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom. Die Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW, die den alten Vertrag zur Integrierten Versorgung zum 31. Dezember 2011 gekündigt hatte, ist zum 1. Oktober 2012 dem neuen Vertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg beigetreten.

Eine wesentliche Änderung dieses Vertrages ist die bessere Versorgung der Patienten im häuslichen Umfeld durch speziell ausgebildete Wundassistenten. Daneben ist die Einführung eines Managements zur Optimierung der wirtschaftlichen Verordnung von Verbands- und Hilfsmitteln ab 2013 vorgesehen.

Die Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW finanziert sämtliche Honorare zusätzlich zum Regelleistungsvolumen und zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Patienten, die bereits am alten Vertrag zur Integrierten Versorgung teilnahmen, können mit der Teilnahmeerklärung des neuen Vertrages übernommen werden und haben Anspruch auf alle Leistungen des neuen Vertrages.

Mehr Informationen zum Vertrag finden Sie im Internet unter www.kvno.de | KV | 121016

Honorierung von Beurteilungen zur LDL-Apherese

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung sieht vor der Indikationsstellung zur LDL-Apherese eine ergänzende kardiologische bzw. angiologische und lipidologische Beurteilung des Patienten vor. Diese Beurteilung kann ab 1. Oktober 2012

in Nordrhein mit der modifizierten EBM-Nr. 13300A abgerechnet werden. Sie ist mit 1735 Punkten bewertet und wird mit 60,81 Euro außerhalb der RLV/QZV honoriert. Die Nr. 13300A kann zusätzlich zu weiteren notwendigen EBM-Leistungen im Rahmen der Beurteilung abgerechnet werden. Die Abrechnung dieser modifizierten EBM-Nr. ist auf die Vertragsärzte beschränkt, die im Rahmen der Richtlinie die Beurteilung vornehmen. Nach der Leistungslegende kann diese Leistung nur einmal im Erlebensfall, das heißt, einmal im Leben des Patienten abgerechnet werden.

Ultraschalldiagnostik: Übergangsregelung verlängert

Die Übergangsregelung zur Abnahmeprüfung von Ultraschallsystemen wird bis zum 31. März 2015 verlängert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben somit zwei Jahre länger Zeit, Ultraschallsysteme zu überprüfen. Die von den Partnern der Bundesmantelverträge beschlossenen Änderungen zur Ultraschall-Vereinbarung sind zum 1. Juli 2012 in Kraft getreten.



Grund für die Verlängerung ist der erhebliche Aufwand, der mit der Überprüfung der Ultraschallsysteme für die KVen verbunden ist. Nach der Übergangsregelung müssen sämtliche Geräte, die bis zum Inkrafttreten der Ultraschall-Vereinbarung am 1. April 2009 verwendet wurden, einer technischen Prüfung unterzogen werden.

Die Verlängerung der Übergangsregelung bedeutet:

- Für Ultraschallsysteme, die bis zum ursprünglichen Stichtag 31. März 2013 geprüft werden, gilt weiterhin dieser Stichtag. Systeme, die die Anforderungen an die

apparative Ausstattung nach Paragraph 9 nicht erfüllen, dürfen nach diesem Zeitpunkt nicht mehr für die vertragsärztliche Versorgung verwendet werden.

- Ultraschallsysteme, die nach dem 31. März 2013 geprüft werden und die Anforderungen an die apparative Ausstattung nicht erfüllen, dürfen noch vier Wochen nach Bekanntgabe des Bescheides verwendet werden.

Die Ergebnisse von Überprüfungen der ärztlichen Dokumentation nach Paragraph 11 können für die Abnahmebeziehungsweise Konstanzprüfung verwendet werden, wenn dabei keine Mängel festgestellt wurden.

Vergütungspauschalen des IKK classic-Katarakt-Kontingentvertrages

Mit der IKK classic wurde mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 eine Absenkung der Vergütungspauschalen vereinbart. Ab 1. Oktober 2012 wird die Kataraktoperation mit einer Pauschale in Höhe von 709 Euro und die postoperative Behandlung nach der EBM-Nummer 31718 mit 36,31 Euro außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und den RLVs/QZVs vergütet.

Sie finden die Vereinbarung unter www.kvno.de in der Rubrik Verträge sowie im Rheinischen Ärzteblatt, Ausgabe Oktober 2012. **KV | 121017**

Elektronischer eA-light ohne Foto

Für den elektronischen Arztausweis-light (eA-light) benötigen Sie kein Passfoto. Im Rahmen der Informationsveranstaltungen zur Online-Abrechnung ermöglicht die Ärztekammer Nordrhein ihren Mitgliedern, den elektronischen Arztausweis-light direkt vor Ort zu beantragen und mitzunehmen, wenn sie einen gültigen Personalausweis oder Reisepass vorzeigen können.

Die Termine der Informationsveranstaltungen zur Online-Abrechnung finden Sie in dieser Ausgabe von KVNO aktuell auf Seite 23 und unter www.kvno.de | **KV | 121017**

Große Praxen müssen einen Datenschutzbeauftragten benennen

Viele Praxen in Nordrhein haben ein Schreiben eines Institutes erhalten, in dem ihnen die kostenpflichtige Stel-

lung eines Datenschutzbeauftragten angeboten wird. Auf solche Angebote müssen die Praxen nicht reagieren. Zwar schreibt das Bundesdatenschutzgesetz für sogenannte nicht-öffentliche Stellen die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten vor. Die Verpflichtung besteht allerdings nur für Stellen (zu denen auch Arztpraxen zählen), die mehr als neun Angestellte beschäftigen. Darunter fällt das gesamte Praxispersonal, also auch angestellte Ärzte; Teilzeitkräfte werden als Vollzeitkräfte gezählt.

Die Person des Beauftragten kann nach dem Gesetzeswortlaut entweder ein Beschäftigter der Praxis (interner Datenschutzbeauftragter) oder eine Person außerhalb der verantwortlichen Stelle (externer Datenschutzbeauftragter) sein. Der Beauftragte hat zur Erfüllung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen die erforderliche Fachkunde und Zuverlässigkeit zu besitzen. Die Fachkunde kann durch die Teilnahme an einem entsprechenden Kurs der Nordrheinischen Akademie erworben werden.

Mehr Infos im Internet unter www.kvno.de | **KV | 121017**

D2D-Anwendung: U-Teilnahmebescheinigung

Seit April 2012 steht die neue D2D-Anwendung „Ärztliche Bescheinigung über die Teilnahme an einer Kinder-Früherkennungsuntersuchung U5 bis U9“ (U-Teilnahmebescheinigung) zur Verfügung. Das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LGZ.NRW) – ehemals LIGA.NRW – erfasst die durchgeführten Kinder-Früherkennungsuntersuchungen in Nordrhein-Westfalen. Für jedes Kind, das an einer Früherkennungsuntersuchung teilgenommen hat, musste die Praxis bisher eine Bestätigung auf Papier übersenden. Mit der neuen D2D-Anwendung kann dies komfortabel online erfolgen.

Weitere Informationen finden Sie unter www.d2d.de | **KV | 121018**

Gynäkologische Zytologie

Die gynäkologisch-zytologische Untersuchung der Zervix kann mittels „konventioneller“ oder Dünnschichtzytologie erfolgen. Wann welches Verfahren zulässig ist, finden Sie in einer Praxisinformation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Sie ist relevant für Gynäkologen, gynäkologische Zytologen und Pathologen, die die EBM-Nummern 01730, 01733, 01825, 01826 oder 19311 abrechnen.

Sie finden die Praxisinformation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter | **KV | 121018**

Genexpressionsanalysen beim Mammakarzinom: keine EBM-Leistung

Für Genexpressionsanalysen gibt es im EBM keine Gebührenordnungsposition, da es sich nicht um Nachweise einer genomischen Mutation handelt. Dies wird aber für die EBM-Nummern 11320 bis 11322 gefordert. Damit ist die Genexpressionsanalyse keine vertragsärztliche Leistung. Diese Untersuchungen sollen für bestimmte Untergruppen von Patientinnen die Entscheidung für oder gegen eine Chemotherapie auf eine molekulargenetisch definierte Grundlage stellen.

BKK ALP plus wird actimonda Krankenkasse

Die BKK ALP plus heißt ab 1. September 2012 actimonda Krankenkasse. Die neue Anschrift lautet:

actimonda Krankenkasse

52047 Aachen

Telefon 0241 900 660

www.actimonda.de

Keine Praxisgebühr für DMP-Teilnehmer der Knappschaft

Versicherte der Knappschaft, die an Disease-Management-Programmen teilnehmen, sind grundsätzlich von der Praxisgebühr befreit. Diese Befreiung erstreckt sich ausschließlich auf die Praxisgebühr und nicht auf eine in der Apotheke vorzunehmende Zuzahlung bei Arzneimittel.

Ausfüllhilfe zur häuslichen Krankenpflege

Zum leichteren Ausfüllen der Verordnung zur häuslichen Krankenpflege hat die KV Nordrhein gemeinsam mit der AOK Rheinland/Hamburg eine Ausfüllhilfe für die verordnenden Praxen erstellt. Diese soll mehr Sicherheit geben und die Zahl der Rückfragen von Krankenkassen reduzieren. Die Ausfüllhilfe gilt selbstverständlich nicht nur für

AOK-Versicherte, sondern für alle Krankenkassen.

Die Ausfüllhilfe finden Sie zum Herunterladen unter www.kvno.de | KV | 121018



EBM Änderungen zum 1. Oktober 2012

Änderung der Allgemeinen Bestimmungen 6.2.1 zur Nebeneinanderberechnung von EBM-Nummern der Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3 des EBM

Werden Leistungen der EBM-Abschnitte 4.4, 4.5 und/oder 13.3 durch einen Vertragsarzt abgerechnet, der seine Tätigkeit unter mehreren Schwerpunktbezeichnungen ausübt, galt bislang ein Abschlag in Höhe von zehn Prozent auf die Leistungen der Schwerpunktkapitel – mit Ausnahme der Grundpauschalen im Behandlungsfall. Ab dem 1. Oktober 2012 erfolgt der Abschlag auch im Arztfall.

Änderung der Präambel zu Abschnitt 4.5.4 Nr. 2

Ab 1. Oktober 2012 sind die EBM-Nummern 04560 und 04561 auch für jene Kinder- und Jugendärzte mit der Zusatzweiterbildung Kinder-Nephrologie abrechnungsfähig, die nicht über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen.

Die Genehmigungspflicht für die EBM-Nummern 04562, 04564 bis 04566, 04572 und 04573 zu den Blutreinigungsverfahren und/oder zur ambulanten Durchführung der LDL-Elimination als extrakorporales Hämotherapieverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V gilt unverändert fort.

Ergänzungen von ICD-10-Kodes in den Zusatzpauschalen

Zur Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge wurde bei folgenden EBM-Nummern ein ICD-10-Kode ergänzt:

EBM-Nr. 10345

Aufnahme des ICD-10-Kodes C84.0 „Mycosis fungoides“

EBM-Nr. 15345

Aufnahme des ICD-10-Kodes C47.0 „Bösartige Neubildungen des Gesichtes und des Halses“

Änderung der Präambel 36.2.1 Nr. 4 zu belegärztlich abrechnungsfähigen EBM-Nummern

Da auch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin nach der Präambel 4.1 Nr. 7 belegärztliche Operationen abrechnen können, wurde die „Versichertenpauschale“ in der Aufzählung der abrechnungsfähigen Leistungen innerhalb von drei Tagen nach erfolgter Operation ergänzt.

Serviceteams



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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

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

Neue Regeln für Rezepturarzneimittel

Die neue Apothekenbetriebsordnung sieht seit Juni 2012 umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen vor. So ist beispielsweise das Stellen von geteilten Tabletten in Heimen nicht mehr möglich (wir berichteten). Eine weitere Änderung betrifft die Herstellung von individuellen Rezepturen, die zu verzögerten Belieferungen führen kann. Das betrifft indirekt vor allem Hautärzte, da sie häufiger Rezepturen vorordnen.

Der Apotheker muss bei individuell hergestellten Arzneimitteln eine Plausibilitätsprüfung durchführen. Die Prüfung umfasst die pharmazeutische Beurteilung der Rezeptur hinsichtlich Dosierung, Applikationsart, Art, Menge und Kompatibilität der Ausgangsstoffe untereinander sowie deren gleichbleibende Qualität im Haltbarkeitszeitraum. Außerdem ist auf den Verordnungen immer eine Gebrauchsanweisung anzugeben. Für eine reibungslose Belieferung der Rezepturen empfehlen die Apothekerkammer und die KV Nordrhein:

- Verordnen Sie möglichst standardisierte Rezepturen zum Beispiel aus dem Neuen Rezeptur-Formularium (NRF)
- Geben Sie immer eine Gebrauchsanweisung auf dem Rezept an
- Setzen Sie sich besonders bei neuen Rezepturen mit den Apotheken im Umfeld Ihrer Praxis in Verbindung.

Im Einzelfall kann auch eine Rücksprache der Apotheke mit dem vorordnenden Arzt nötig sein, weil die Plausibilitätsprüfung zum Beispiel zeigt, dass die Inhaltsstoffe nicht kompatibel sind und der Apotheker die Rezeptur möglicherweise nicht wie verordnet herstellen darf.

Information

Wenn Sie Fragen zu den Änderungen haben, wenden Sie sich an die **Apothekerkammer Nordrhein**
Telefon 0211 83 88 100

ACE-Hemmer bleiben Mittel der Wahl

Hemmstoffe des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems (RAAS) gelten als Mittel der ersten Wahl in der Behandlung der arteriellen Hypertonie. Mittlerweile sind fünf Angiotensin-Rezeptor-Blocker (ARB, Sartane) als Generika verfügbar. Dennoch sollten ACE-Hemmer sowohl aus wirtschaftlichen Gründen als auch auf der Basis von Studienergebnissen weiterhin bevorzugt werden. Die ARB sind eine Therapieoption, wenn unter der Anwendung von ACE-Hemmern Nebenwirkungen wie beispielsweise Husten auftreten. Für die ARBs konnten weder in direkten Vergleichsstudien noch in Metaanalysen ein genereller Vorteil gegenüber den ACE-Hemmern gezeigt werden.

In einer aktuellen Meta-Analyse im European Heart Journal aus 20 randomisierten kontrollierten Studien wurde der Effekt von Hemmstoffen des RAAS im Vergleich zu anderen Therapieregimen auf die Morbidität und Letalität in der Behandlung der arteriellen Hypertonie untersucht. Erwartungsgemäß konnte eine Abnahme der Gesamtleitfähigkeit und der kardiovaskulären Letalität gezeigt werden. Überraschend war, dass bei getrennter Betrachtung von ACE-Hemmern und ARBs nur für ACE-Hemmer eine Reduktion der Gesamt- und kardiovaskulären Mortalität gezeigt werden konnte. Die Ergebnisse bekräftigen die bisherigen Empfehlungen von Leitlinien, ACE-Hemmer bevorzugt gegenüber den ARBs einzusetzen.

Preisvergleich: ACE-Hemmer vs. Angiotensin Rezeptor-Blocker			
Präparat		DDD	Preise
Enalapril	Generikum	10 mg	11,52 Euro
Ramipril	Generikum	2,5 mg	12,04 Euro
Lisinopril	Generikum	10 mg	13,20 Euro
Valsartan	Generikum	80 mg	20,96 Euro
Candesartan	Generikum	8 mg	20,69 Euro
Losartan	Generikum	50 mg	24,41 Euro
Irbesartan	Generikum	150 mg	33,46 Euro
Eprosartan	Generikum	600 mg	68,35 Euro
Telmisartan	Micardis	40 mg	82,53 Euro
Olmesartan	Olmotec, Votum	20 mg	93,34 Euro

*Preise je 98 oder 100 Stück für die angegebene Tagesdosis, Stand: 1. September 2012.

Neue STIKO – Empfehlungen

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat ihre Impf-Empfehlung aktualisiert. Sie müssen nun vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in die Schutzimpfungs-Richtlinie übernommen werden, ehe sie für die Verordnung zu Lasten der Krankenkassen gültig sind (voraussichtlicher Termin Oktober 2012).

Meningokokken: Die Grundimmunisierung gegen Meningokokken für Kinder im zweiten Lebensjahr wird weiterhin mit einem monovalenten Impfstoff gegen die Serogruppe C durchgeführt. Neu ist die Empfehlung, eine fehlende Immunisierung mit einer einmaligen Impfung bis zum 18. Geburtstag nachzuholen. Der monovalente Meningokokkenimpfstoff der Serogruppe C ist zu Lasten des Sprechstundenbedarfs verordnungsfähig.

Die tetravalenten Impfstoffe Nimenrix und Menveo gegen die Serogruppen ACWY sind für Kinder ab einem bzw. zwei Jahren zugelassen. Die STIKO sieht eine routinemäßige Impfung gegen die seltenen Serogruppen A, W135 und Y nicht vor.

Hingegen empfiehlt die STIKO die tetravalenten Meningokokken-Impfstoffe gegen die Serogruppen A, C, W135 und Y zu impfen:

- als Indikationsimpfung für gesundheitlich gefährdete Personen mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten (als Sprechstundenbedarf verordnungsfähig) und
- zusätzlich für berufliche und Reiseindikationen.

Für eine erhöhte berufliche Gefährdung bzw. als Reiseschutz besteht kein GKV-Leistungsanspruch.

Mumps: Die beruflich indizierte Mumpsimpfung hat die STIKO erweitert. Sie ist nun auch möglich für Personen:

Kontakt

Pharmakotherapieberatung

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

Hilfsmittelberatung

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

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

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

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

- die in Gesundheitsberufen in der unmittelbaren Patientenversorgung
- in Gemeinschaftseinrichtungen oder
- in Ausbildungseinrichtungen für junge Erwachsene tätig sind.

Preise für Grippeimpfstoffe 2012/ 2013		
Artikelname	Hersteller	Preis (in Euro)*
Xanaflu 2012/2013	Abbott	10,05
Grippe Stada N	Abbott	11,24
Afluria 2012/2013	CSL Biotherapies	11,27
Grippeimpfst. Ratio12/13	Ratiopharm	11,80
Intanza	Sanofi Pasteur	14,13
Mutagrip	Sanofi Pasteur	16,85
Influsplit Ssw 2012/2013	GlaxoSmithKline	19,51**
Impfstoffe für Kinder		
Mutagrip Kinder	Sanofi Pasteur	16,85
Fluenz	MedImmune, AstraZeneca	23,00
Adjuvantierte Impfstoffe		
Inflexal V 2012/2013	Janssen-Cilag	20,02**
Fluad 2012/2013	Novartis	20,14**

* Preis für eine Zehnerpackung; Lauertaxe 1. September 2012.

** Für diese Impfstoffe zahlt die Kasse einen Preis, der unter dem hier genannten Listenpreis liegt.

Auch in diesen Fällen können Sie den Impfstoff nicht über den Sprechstundenbedarf verordnen. Monovalente Impfstoffe gegen Mumps und Röteln sind nur in Restbeständen verfügbar. Daher sollte Sie mit einem MMR-Kombinationsimpfstoff impfen.

Grippe: Die Empfehlungen zur Grippeimpfung bleiben unverändert. Die STIKO hat keine gesonderte Empfehlung für den neuen nasalen Grippeimpfstoff Fluenz ausgesprochen. Der nasale Lebendimpfstoff ist für Kinder ab zwei Jahren und für Jugendliche zugelassen. Die Indikation zur Impfung besteht bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens. Für diesen Patientenkreis kann der Impfstoff bei medizinischer Indikation, unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes in Nordrhein, über den Sprechstundenbedarf bezogen werden.

Laut Fachinformation ist Fluenz bei immungeschwächten Patienten kontraindiziert und sollte bei bestimmten Erkrankungen wie schwerem Asthma oder akutem Giemen nicht eingesetzt werden. Das Vermeiden einer zusätzlichen Injektion allein kann angesichts anderer Impfungen, die ebenfalls i.m. appliziert werden, kein ausreichender Grund sein, Fluenz einzusetzen.

Ausfüllhilfe für BtM-Rezepte

Dieser Ausgabe der KVNO aktuell liegt eine Ausfüllhilfe für Betäubungsmittel-Rezepte bei. Hier finden Sie die wichtigsten Aspekte knapp und übersichtlich zusammengestellt. Bei BtM-Rezepten sind viele Vorgaben zu beachten: So muss beispielsweise die Verordnung eindeutige Angaben zum Arzneimittel, der Menge und der Gebrauchsanweisung enthalten. Die Ausfüllhilfe zeigt, wie es geht.

Sie finden Sie zum Herunterladen im Internet unter www.kvno.de | [KV | 121022](http://www.kvno.de)

Die wichtigsten Punkte beim Ausstellen eines Betäubungsmittelrezeptes

1. „Gebühr frei“ oder „Gebührenschriftlich“
Das Kästchen „Gebühr frei“ nur ankreuzen:
• bei Patienten unter 18 Jahren.
• bei Patienten, die unter die Härtefallregelung fallen und eine entsprechende Bescheinigung (Befreiung von der Zusatzpflicht) vorlegen.
• bei Veränderungen zu Lasten eines Unfallversicherungs trägers (BtM-Fall)
• wenn Arznei- und Verbandstoffe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder in Zusammenhang mit der Entbindung verabreicht werden.
„Gebühr“ in allen anderen Fällen ankreuzen.

2. „BVG“
Bei Verordnungen für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesentschädigungsgesetz (BVG) sowie nach dem Bundeserwerbsersatzgesetz (BEVG) ist das Feld 6 durch Eintragen der Ziffer 6 zu kennzeichnen.

3. „Vertragsarzt-Nr.“ | „VK gültig bis“
Angabe der Vertragsärztin-Nr. (BVNR) und der Lebensjahre, Anzumerken (AMNR) des verordnenden Arztes.

4. „Datum“
Hier wird das Ausstellungsdatum eingetragen. Das BtM-Rezept ist sieben Tage gültig, es kann nach am nächsten Tag beliefert werden. Beispiel:



Online abrechnen – vor Ort informieren

Ab dem 3. Quartal 2013 ist die Online-Abrechnung auch in Nordrhein Pflicht. Informieren Sie sich auf Veranstaltungen in Ihrer Nähe.

Vortrag Möglichkeiten der Online-Abrechnung | Gilbert Mohr | KV Nordrhein

Beratung Experten der KV Nordrhein beantworten Ihre Fragen rund um die Online-Abrechnung und das KVNO-Portal. Ärzte aus Nordrhein können den **eArztausweis light** vor Ort bei der Ärztekammer beantragen und erhalten.

Termine Die Veranstaltungen finden von 16 bis 19 Uhr statt.

- 2012**
- 24.10. **Wiehl** | Hotel zur Post | AUSGEBUCHT
 - 07.11. **Duisburg** | Tectrum-Technologiezentrum | AUSGEBUCHT
 - 21.11. **Bonn** | Universitätsclub | AUSGEBUCHT
 - 28.11. **Wuppertal** | InterCityHotel | AUSGEBUCHT
 - 05.12. **Aachen** | Mayerschen Buchhandlung | AUSGEBUCHT
 - 12.12. **Wesel** | Hotel Haus Duden | AUSGEBUCHT
 - 15.12. Köln** | Bezirksstelle KVNO | Sedanstraße 10 - 16

Die Veranstaltungen finden von 10 bis 14 Uhr statt, mit **eToken**-Ausgabe.

- 2013**
- 16.02. Köln** | Bezirksstelle KVNO | Sedanstraße 10-16
 - 02.03. Düsseldorf** | Haus der Ärzteschaft | Tersteegenstraße 9
 - 04.05. Düsseldorf** | Haus der Ärzteschaft | Tersteegenstraße 9
 - 25.05. Köln** | Bezirksstelle KVNO | Sedanstraße 10-16



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.

www.kvno.de



Versorgung 2025 – eine Futurologie

Wie sieht die Versorgungslandschaft im Jahr 2025 aus? Und wie entwickelt sich die ambulante Versorgung? Den Blick nach vorn riskierten Experten aus Praxis und Klinik bei den Biersdorfer Krankenhausgesprächen.

Sicher ist: Die Gesundheitswirtschaft ist eine der innovativsten Dienstleistungsbranchen. Doch mittel- und langfristige Prognosen über die Prosperität und die Weiterentwicklung sind meist nur in groben Umrissen möglich und im Detail mit Risiken behaftet.

Bei den jüngsten Biersdorfer Krankenhausmanagement-Gesprächen Mitte September in Biersdorf bei Bitburg entwarf Bernhard Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein, ein Szenario, das auf einer Bestandsaufnahme der aktuellen Rahmenbedingungen, einer Projektion und längerfristigen Prognosen basiert.

Wachsende Nachfrage

Demnach kann keine Branche in Deutschland von einer so gesicherten Nachfrage und einem stetigen Wachstum ausgehen wie der Gesundheitssektor. Die für die nächsten 20 Jahre prognostizierbare demografische Entwicklung und die Verschiebungen im Krank-

heitsspektrum, die Versorgungsstrukturen und Gestaltungselemente im ambulanten und stationären Sektor lassen eine kontinuierliche, eine sogar progressiv zunehmende Nachfrage erwarten – obwohl sich die finanziellen Rahmenbedingungen verschlechtern dürften.

„Vor allem der medizinisch-technische Fortschritt, die Produkt- und Technologieinnovationen, forcieren die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen“, sagte der ehemalige Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Dr. Rudolf Kösters. Wie kaum in einem anderen Sektor werde in der Medizin weltweit so intensiv geforscht und werden so viele Innovationen hervorgebracht.

Zügelung der Leistungsmengen

Die „Menge“ der Arbeit steigt infolge der (Multi-)Morbidity, der Chronifizierung von vielen Zivilisationskrankheiten, wegen der gestiegenen Leistungsansprüche der Patienten und aufgrund des medizinischen Fortschritts. Die Demografie-Komponente kommt natürlich auch hinzu, ist aber nicht der Hauptfaktor: Ein Fünftel des Ausgabenzuwachses ist auf die Auswirkungen des demografischen Wandels zurückzuführen.

In der Sozialgesetzgebung und in den allgemeinen Versicherungsbedingungen werde der Gesundheitsverbraucherschutz permanent erweitert. Brautmeier führte als Beispiel das Patientenrechtegesetz an, das zum 1. Januar 2013 in Kraft treten soll. Dadurch könne eine „Amerikanisierung“ des Haftungsrechts resultieren – mit allen negativen Folgen. Mittelfristig sei mit einer verschärften Konkurrenz etablierter und neuer nichtärztlicher Heil- und Gesundheitsberufe zu rechnen – sowohl bei einer erweiterten Delegation als auch mit dem Anspruch, die Rolle des Arztes zu substituieren.

Mehr Alte, weniger Junge: Der demografische Wandel lässt die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigen. Er ist ein Faktor von vielen – und nicht die treibende Kraft.



Künftig dürfte sich die paritätische Finanzierung der Gesundheitsleistungen immer mehr zulasten der Versicherten und Patienten verschieben. Schon heute würden bereits 60 Prozent aller Gesundheitsleistungen über Versicherungsbeiträge, Zuzahlungen und privaten Direktzahlungen finanziert. Die Einnahmehbasis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werde weiter stagnieren, so Brautmeier. Zudem steige die Zahl der gesetzlich Versicherten ohne kostendeckende Beiträge. Die Krankenversicherung der Rentner sei chronisch unterfinanziert, ebenso seien die Beiträge für geringfügig Beschäftigte und Transferempfänger durch die Träger von Sozialhilfe und Arbeitslosengeld 2 bei weitem nicht kostendeckend.

Finanzierung: Alles beim Alten

Trotz der drohenden Finanzierungslücken: Die Experten prognostizierten bis 2025 keine gravierenden Änderungen der GKV-Finanzierung und keine radikale Systemumstellung auf eine Bürgerversicherung, allenfalls eine Konvergenz des dualen Systems. Denn dies hätte eine zu große politische Sprengkraft. „Und zwar unabhängig davon, welche Parteien und welche Koalition die Mehrheit in Bund und Ländern stellt“, bemerkte Prof. Dr. Harald Schmitz, Generalbevollmächtigter der Bank für Sozialwirtschaft. Kurzfristig drohten keine Zusatzbeiträge, eher würden, wie bei der Techniker Krankenkasse, Rückzahlungsprämien ab 2013 ausgelobt. Bereits ab 2014 könnte die „Beitragsautonomie der Krankenkassen“ wieder hergestellt werden, je nach politischer Konstellation nach der Bundestagswahl, prognostizierte Wilfried Jacobs, der ehemaliger Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland/Hamburg.

Brautmeier prophezeit eine „schwindende politische und gesellschaftliche Akzeptanz“ der privaten Krankenversicherung. Schon seit Jahren sei diese von einer deutlich höheren Ausgabendynamik im Vergleich zur GKV gekennzeichnet. Hinsichtlich der Prämienbelastung seien die Versicherten mit mittlerem und geringerem Einkommen (etwa Landes-

bedienstete oder Polizisten) überfordert und viele PKV-Tarife unzulänglich. Zudem müsse mit heftigen Widerständen insbesondere der Länder gegen steigende Beihilfelasten gerechnet werden. Allerdings sei aus Sicht der Ärzteschaft eine schleichende Veränderung der PKV in Richtung der GKV – etwa im Hinblick auf die anstehende Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – kaum akzeptabel.

Grund-, Wahl- und IGe-Leistungen

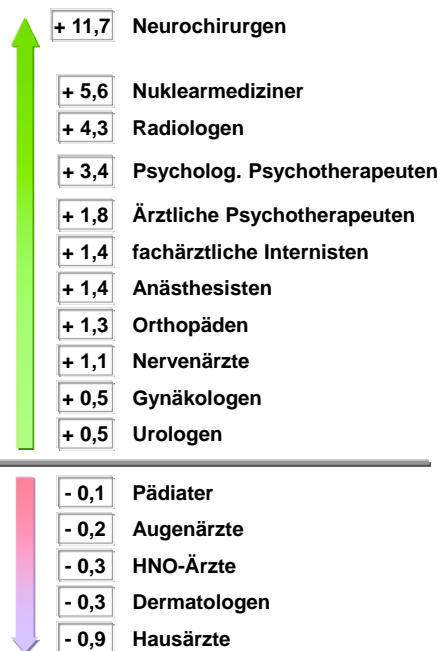
Es sei damit zu rechnen, dass der Leistungskatalog der GKV weiter begrenzt und in Grund- und Wahlleistungen gesplittet werde. Der Sektor der individuell wählbaren und individuellen Gesundheitsleistungen werde immer größer (heutiges Volumen: circa 2 Milliarden Euro pro Jahr). Auch sei mit einer größeren Zahlungsbereitschaft der Versicherten zu rechnen. Allerdings würden gleichzeitig die Widerstände gegen eine vermeintliche „unsoziale Zwei-Klassen-Medizin“ zunehmen. Dies fordere die Politik und die Selbstverwaltung zu Abhilfemaßnahmen heraus.

Zum gewaltigen Problem entwickle sich der Engpass bei den personellen Ressourcen. Der Ärzte- und Fachkräftemangel sei heute schon spürbar. Zudem sei zu erwarten, dass die durchschnittliche Arbeitszeit pro Kopf der Gesundheitsdienstleister abnehme, die Bereitschaft zur „Selbstausschöpfung“ schwinde. Dies gilt nach Überzeugung Brautmeiers vor allem für die niedergelassenen Ärzte, die einen gesicherten Arbeitsplatz mit planbaren Zeiten und die Möglichkeit zu mehr Teilzeitarbeit immer höher einschätzten – und es durch angestellte Tätigkeiten in der ambulanten Versorgung auch viel mehr Optionen gebe.

Die Personalknappheit werde sich in dem Maße verschärfen, wie die Nachwuchsprobleme – nicht nur in der Allgemeinmedizin – nicht adäquat gelöst werden können. Es sei zu erwarten, dass immer mehr Ärzte in nichtärztliche Tätigkeiten abwandern oder den Ort ihrer Berufstätigkeit ins Ausland verlagern. Deshalb

Bundesweite Entwicklung der Arztlzahlen

Veränderungen von 2009 auf 2010.



Quelle: KBV/
Bundesarztregister

verschärfe sich die Konkurrenz der Sektoren um qualifizierte Ärzte. Die Bereitschaft, sich in unattraktiven Regionen und schlechter vergüteten Fachgebieten niederzulassen, nehme ab.

Versorgungslücke: 20 000 Ärzte fehlen

Nach einer Prognose der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist bereits 2015 in Kliniken und Praxen mit einer Personallücke von zusammen 20 000 Vollzeitkräften zu rechnen. Auf der anderen Seite gibt es aktuell kaum freie Arztstellen, die dem Nachwuchs angeboten werden könnten. Im Bereich der KV Nordrhein waren Mitte 2012 lediglich 30 Sitze für Hausärzte und 22 Stellen für Psychotherapeuten sowie für Kinder- und Jugendlichentherapeuten offen; ein offener Sitz entfiel auf die Radiologie.

Steigende Niederlassungszahlen sind hingegen in bis dato nicht von der Bedarfsplanung erfassten Bereichen zu verzeichnen. Ausweislich der Zahlen des Bundesarztregisters gab es beispielsweise 2010 im Fach Neurochirurgie 11,7 Prozent mehr Ärzte als 2009. Gleichzeitig nahm die Zahl der Hausärzte um 0,9 und die der Pädiater um 0,1 Prozent ab. Eine Entwicklung in die falsche Richtung.

Selbstverwalteten Ärztenetzen, Parallelorganisationen in Konkurrenz und als Ergänzung zu den Kassenärztlichen Vereinigungen prophezeite Brautmeier „große Schwierigkeiten“. Es sei illusionär anzunehmen, dass sie eine regi-

onale Voll-Versorgung in Eigenregie organisieren könnten. Denn es fehle an zukunftsträchtigen Geschäftsmodellen, an Investitionskapital und an Manpower. Zudem kämen auch die Versicherungsträger immer mehr auf den Plan. Mit anderen Worten: Kassen wollten als Case- oder Care-Manager auftreten.

Kooperationen auf dem Vormarsch

Dagegen räumte Brautmeier der kooperativen Berufsausübung und sektorenübergreifenden Vertragsmodellen große Entwicklungschancen ein. Die „schleichende Revolution“ werde weitergehen: Medizinische Versorgungszentren, Berufsausübungsgemeinschaften (früher: Gemeinschaftspraxen), die vermehrte Möglichkeit der Anstellung von Ärzten in

Arztpraxen, Zweigpraxen und die zunehmende Nebentätigkeit im Krankenhaus durch Beleg-, Konsiliar- und Honorarärzte seien Modelle der Gegenwart und der Zukunft.

Brautmeier beurteilte die „populären Rezepte“ kritisch, die derzeit für eine effizientere Versorgung in der Diskussion sind: eine präventive Ausrichtung der Versorgung unter Einschluss der medizinischen Rehabilitation, Steuerung durch Primärarztmodelle, Managed Care und die integrierte, sektorenübergreifende Versorgung.

Zwar wiesen diese kooperativen Ansätze grundsätzlich in die richtige Richtung. Allerdings seien die rechtlichen und institutionellen Weichenstellungen für die neuen Versorgungsformen äußerst kritisch zu bewerten – und auch die bisherigen Erfahrungen damit. Die Kassenärztlichen Vereinigungen drohten dabei zum „Restversorger und Erfüllungsgehilfen für alles Unangenehme“ degradiert zu werden. Wenn die hausärztliche Versorgung (§ 73b Sozialgesetzbuch V), hochspezialisierte und seltene Leistungen, die ambulant erbracht werden (§ 116b), Teile der fachärztlichen Versorgung (§ 73c) und die integrierte Versorgung (§ 140a ff.) zusammen die Hälfte des Leistungsgeschehens ausmachten, dann wäre der Sicherstellungsauftrag der KVen ad absurdum geführt. Und damit stünde die einzige Institution außen vor, die heute und auf absehbare Zeit in der Lage wäre, die ambulante vertragsärztliche Versorgung angesichts der schwierigen Aufgaben zu organisieren. ■ DR. HARALD CLADE, JOURNALIST

Organspende: Vertrauen zurückgewinnen

Umfassende Informationen – das braucht das Thema Organ spende nach den jüngsten Skandalen wegen der Vergabe von Organen in Göttingen und Regensburg mehr denn je. Die KV Nordrhein lud am 5. und am 25. September Experten ins Haus der Ärzteschaft, um Ärzte, Psychotherapeuten und Patienten zu informieren.

„Der Mangel ist das Geschäftsmodell derjenigen, die aus der Organ spende Kapital schlagen wollen“, so Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Nordrhein. „Deshalb wollen wir intensiv die sehr speziellen und sensiblen Punkte erörtern und dazu beitragen, dass Patienten beim Gespräch über dieses Thema mit ihren Ärzten kompetente und vertrauensvolle Ansprechpartner haben.“ So könne Vertrauen gewonnen und die Bereitschaft zur freiwilligen Spende unterstützt werden.

Lange Warteliste in NRW

Der Bedarf an Spenderorganen ist groß: 3.900 Menschen warten allein in Nordrhein-Westfalen darauf. Die Bereitschaft, Organe zu spenden, ist zwar grundsätzlich vorhanden, doch nur ein Viertel der Bürger hat einen Organ spende-Ausweis.

„Auch in NRW wird sich die Politik nochmals zu wichtigen Aspekten hinsichtlich Kontrolle und Transparenz bei der Organ spende besprechen“, kündigte Marlis Bredehorst, Staatssekretärin im NRW-Gesundheitsministerium, bei der Fortbildung am 5. September an. Dabei stünden Aspekte wie einheitliche Kriterien für die Vergabe, ein Sechs-Augen-Prinzip, eine verlässlichen Feststellung des Hirntods, Narkose bei Organentnahme und einer schnellen Reaktion bei Fehlverhalten auf der Agenda der Gesundheitspolitik.

Die Patienten-Veranstaltung am 25. September führte die KV Nordrhein in Kooperation mit dem Rhein-Boten durch, dem mit 250.000 Exemplaren auflagenstärksten Medium in der Landeshauptstadt – das in drei Ausgaben ausführlich berichtet. Wer entscheidet zurzeit wie bei der Organvergabe? Den Ist-Zustand erläuterte Sören Melsa, Chirurg und Koordinator der Deutschen Stiftung Organtransplantation in Essen. Nach seinen Worten sind die rechtlichen Voraussetzungen und Systematik bei Vergabe von Organen



streng geregelt. „Es bedarf jedoch eines hohen Maßes an Koordination, ein spezielles Organ in einer akuten Situation auch an einen adäquaten Empfänger zu vermitteln“, so Melsa. Hier seien Dringlichkeit und Erfolgsaussicht „kanalisierende Parameter“.

Referenten auf der Fortbildungs- und Patientenveranstaltung: (v. l.) Neurochirurg Dr. Andreas Bertels, Hans J. Schmolke von der Selbsthilfe Organtransplantierte und DSO-Koordinator Sören Melsa.

Der festgestellte Hirntod ist die Voraussetzung, Organe bei einem Sterbenden entnehmen zu können. Er ist mit jährlich rund 4000 Fällen bundesweit eigentlich ein seltenes Ereignis, betonte Dr. Andreas Bertels. Der Neurochirurg aus Ratingen schilderte, wie der Hirntod klinisch mittels standardisierter Untersuchung einwandfrei nachgewiesen werden kann. Bertels machte deutlich, dass bei der Frage nach dem Ende des Lebens nicht nur Ärzte gefragt seien – hier verläuft die Grenze zwischen Naturwissenschaft und Philosophie.

Seit elf Jahren lebt Hans J. Schmolke mit einem neuen Herzen. „Mit der Transplantation endete eine lange Leidenszeit“, sagte der ehemalige Ingenieur. Trotz einiger Einschränkungen wie der dauerhaften Einnahme von Immunsuppressiva betonte der in der Selbsthilfe Organtransplantierte NRW aktive Schmolke: „Ich lebe wunderbar mit dem Spenderherz.“

■ NAU | SIG

Abzocke mit Arzt-Verzeichnissen

Arztpraxen gehören ins Beuteschema der Verzeichnis-Abzocker. Sie faxen, mailen oder schreiben Praxen an, bieten einen Eintrag in ein Verzeichnis – und verstecken im Kleingedruckten die Kosten. Der Bundesgerichtshof hat jüngst in Bezug auf Internet-Verzeichnisse entschieden: Praxen müssen nicht zahlen, wenn die Kosten im Antragformular versteckt werden.



Frog 974 – fotolia.com

Eintragungsofferten in Internet-Verzeichnisse sind oft mit hohen versteckten Kosten verbunden. Das BGH und das OLG Düsseldorf haben dies als unzulässig beurteilt.

Mehr Infos und eine Anleitung, wie Sie sich wehren können, wenn Sie ein Formular bereits unterschrieben und an den Anbieter versandt haben, finden Sie über unsere Homepage www.kvno.de
KV | 121028

In dem zugrunde liegenden Fall hatte der Betreiber eines Branchenverzeichnisses im Internet ein Formular mit dem Titel „Eintragungsunterlage Gewerbedatenbank“ versandt. Auf der rechten Seite des Formulars befand sich eine umrahmte Längsspalte, in der erst in der Mitte des Textes auf

die Kosten hingewiesen wurde: 650 Euro netto im Jahr.

Kein Anspruch auf Bezahlung

Der Betreiber hat keinen Anspruch auf Bezahlung, entschied der Bundesgerichtshof (BGH) am 26. Juli 2012. Die „Entgeltabrede“ sei zwischen anderen Angaben so versteckt eingefügt worden, dass sie ohne weiteres übersehen werden könne. Hinzu käme, dass der Verbraucher nicht damit rechnen müsse, da derartige Grundeintragen in Internetverzeichnissen häufig kostenfrei seien. (Az. VII ZR 262/11)

Die Fälle häufen sich auch in der KV Nordrhein und die Anschreiben werden immer aggressiver. Das „Branchenbuch der Region“ fordert etwa eine Essener Neurologin per „Letzter Erinnerung !!!“ auf, ihren „Ein-

tragungsvorschlag“ zu unterzeichnen. Darin wird betont, dass der Standarteintrag kostenfrei sei. Im Kleingedruckten versteckt sich der Hinweis, dass die Praxis mit der Unterschrift einen „kostenpflichtigen Premiumbeitrag“ wünsche, der 960 Euro zuzüglich Mehrwertsteuer kostet – und dies bei einer Laufzeit von drei Jahren. Die Praxis wäre also mit einer Unterschrift 3.427,20 Euro los.

Doch die Rechtsprechung stellt sich hier auf die Seite der Praxen. So hat das Oberlandesgericht Düsseldorf (Az.: I-20 U 100/11) am 14. Februar 2012 ein Urteil des Landgerichts Düsseldorf bestätigt, wonach in Umlauf gegebene Formulare der GWE-Wirtschaftsinformations GmbH in Düsseldorf zum Zwecke der Aufnahme von Ärzten in das Internetfirmenverzeichnis „Gewerbeauskunft-Zentrale - Erfassung gewerblicher Einträge“ als irreführend und damit aus wettbewerbsrechtlicher Sicht als unzulässig einzuordnen sind. Der Vorsitzende Richter wies bei der Verkündung des Berufungsurteils ausdrücklich darauf hin, dass das Geschäftsmodell nach Auffassung des Gerichts dazu diene, „Dinge dunkel zu halten“. Die Revision gegen diese Entscheidung wurde nicht zugelassen.

Unser Tipp für die Praxis: Alle Dokumente, die die Verwendung Ihrer Praxisdaten betreffen, sollten auf eine versteckte Kostenfalle untersucht werden. Weisen Sie Ihr Praxispersonal entsprechend an. Natürlich können Sie auch eine kleine Belohnung für jede vor Unterschriftsleistung entdeckte Kostenfalle ausloben. ■ NAU

Nordrheinischer Praxisbörsentag

Informationen rund um
Praxisabgabe und Nachfolge

Samstag, 10. November 2012

9 bis 14 Uhr | Bezirksstelle Köln | Sedanstraße 10-16



© Yuri Acurs - Fotolia.com

informieren

- Perspektiven der Niederlassung
- Möglichkeiten des Vorgehens bei einer Praxisabgabe
- Ablauf der Praxisübergabe – Schritte in die Niederlassung
- Praxiswertermittlung
- Strategien für Praxisabgeber
- Der Landarzt: ein Erfahrungsbericht
- Vorausschauende Finanzplanung im Vorfeld der Praxisabgabe
- Betriebswirtschaftliche und steuerliche Grundlagen für die Arztpraxis

beraten

Niederlassung, Rechtsfragen, Kooperationen – Experten der KV Nordrhein beraten Sie individuell

kontaktieren

Abgeber treffen Nachfolger. An schwarzen Brettern können Sie Ihre Praxis vorstellen, Angebote formulieren oder eine Suchanzeige aufgeben

Wenn Sie eine Praxis, einen Praxisnachfolger, Kooperationspartner oder eine Anstellung suchen, können Sie dies direkt auf dem umseitigen Muster formulieren und zum Praxisbörsentag mitbringen oder vorab faxen an 0211 5970 8639.



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.

www.kvno.de





Nordrheinischer Praxisbörsentag der KV Nordrhein

Gerne können Sie das ausgefüllte Inserat auch schon vorab an unsere **Fax-Nr. 0211 5970 8639** senden. Bitte vergessen Sie nicht, Ihre Kontaktdaten unten einzutragen, damit wir Ihnen für den Aushang eine Chiffre-Nummer zuordnen können.

Biete <input type="checkbox"/>	Suche <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---------------------------------------

Einzelpraxis <input type="checkbox"/>	Berufsausübungsgemeinschaft <input type="checkbox"/>	Anstellung <input type="checkbox"/>
--	---	--

Fachgebiet:

Standort:

Übergabe-/Übernahmezeitpunkt (Wunschtermin):

Zusatzinformationen (Praxisausstattung/Kontaktdaten)

Ich interessiere mich für das Angebot (Kontaktdaten, mindestens Telefonnummer)

Ich bin an einer Weitervermittlung nach dem Praxisbörsentag interessiert und damit auch mit der Weitergabe meiner Kontaktdaten an Interessierte einverstanden.

ja

nein

Name:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

++ bitte abtrennen

++ bitte abtrennen

++ bitte abtrennen

++ bitte abtrennen

++ bitte abtrennen

Aktuelle Fragen an die Serviceteams und deren Antworten:

BFB – wie funktioniert das?

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im September fragten viele Praxen nach, wie die Blankoformularbedruckung (BFB) funktioniert.

Was ist Blankoformularbedruckung?

Bei der Blankoformularbedruckung werden Formulare aus dem Praxisverwaltungssystem mit einem Laserdrucker auf Sicherheitspapier gedruckt. Die Vorteile liegen auf der Hand: Zum einen entfällt die Bevorratung mit sämtlichen vertragsärztlichen Formularen, zum andern werden veraltete Nadeldrucker ersetzt und der Geräuschpegel dadurch deutlich reduziert.

Ausführliche Informationen finden Sie auf einem Merkblatt, das auf unserer Homepage zur Verfügung steht: www.kvno.de **KV | 121031**

Wie kann ich teilnehmen?

Die Teilnahme müssen Sie beantragen. Dafür gibt es ein Formular, das Sie ebenfalls in unserem Internet-Angebot finden. Auf dem Formular geben Sie neben allgemeinen Angaben der „Betriebsstätte“ (Adresse und Betriebsstätten-Nummer) Ihr Praxisverwaltungssystem und Ihren Drucker an.

Welche Formulare sind so druckbar?

Per Blankoformularbedruckung können Sie alle bundesweit vereinbarten Vordruckmuster (GKV-Formulare) erstellen – mit Ausnahme von Rezepten (Muster 16) und Betäubungsmittel-Rezepten. Diese können aus Sicherheitsgründen nicht mittels Blankoformularbedruckung ausgefüllt werden.

Woher bekomme ich das Sicherheitspapier?

Das Sicherheitspapier erhalten Sie über unseren Formularversand in Krefeld. Sie dürfen es nur für die Bedruckung von GKV-Formularen verwenden.

Mit welcher Überweisernummer gebe ich eine Überweisung vom Truppenarzt oder Polizeiarzt ein?

Für diese Fälle gibt es ein gesondertes Feld: „Überweisung von anderen Ärzten“ (Feldkennung 4219), in welches Sie den Überweiser namentlich eintragen. Zum Hintergrund: Truppen- bzw. Polizeiarzte haben weder eine lebenslange Arztnummer noch eine Betriebsstätten-Nummer. Daher können bei Überweisungen der Bundeswehr bzw. der Polizei diese Nummern nicht in Ihre Praxissoftware eingegeben werden. Softwarespezifische Besonderheiten erfragen Sie bitte bei Ihrem Anbieter.

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

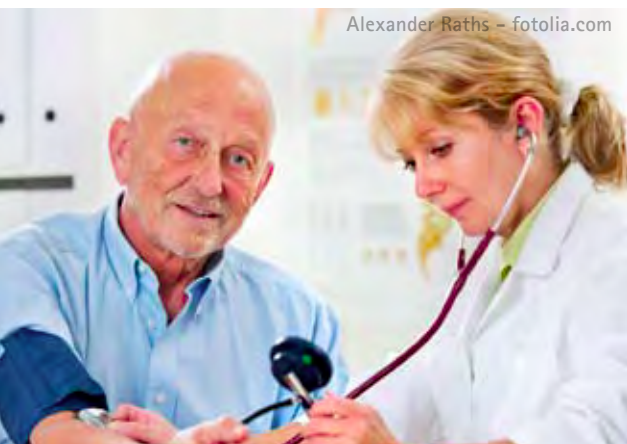
E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Kodieren der primären Hypertonie

Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems stehen seit Jahren an erster Stelle der Sterbefälle. Sie sind auch in der „Spitzengruppe“ der Grunderkrankungen der deutschen Bevölkerung und stellen für alle Fachgruppen eine wichtige Begleiterkrankung dar, die häufig die eigene Behandlung beeinflusst – und damit als Behandlungsdiagnose zu verschlüsseln ist.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte können sich eine fehlerhafte oder ungenügende Kodierung spätestens seit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) nicht mehr leisten. Durch den Gesundheitsfonds fließen den Krankenkassen unterschiedliche Zuschläge für bestimmte Erkrankungen zu. Die sachgerechte ambulante Kodierung hat direkte finanzielle Auswirkungen für die Krankenkassen. Somit auch mittelbare für die ambulante Versorgung. Denn Honorarverteilungen sind auf regionaler Ebene gemäß des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes wieder verhandelbar. Nach Wegfall der Konvergenz ist ein höherer finanzieller Bedarf lediglich durch die präzise Darlegung der Morbidität zu belegen. Praxen in Nordrhein sollen den ICD-10 folglich so exakt wie möglich anwenden.

Welche finanziellen Auswirkungen unterschiedliche Kodierungen haben können, zeigt das folgende Beispiel. Hier geht es um die Effekte von Zusatzkennzeichen wie Z statt G:



Alexander Baths – fotolia.com

Akuter Myokardinfarkt Z – alter Myokardinfarkt G

I 25.29 G alter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet
*Dieser Kode wird im Gesundheitsfonds berücksichtigt.
Der jährliche Zuschlag beträgt: 692,93 EUR/Jahr*

I 21.9 Z akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet
Als „Z“, also „Zustand nach“-Diagnose, fließt kein Zuschlag!

Als akuter Myokardinfarkt wird im ICD-10 nur derjenige betrachtet, der maximal bis zu 28 Tage nach dem Ereignis vorliegt. Für längere Zeiträume, also ab 29 Tagen, existieren eigenständige Kodes (I 25.20 bis I 25.29).

Richtiges Kodieren ist wichtig. Praxen sollten den ICD-10 exakt anwenden – gerade bei verbreiteten Krankheiten wie der Hypertonie.

Hypertonie und deren Folge- und/oder Begleiterkrankungen

Bei Betrachtung der Hypertonie sind auch die auf dem Boden dieser Erkrankung entstehenden Folge- und/oder Begleiterkrankungen relevant. Nach allgemeinen Kodierungstipps hinsichtlich der Hypertonie folgen daher einige Beispiele zur Herzinsuffizienz und den Ein- und Mehrgefäß-Erkrankungen des Herzens (KHK = Koronare Herzkrankheit).

Hypertonie

Die Hypertonie ist im Kapitel I (I10 – I15) des ICD-10 abgebildet. Grundsätzlich sollten bei der Kodierung der Hypertonie fünf Fragen beantwortet werden:

1. Liegt eine primäre Hypertonie mit oder ohne Entgleisung vor?
2. Besteht eine hypertensive Herzkrankheit?
3. Kann die Art der Herzkrankheit genau definiert werden?
4. An welche Folgeerkrankungen (außer der Beteiligung des Herzens) ist zu denken?
5. Gibt es wichtige primäre Begleiterkrankungen, die nicht unmittelbare Folge der Hypertonie sind?

Primäre Hypertonie – mit/ohne Entgleisung

Die Entgleisung wird über die fünfte Stelle kodiert.

Essentielle (primäre) Hypertonie

I10.00	Benigne essentielle Hypertonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.01	Benigne essentielle Hypertonie, mit Angabe einer hypertensiven Krise
I11.10	Maligne essentielle Hypertonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.11	Maligne essentielle Hypertonie, mit Angabe einer hypertensiven Krise
I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet, ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet, mit Angabe einer hypertensiven Krise

Hypertensive Herzkrankheit

Als hypertensive Herzkrankheit werden alle krankhaften Hypertoniefolgen am Herzen verstanden. Bestehen bei einer Herzinsuffizienz bereits Stauungszeichen, wird diese Erkrankung auch als kongestive Herzinsuffizienz bezeichnet. Der ICD-10 sieht für die Herzinsuffizienz, die auf dem Boden der Hypertonie entstanden ist, eigenständige Codes vor:

Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz

I11.00	Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I11.01	Mit Angabe einer hypertensiven Krise

Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz

I11.90	Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I11.91	Mit Angabe einer hypertensiven Krise

Monatliche Zu- und Abschlüsse für Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Morbi-RSA

Die Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in 22 Gruppen aufgeführt. Die Übersicht zeigt die Höhe der monatlichen alters- und risiko-adjustierten Zu- und Abschlüsse.

Herz-Kreislauf-Erkrankung	Zu- und Abschlüsse
Paroxysmale ventrikuläre Tachykardie	156,57
Pulmonale Herzkrankheit	256,05
Herzstillstand / Schock	206,08
Herzinsuffizienz	87,58
Akuter Myokardinfarkt / instabile Angina pectoris und andere akute ischämische Herzkrankheiten	163,58
Angina pectoris / Z. n. altem Myokardinfarkt	73,90
Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens	57,90
Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen	43,74
Schwere angeborene Herzfehler (Alter < 18 Jahre)	540,59
Andere angeborene Herzfehler (Alter < 18 Jahre)	154,83
Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung, Enzephalopathie oder akutes Lungenödem	37,46
Hypertonie, Hypertensive Herzerkrankung ohne Komplikationen und andere nicht näher bezeichnete Herzerkrankungen	23,85
Näher bezeichnete Arrhythmien	67,23
Zerebrale Blutung	389,05
Zerebrale Ischämie oder nicht näher bezeichneter Schlaganfall	150,12
Nicht näher bezeichnete Erkrankungen peripherer Gefäße	85,47
Hemiplegie / Hemiparese	153,06
Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen	136,40
Nicht näher spezifizierte Spätfolgen zerebrovaskulärer Erkrankungen	65,35
Atherosklerose mit Ulkus oder Gangrän	423,07
Lungenembolie / Periphere Gefäßerkrankungen (näher bezeichnet)	103,45
Atherosklerose, arterielles Aneurysma und sonstige, nicht näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen	15,79

Art der Herzkrankheit

Hierunter versteht der ICD-10 einerseits die klassische Rechts- oder Linksherzinsuffizienz, andererseits beispielsweise Komplikationen der Herzkrankheit. Diese beziehen sich vornehmlich auf den Herzmuskel – und nicht auf die Herz-Kreislauf-Gefäße.

Die Herzinsuffizienz ist dabei mit der vierten Stelle aus dem Bereich I50.- zu verschlüsseln, zum Beispiel: I50.12 Linksherzinsuffizienz, mit Beschwerden bei stärkerer Belastung, NYHA-Stadium II. Führt die hypertensive Herzkrankheit zu einer Erkrankung des Herzmuskels, etwa einer Vergrößerung, ist diese zusätzlich anzugeben. Die spezifischen Zustände sind unter I 51.4 bis I 51.9 zusammengefasst, zum Beispiel 51.7 Kardiomegali.

Folgeerkrankungen (außer Beteiligung des Herzens)

- Niereninsuffizienz aufgrund einer Hypertonie
 - I12.00 G Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz
 - I12.01 siehe oben, zusätzlich Hochdruckkrise Herz- und Nierenkrankheit
 - I13.00 G Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
 - I13.01 G s.o., zusätzlich hypertensive Krise
 - I13.20 G Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz, ohne Angabe einer hypertensiven Krise
 - I13.21 G s.o., zusätzlich hypertensive Kris
- Hypertonie und Augenkrankheit
 - H35.0 G Retinopathien des Augenhintergrundes und Veränderungen der Netzhaut
- Hypertonie und Hirngefäßbeteiligung (z. B. Folgen eines Hirninfarktes)
 - I69.3 G Folgen eines Hirninfarktes
 - I67.4 G Hypertensive Enzephalopathie

Primäre Begleiterkrankungen

Nierenkrankheit, nicht als Folge der Hypertonie: Kode aus dem Kapitel N, endstellig verschlüsselt [N17 – N19], zum Beispiel N18.4G: Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4, glomeruläre Filtrationsrate 15 bis unter 30 ml/min./1.73m² Körperoberfläche, präterminale Niereninsuffizienz.

Kodierfälle

Ein 57-jähriger, normalgewichtiger starker Raucher klagt über seit Tagen rezidivierenden Kopfdruck. Beim üblichen Treppensteigen (4. Stock) stellt er fest, dass er außer Atem gerät. Die Blutdruckmessung erfolgt an beiden Armen: 150/95 mmHg. Die Laboruntersuchungen auf Mikroalbuminurie, Kreatinin im Serum und die restlichen Elektrolyte sind nicht pathologisch verändert. Weitere Risikofaktoren, wie erhöhte Blutzuckerwerte, erhöhtes Cholesterin sowie andere endokrinologische Erkrankungen werden ausgeschlossen. Die Auswertung der 24-stündigen Langzeitblutdruckmessung bestätigt die erhöhten Blutdruckwerte.

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

Z01.3 G Messung des Blutdrucks

F17.1 G Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Schädlicher Gebrauch

Ein 78-jähriger Patient mit bekannter Hypertonie und chronischer Niereninsuffizienz, seit zwei Jahren dialysepflichtig, kommt zur Langzeitblutdruckkontrolle.

N18.5 G Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5, dialysepflichtige chronische Niereninsuffizienz

I12.00 G hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz, ohne Angabe einer hypertensive Krise

Ein 79-jähriger Patient hat vor sieben Wochen (≤ 49 Tage) einen Myokardinfarkt erlitten. Er war in stationärer Behandlung. Dort wurde eine koronare Ein-Gefäß-Erkrankung festgestellt. Zur Beratung und Medikamentenverordnung kommt er nun in die Praxis.

I25.11 G Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäß-Erkrankung

I25.20 G Alter Myokardinfarkt, 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend

Z76.0 G Ausstellung wiederholter Verordnung

Hinweis: Der akute Myokardinfarkt besteht nach ICD-10 bis zu einer Dauer von vier Wochen (28 Tagen). Ab dem 29. Tag sind eigenständige Kodes vorgesehen. Diese sind mit G zu kodieren.

Eine 74-jährige Patientin kommt zur Kontrolle und Verordnung der notwendigen Medikamente in Ihre Praxis. Sie hat einen primären Hypertonus mit dadurch bedingter Linksherzinsuffizienz. Gleichzeitig hat sie eine KHK ohne hämodynamisch wirksame Stenosen. Eine beginnende Niereninsuffizienz wurde durch Bestimmung der glomerulären Filtrationsrate vor drei Monaten festgestellt.

I10.00 G Benigne essentiellen Hypertonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

I13.20 G Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz

I50.12 G Linksherzinsuffizienz, mit Beschwerden bei stärkerer Belastung, NYHA-Stadium II

N18.1 G Chronische Nierenkrankheit, Stadium I

(glomeruläre Filtrationsrate 90 mm/min/1,73 m² Körperoberfläche oder höher)

Hinweis: Ist die glomeruläre Filtrationsrate nicht bekannt und wurde die Diagnose der beginnenden Niereninsuffizienz kürzlich gestellt, lautet die Diagnose: N19 G nicht näher bezeichnete Niereninsuffizienz.

Aufgrund akuter präkordialer Schmerzen erfolgt bei einer Patientin eine komplexe kardiologische Abklärung zum Ausschluss eines Herzinfarktes. Hierbei werden eine instabile Angina Pectoris und eine koronare Zwei-Gefäß-Erkrankung gesichert.

I20.0 G Instabile Angina Pectoris

I25.12 G Atherosklerotische Herzkrankheit, Zwei-Gefäß-Erkrankung

Z13.6 G Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf kardiovaskuläre Krankheiten

Hinweis: Der Ausschluss des akuten Herzinfarktes ist in diesem Fall nicht zu kodieren.

Eine 67-jährige Patientin kommt zur echokardiographischen Untersuchung und Kontrolle der Medikation. Es ist eine mittelgradige Mitralinsuffizienz in Folge Dilatation des linken Ventrikels auf dem Boden einer hypertensiven Herzkrankheit bekannt. Sie hat bereits Symptome nach NYHA-Stadium II.

I34.0 G Mitralklappeninsuffizienz

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

I50.12 G Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung, NYHA-Stadium II

Z76.0 G Ausstellung wiederholter Verordnung

Eine langjährige hypertensive Patientin wird mit ausgeprägter Luftnot bereits im Sitzen (Ruhedyspnoe) vorgestellt. Der Blutdruck liegt bei über 220/115 mmHg. Die Patientin klagt über Gewichtszunahme, Appetitlosigkeit und zunehmende symmetrische Beinödeme in den letzten Wochen. Eine Nierenerkrankung wird sonographisch und laborchemisch ausgeschlossen. Bei der vor zwei Monaten erfolgten ambulanten Koronarangiographie wurde eine Ein-Gefäß-Erkrankung diagnostiziert. Es erfolgt eine stationäre Einweisung.

I11.01 G Hypertensive Herzkrankheit mit kongestiver Herzinsuffizienz, mit Angabe einer hypertensiven Krise

I25.11 G Ein-Gefäß-Erkrankung

I50.14 G Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe (NYHA-Stadium IV)

I50.01 G Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz

Die KV Nordrhein übernimmt keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben.

Herz in Gefahr – Kampagne der Herzstiftung



November

Herzwochen 2012

Die Deutsche Herzstiftung veranstaltet im November 2012 die bundesweiten „Herzwochen“. Unter dem Motto „Herz in Gefahr: Koronare Herzkrankheiten erkennen und behandeln“ informieren Kardiologen über

Themen wie: „Diagnostik heute: Alternativen zum Herzkatheter“, „Medikamente: Welche? Wann? Wie lange?“, „Behandlung mit Stents: Was ist neu?“ und „KHK bei Frauen: Was ist bei Frauen anders?“.

Ziel der Kampagne ist es, die Öffentlichkeit für Ursachen und Gefahren der Koronaren Herzkrankheit zu sensibilisieren. Die Bevölkerung soll darauf aufmerksam gemacht werden, wie wichtig es ist, dieser Volkskrankheit vorzubeugen, sie zu erkennen und zu behandeln.

Unterstützt werden die Herzwochen von zahlreichen Partnern, darunter Herzzentren, niedergelassene Kardiologen, Krankenkassen und Gesundheitsämter. Insgesamt finden über 1 000 Veranstaltungen wie Vorträge, Seminare, Telefonaktionen und Gesundheitstage statt.

Veranstaltungstermine können Sie ab Mitte Oktober im Internet abrufen oder unter Telefon 069 955128 333 erfragen. Infos zu den Herzwochen unter: www.herzstiftung.de/herzwochen.html

Beratung

Bei Fragen zu den Proben wenden Sie sich bitte an:

Dr. Helen Bernard

Telefon 030 18754 3173
bernardh@rki.de

Bei Fragen zur Diagnostik wenden Sie sich bitte an:

Dr. Roland Grunow

Telefon 030 18754 2100
grunowr@rki.de

Mehr Infos unter www.rki.de

Achtung: Milzbrand bei Drogenkonsumenten

Das Robert Koch-Institut (RKI) und das Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen haben über einen erneuten Milzbrandtodesfall bei einem Drogenkonsumenten informiert. Der Fall trat in Blackpool (England) auf. Es handelt sich um den achten bestätigten Milzbrandfall in Europa seit Juni 2012, davon drei Fälle in

der Bundesrepublik. Es besteht auch in Nordrhein-Westfalen die Gefahr, dass Milzbrand-Infektionen durch verunreinigtes Heroin auftreten. Bei begründetem Verdacht bietet das RKI Unterstützung bei der Untersuchung von klinischem Material oder potenziellen Infektionsquellen an.

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Kontakt

Ilma Reißner-Gislason

Telefon 0211 5970 8110

Katharina Ernst

Telefon 0211 5970 8361

Telefax 0211 5970 8160

qualitaetszirkel@kvno.de

Thema Psychotherapeutischer Qualitätszirkel Haan

Kontakt Dipl.-Psych. Paul Rath
Adlerstraße 33
42781 Haan

E-Mail rath@paulrath.de

Termin dienstags 8 Uhr bis 9:30 Uhr

Turnus 14-tägig

Ort Praxis (Anschrift oben)

Thema Fallbesprechungen im Rahmen der psychotherapeutischen Tätigkeit

Kontakt Dipl.-Psych. Helmut Bambynek
Kaiserrescher Straße 14
50935 Köln-Sülz

Telefon 0221 430 0535

E-Mail helmut.bambynek@web.de

Termin jeder 2. Mittwoch im Monat

Ort Praxis (Anschrift oben)

Köln und Düsseldorf: HIV-Hochburgen

Die Zahl der HIV-Neuinfektionen ist 2011 seit zehn Jahren erstmals gesunken. Sowohl weltweit, als auch in Deutschland ist der Inzidenzwert niedriger als in den Vorjahren. Das Robert Koch-Institut (RKI) sieht darin eine Trendwende.

Während sich in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2010 rund 680 Menschen mit dem HI-Virus infizierten, waren es 2011 noch 650. Köln und Düsseldorf jedoch sind auf Bundesebene die Hochburgen der Neuinfektionen: Auf 100.000 Einwohner kamen im vergangenen Jahr 15 Neuinfektionen. Damit übersteigen sie sogar die Werte in Berlin, Hamburg oder München.

Allgemeine Fakten zur Erkrankung in Deutschland:

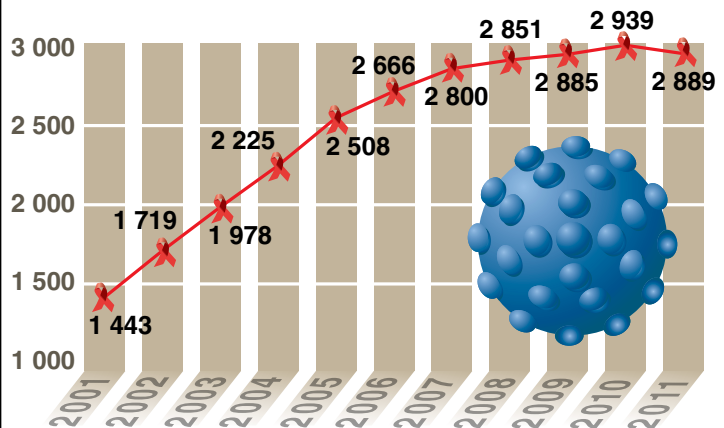
- Den größten Anteil an Neuinfektionen und Prävalenz haben Männer, die Sex mit Männern haben.
- Am unwahrscheinlichsten ist die Übertragung von Mutter zu Kind in Schwangerschaft und Stillzeit.
- Allein in Nordrhein-Westfalen leben 14.000 infizierte Männer – genauso viele wie Frauen im gesamten Bundesgebiet.

Bemerkenswerte Unterschiede bezüglich der Übertragung des Immundefizienz-Virus sind auf internationaler Ebene zu beobachten. In Deutschland übertragen vor allem homo- und bisexuelle Männer die Erkrankung. Völlig anders sieht es dagegen in Afrika südlich der Sahara aus. Mehr als die Hälfte der Menschen, die den HI-Virus in sich tragen sind Frauen und der Hauptübertragungsweg ist der heterosexuelle Geschlechtsverkehr.

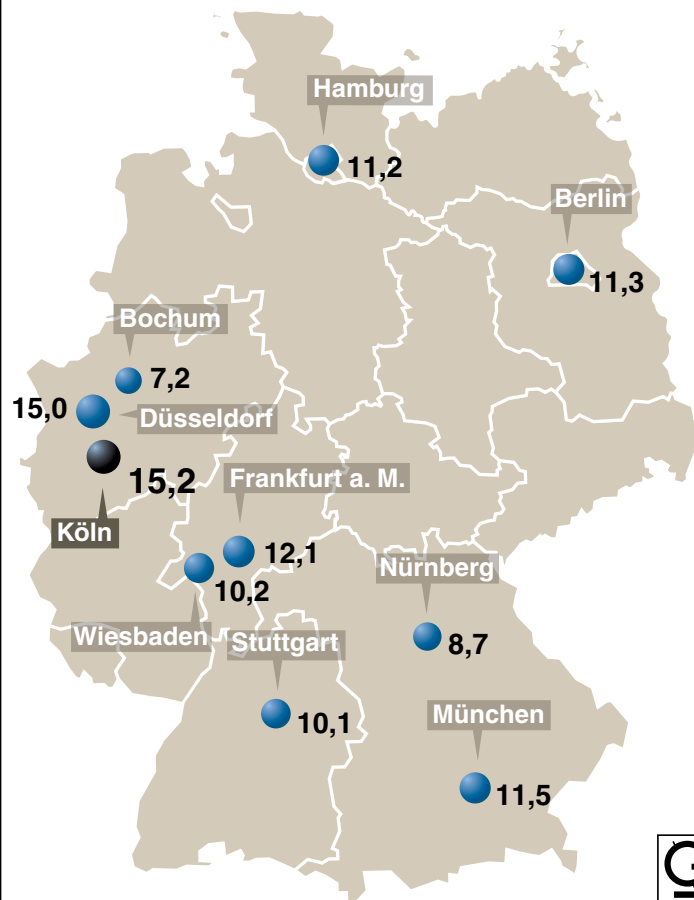
In Europa und Afrika ist jeweils ein anderer Subtyp der Erkrankung verbreitet. Ob ein Zusammenhang zwischen Übertragungsweg und Virus-Subtyp besteht ist unklar.

HIV-Neuinfektionen in Deutschland

Personen, die sich neu mit dem Humanen Immunschwäche-Virus (HIV) angesteckt haben



Großstädte* mit den meisten HIV-Erstdiagnosen 2011
Fälle je 100 000 Einwohner



*über 250 000 Einwohner

Quelle: RKI

© Globus



Qualitätsmanagement – neue Schulungen

Generelle Ziele bestimmen die Qualitätspolitik einer Praxis. Die Fortbildungen helfen, konkrete Ziele für die Praxis zu definieren und das QM zu verbessern.

Die Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung bietet ab Ende November neue Schulungen rund um das Qualitätsmanagement in der Praxis. Ein Vorteil: Die Fortbildungen sind modular aufgebaut, sodass

sich jeder Teilnehmer sein individuelles Schulungspaket zusammenstellen kann.

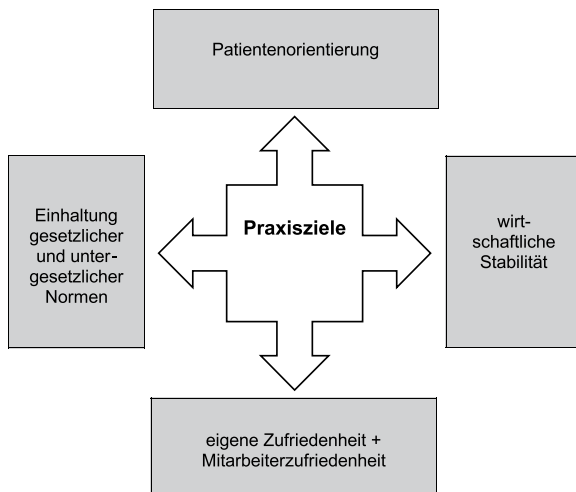
Darüber hinaus setzen die Fortbildungen auf einen rund 30-prozentigen Online-Lernanteil. Alle Teilnehmer erhalten einen dauerhaften Zugang zur bewährten Lernplattform der Nordrheinischen

Akademie mit abrufbaren Informationen und Musterdokumenten. Die Plattform können die Teilnehmer während der Kurse auch zum Austausch nutzen.

In die Kurse wurden die Erfahrungen mit Qualitätsmanagement (QM) eingearbeitet. Im Mittelpunkt stehen praxisnahe Umsetzungsmöglichkeiten, die den Praxen helfen, ein erfolgreiches QM einzuführen und weiterzuentwickeln. Die ersten Kurse der neuen Reihe werden zu diesen Themen durchgeführt:

- QM-Grundlagen und Instrumente
- Datenschutz
- Hygiene
- Arbeitsschutz
- Notfallmanagement
- Reden und Überzeugen in der Praxis

Mehr Infos finden Sie auf der Homepage der Nordrheinischen Akademie unter www.akademienordrhein.de



Harmonie im Haus der Ärzteschaft

Der Sommerempfang ist ein wichtiger Treffpunkt für alle maßgeblichen Akteure im nordrheinischen Gesundheitswesen. Vor dem Hintergrund des aktuellen Honorarkonflikts zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen durfte man auf die Atmosphäre in diesem Jahr besonders gespannt sein.

zu einer raschen Konfliktlösung, wies jedoch auch auf die Legitimität der ärztlichen Forderungen hin. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein seien ohnehin benachteiligt und die Konvergenz daher Teil der Lösung. „Ich wünsche mir Ärzte, die ohne Bedacht ihrer finanziellen Situation Zeit für die Patienten haben“, sagte Henke.

Gastredner: Prof. Dr. Andreas Meyer-Falcke



Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, die in diesem Jahr als Veranstalter fungierte, fand kritische, aber auch versöhnliche Töne: Er riet allen Beteiligten

Als Vertreter des Düsseldorfer Oberbürgermeisters Dirk Elbers erschien Prof. Dr. Andreas Meyer-Falcke zum Empfang. Der neue Gesundheits- und Personaldezernent der Landeshauptstadt sprach unter anderem über den florierenden Gesundheitstourismus in der Stadt: Jeder zehnte Besucher käme als Patient. Das Haus der Ärzteschaft sei ein starkes Kompetenzzentrum für die Gesundheit – und die Kultur.

Qualitätsmanagement-Richtlinie – Eine Bilanz

Die Richtlinie Qualitätsmanagement vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist vor sieben Jahren in Kraft getreten. Qualitätsmanagement hat sich in vielen Praxen bewährt und kontinuierlich weiter entwickelt. Der G-BA berät auf Basis der jährlichen Stichproben darüber, ob Praxen sanktioniert werden sollten, wenn sie die Vor-

gaben der QM-Richtlinie nicht erfüllen und ob die Richtlinien die einzelne QM-Systeme benennen sollte. Auf einer Fortbildung informiert der Qualitätssicherungsbeauftragte der KV Nordrhein über den aktuellen Stand und neue themenspezifische QM-Fortbildungen.

ZERTIFIZIERT | ■■■ Punkte

Termin Montag,
19. Nov. 2012
19.30 bis 22 Uhr
Ort Bezirksstelle Köln
Sedanstraße 10-16
50668 Köln
Termin Dienstag,
27. Nov. 2012
19.30 bis 22 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
40474 Düsseldorf

Anmeldung Köln
Telefax 0221 7763 5508
Düsseldorf
Telefax 0211 5970 9908

Fünf Medikamente – mehr braucht kaum ein Patient?!

Das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) lädt zu einer Fortbildung zur „Verordnungssicherheit“ ein. Im Blickpunkt stehen aktuelle Fragen zur Qualität der medizinischen Versorgung älterer, multimorbider und chronisch kranker Patienten. Viele dieser Patienten nehmen acht und mehr Medikamente ein. Das führt immer wieder zu Problemen. Auf der einen Seite wissen Ärztin-

nen und Ärzte, dass die Wechselwirkungen bei mehr als fünf Medikamenten unkalkulierbar werden, auf der anderen Seite definierten Leitlinien für jede Erkrankung medikamentöse Standards. Wie sollen Ärzte mit diesem Dilemma umgehen?

Mehr Infos unter www.iqn.de

ZERTIFIZIERT | ■■■■ Punkte

Termin Mittwoch, 7. Nov. 2012
16 bis 19.30 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung IQN
Telefax 0211 4302-5751
E-Mail iqn@aekno.de

Kinderbetreuung Anmeldung
Telefon 0211 4302 1600
Mobil 0172 2020505

Reden Sie noch, oder kommunizieren Sie schon?!

Empathische Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist das Thema der nächsten Fortbildungsveranstaltung des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen (IQN). Erlernen Sie Deeskalationstechniken in Gesprächen, reflektieren und diskutieren Sie mit einem Kommu-

nikationstrainer Lösungsmöglichkeiten. Schärfen Sie Ihre Wahrnehmung für Patientenbedürfnisse und erfahren Sie, wie Sie Ihren persönlichen Empathiefaktor steigern können.

ZERTIFIZIERT | ■■■■■ Punkte

Termin Samstag, 17. Nov. 2012
9 bis 17 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung IQN
Telefax 0211 4302-5751
E-Mail iqn@aekno.de

Termine

■	24.10.2012	KV Nordrhein: Infoveranstaltung „Online abrechnen“, Wiehl
	24.10.2012	Nordrheinische Akademie: IGe-Leistungen: Grundlagen, Voraussetzung, Probleme in der Praxis
■	24.10.2012	KV Nordrhein: „Die dringliche Versorgung von Kindern im Praxisalltag“, Düsseldorf
■	24.10.2012	KV Nordrhein: Einführungsworkshop „Rational und rationell verordnen für neu niedergelassene Ärzte, Düsseldorf
	27.10.2012	Nordrheinische Akademie: Ausbildung zum Moderator für Qualitätszirkel, Aufbaukurs, Düsseldorf
	27.10.2012	Nordrheinische Akademie: EDV – Evidenzbasierte Internetrecherche, Düsseldorf
■	07.11.2012	KV Nordrhein: Infoveranstaltung „Online abrechnen“, Duisburg
	07.11.2012	Nordrheinische Akademie/ GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft mbH: „Boxenstopp – Individual-Coaching für die Ärztin/den Arzt“, Düsseldorf
■	07.11.2012	KV Nordrhein: „Fünf Medikamente – mehr braucht kaum ein Patient?!\", Düsseldorf
■	10.11.2012	KV Nordrhein: Praxisbörsentag, Köln
■	12.11.2012	KV Nordrhein: Kreisstelle Düsseldorf: Mitgliederversammlung
■	15.11.2012	KV Nordrhein: Kreisstelle Essen: Mitgliederversammlung
	15.11. bis 18.11.2012	Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen: 102. Klinische Fortbildung „Neues aus den Spezialfächern für hausärztlich tätige Allgemeinmediziner und Internisten“, Berlin
	17.11.2012	IQN/KV Nordrhein: „Reden Sie noch, oder kommunizieren Sie schon?“, Düsseldorf
	21.11.2012	Nordrheinische Akademie/GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft mbH: „Honorarverteilung, Abrechnung, Regelleistungsvolumen“, Düsseldorf
■	21.11.2012	KV Nordrhein: Kreisstelle Wuppertal: Mitgliederversammlung
■	21.11.2012	KV Nordrhein: Infoveranstaltung „Online abrechnen“, Bonn

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

24.10.2012	Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis, Schwerpunkt: Psychische Störungen, Wesel
07.11.2012	Abrechnung Hausärzte, Düsseldorf
10.11.2012	EDV: Excel-Einführungskurs, Düsseldorf
14.11.2012	IGe-Leistungen, Köln
14.11.2012	Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis, Schwerpunkt: Psychische Störungen, Krefeld
21.11.2012	Pharmakotherapie, Düsseldorf
24.11.2012	EDV: PowerPoint, Düsseldorf
28.11.2012	Datenschutz-Aufbauseminar, Düsseldorf
28.11.2012	Praxisgebühr, Düsseldorf

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter www.kvno.de oder www.akno.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“ 11+12 | 2012

■ Honorarvereinbarung 2013:

Wie entwickelt sich die Vergütung?

■ Neue Bedarfsplanung:

Wo können sich Ärzte niederlassen?

■ Arzneimittel-Vereinbarung:

Die neuen Richtgrößen im Überblick

■ Infektionen und Krebs:

Wie viel können Impfungen verhindern?

■ Infos zur Organspende:

Was spricht für das Hirntod-Kriterium?

Die nächste Ausgabe von „KVNO aktuell“

erscheint am 17. Dezember 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.