

11+12 | 2012

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Aktuell

Online-Abrechnung | Ab dem dritten Quartal 2013 Pflicht

Schwerpunkt

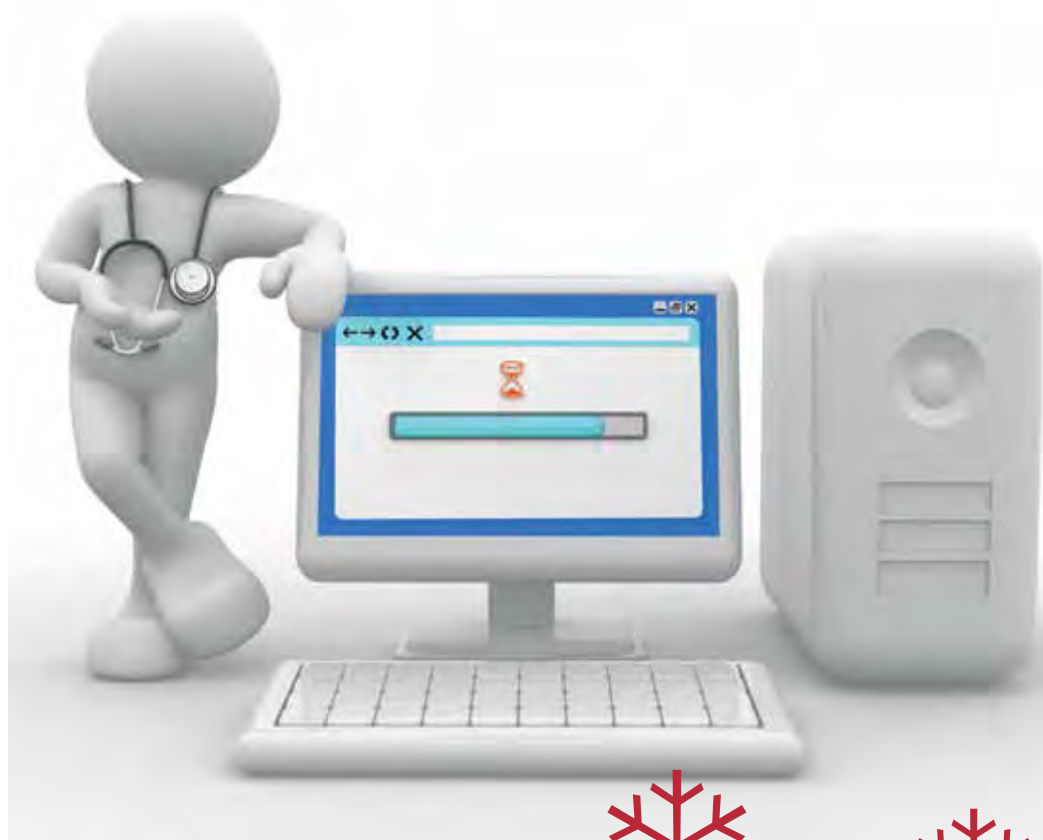
VV der KVNO | Der Notdienst in Nordrhein wird neu gestaltet

Hintergrund

DMP-Bericht | Die Patienten profitieren von den Programmen

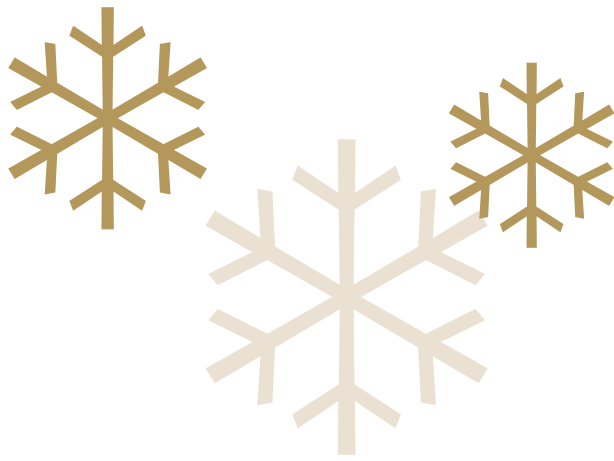
Verordnungen

Heilmittel | Ab 2013 gibt es mehr Praxisbesonderheiten



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.



Inhalt

Schwerpunkt

- 2 VV der KVNO: Budget für Speziallabor ab Juli 2013
- 5 Neues Notdienst-Konzept auf dem Weg
- 8 Beschlüsse der Vertreterversammlung

Aktuell

- 10 SAPV im Rhein-Erft-Kreis
- 10 Neue Annahmezeiten für Abrechnungsunterlagen
- 11 Kein Stempel für Gesundheitswoche
- 12 Mit wenigen Klicks zur Abrechnung
- 14 Praxisgebühr: Ende eines bürokratischen Ballasts

Standpunkt

- 15 Praxisgebühr ade – und nun?

■ Praxisinfo

- 16 Praxisgebühr entfällt – Überweisungsverfahren bleibt
- 16 IKK classic: Kataraktkontingent-Vertrag
- 16 HEK: Hautkrebs-Screening jetzt mit Auflichtmikroskopie

- 17 Leistungsanspruch von AOK Nordost-Versicherten
- 17 BKK-Wahltarifvertrag „Arzt privat“ gekündigt
- 17 Pronova BKK kündigt Homöopathie-Vertrag
- 17 Onkologie-Vereinbarung: Nachsorge keine Leistung
- 17 Genetische Analysen per Lipochip
- 17 Sozialversicherung der Landwirtschaft
- 18 Urlaubsabwesenheit
- 18 EBM-Änderungen

■ Verordnungsinfo

- 21 Impfungen: Änderungen beschlossen
- 22 Längere Liste der Praxisbesonderheiten bei Heilmitteln
- 23 Überlassen von BtM an Palliativpatienten
- 24 Neue BtM-Rezepte – alte Vordrucke weiter gültig
- 24 Änderung Muster 16 – Bestand aufbrauchen
- 24 Tilidin-Tropfen sind nun Betäubungsmittel
- 24 Keine grünen Rezepte mehr
- 25 Neue orale Antikoagulanzen bei Vorhofflimmern

Hintergrund

- 28 Zehn Jahre DMP im Rheinland

Berichte

- 32 eArztbrief besteht Praxistest
- 33 „Versand ohne Medienbruch“
- 34 Sichere Arzneimitteltherapie
- 36 Bürokratie melden – Zeit gewinnen
- 36 Krankenkassen-Navigator: Ärzte bewerten Kassen
- 37 KBV stellt die Systemfrage
- 37 Schnelle Infos: Geben Sie uns Ihre Mail-Adresse
- 38 Wieder lieferbar: „Vorsorge-Checker“
- 38 Gesicherte Qualität in 60 Bereichen

Service

- 39 Gastrointestinale Erkrankungen
- 48 Betreuungspauschale und Hausbesuche

In Kürze

- 46 Neue Qualitätszirkel
- 47 AOK informiert über Knie- und Hüft-OP-Kliniken
- 47 Ratgeber: Richtiger Umgang mit IGeL



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

das Jahr 2012 war nichts für schwache Nerven. Nicht nur mit Blick auf die Honorarverhandlungen in Berlin, die uns und die Medien über Wochen beschäftigt haben und deren Nachwirkungen immer noch spürbar sind. Nicht umsonst erhalten Sie derzeit Post von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die sich aufgrund des denkwürdigen Verhandlungsverlaufs entschlossen hat, alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten zu fragen, unter welchen Bedingungen wir den Sicherstellungsauftrag künftig ausüben wollen.

Wir haben Ende Oktober die Honorarverhandlungen auf regionaler Ebene aufgenommen. Schon jetzt ist klar, dass sich auch unsere Gespräche mit den Vertretern der Krankenkassen kompliziert gestalten. Die Ergebnisse, auf die sich der GKV-Spitzenverband und die KBV auf Bundesebene geeinigt haben, sind letztlich nicht mehr als eine Empfehlung. Bei uns in Nordrhein sind die Verhandlungen auch deshalb schwierig, weil die Benachteiligung Nordrheins bei den für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehenden Mitteln unverändert ist. Unser Nachholbedarf in Sachen Vergütung wird daher selbstverständlich ein Bestandteil der Gespräche sein.

Ein Thema, das uns noch auf Jahre hinaus beschäftigen wird, ist die Neustrukturierung des ärztlichen Notdienstes in Nordrhein. Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein hatte

uns beauftragt, ein Konzept zur Neugestaltung zu erstellen und hat unseren Vorschlag auf der Vertreterversammlung am 30. November mit klarer Mehrheit angenommen. Die Kernpunkte der Neugestaltung, die vor allem eine homogene und damit für viele Ärzte niedrigere Dienstbelastung zum Ziel hat, stellen wir Ihnen in dieser Ausgabe vor.

Für uns alle gut ist in jedem Fall die Abschaffung der Praxisgebühr, die in Wahrheit eine Kassengebühr war. Sie hat die Praxen Zeit und Geld gekostet, ihre Steuerungsfunktion aber nie erfüllt. Das Aus ist ein Erfolg, den wir auch Ihnen und Ihren Patienten verdanken. Rund 300.000 Menschen haben in den nordrheinischen Praxen während unserer Kampagne für die Abschaffung der Gebühr votiert. Bundesweit haben die KVen 1,6 Millionen Unterschriften gesammelt und Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr übergeben.

Wir wünschen Ihnen frohe Weihnachten und einen guten Start ins neue Jahr!



Herzliche Grüße

Dr. Peter Potthoff

Bernhard Brautmeier

Vorsitzender des Vorstandes

Vorstand

Budget für Speziallabor ab Juli 2013

Die meisten und die emotionalsten Wortbeiträge auf der jüngsten Vertreterversammlung der KV Nordrhein galten der Neugestaltung des Notdienstes – das war abzusehen (siehe Bericht Seiten 5 bis 7). Doch nicht nur das neue Notdienst-Konzept wurde intensiv diskutiert. Auch die geplante EBM-Reform zur Stärkung der Grundversorgung fand ein lebhaftes Echo. Dass die für die ambulante ärztliche Versorgung zur Verfügung stehenden Mittel in Nordrhein nicht ausreichen, machte nicht nur der Honorarbericht deutlich, sondern auch der Protest von 100 HNO-Ärzten, die auf der Versammlung für mehr Honorar demonstrierten.

Die Botschaft war deutlich: „Stoppt Bankrott“ und „Betriebskosten höher als Kassenhonorar“ stand auf den Transparenten, an denen vorbei sich die Teilnehmer an der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein am 30. November ihren Weg in den Saal bahnen mussten. Knapp 100 Hals-Nasen-Ohrenärzte aus Nordrhein nutzten das

Forum im Haus der Ärzteschaft, um ihre Sorgen und Nöte zu artikulieren – die den Adressaten freilich bekannt sind.

Bergmann versicherte den HNO-Ärzten, dass die Vertreterversammlung ihre Probleme sehr ernst nimmt. „Wir befassen uns intensiv damit im Ausschuss für den Honorarverteilungsmaßstab“, versicherte Bergmann, der gleichwohl erklärte, warum auf die Stützung kompletter Fachgruppen verzichtet werde. „Wir können die Probleme zu geringer Honorare für die kassenärztliche Arbeit nicht mehr durch eine innerärztliche Umverteilung lösen. Wir brauchen schlicht und ergreifend mehr Mittel für die Versorgung und damit auch für die Vergütung der Kollegen“, betonte Bergmann, der wie alle anderen Delegierten darauf hofft, dass sich die Kassenvertreter in den Honorarverhandlungen bewegen.

Verhandlungen bisher ohne Ergebnis

„Wir führen seit dem 29. Oktober Sondierungsgespräche“, sagte Bernhard Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein. Ein Ergebnis gebe es noch nicht, Zwischenstände werden nicht verkündet – ein für den Verlauf der Verhandlungen kontraproduktiver medialer Schlagabtausch, wie er zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband ausgetragen wurde, bleibt aus.

Verwaltungskosten: Online günstig

Die Verwaltungskosten bleiben 2013 konstant – für die Abrechnung im KVNO-Portal mit eToken oder dem eArztausweis light sinken sie sogar um 0,1 Prozentpunkte. Sie bewegen sich je nach Abrechnungsverfahren zwischen 2,3 und 3,5 Prozent. Am günstigsten fahren wie bisher die Praxen, die via D2D oder das KV-SafeNet abrechnen und mit dem elektronischen Heilberufausweis signieren. Die Kosten im Einzelnen:

■ Papier-Abrechnung	3,5 %*
■ Datenträger	2,6 %**
■ D2D, KVNO-Portal (eToken oder eArztausweis light) oder KV-SafeNet:	2,5 %
■ D2D oder KV-SafeNet mit digitaler Signatur der elektronischen Gesamtaufstellung:	2,3 %

* Nur noch zulässig mit einer Ausnahme-Genehmigung der KV Nordrhein.

** Ab 3. Quartal 2013 ist die Online-Abrechnung auch in Nordrhein Pflicht. Die Datenträger-Abrechnung (zum Beispiel CD) ist dann nur noch mit einer Ausnahme-Genehmigung der KV Nordrhein möglich.

Die Verhandlungen sind auch in Düsseldorf kompliziert. Die strukturelle Benachteiligung Nordrhein bei den für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehenden Mitteln und der Nachholbedarf bei der Vergütung sind Gegenstand der Gespräche, eine Hürde, die besonderes Verhandlungsgeschick erfordert. Die Ergebnisse des Verhandlungsmarathons auf Bundesebene stellte Brautmeier noch einmal detailliert vor. „Die Erhöhung des Orientierungspunktwerts um 0,9 Prozent ist eine der wenigen bundesweiten Vorgaben – ansonsten haben wir es überwiegend mit Empfehlungen zu tun.“ Ein echter Erfolg sei die Ausdeckelung psychotherapeutischer Leistungen, deren Steigerungen künftig Sache der Krankenkassen sind.

EBM-Reform

Deutlich skeptischer äußerte sich Brautmeier zur EBM-Reform. „Die Simulationsberechnungen brachten bisher nicht das gewünschte Ergebnis“, so Brautmeier. Detail-Berechnungen für Musterpraxen fehlten noch. So bleibt der Versuch, Hausarztpraxen mit einem „typischen Spektrum“ an Versorgungsleistungen durch „versorgungsbereichsspezifische Grundpauschalen“ oder „Chroniker-Pauschalen“ abzusichern, ebenso Theorie wie die geplante Stärkung der fachärztlichen Grundversorgung – ebenfalls mittels Pauschale.

Immerhin: Gerade konservativ tätige oder betreuungsintensiv arbeitende fachärztliche „Grundversorger“ seien bisher meist Verlierer von EBM-Reformen gewesen – „die HNO-Ärzte, die heute hier sind, würden davon profitieren.“ Die Beratenden Fachausschüsse auf Bundesebene haben daher den Plänen im Grundsatz zugestimmt, obwohl viele Ärzte weiteren Umverteilungsabsichten skeptisch gegenüberstehen, wie in der Vertreterversammlung deutlich wurde.

Ein Antrag von Vertretern des Hausärzterverbandes für ein „Nein“ zu den EBM-Plänen wurde mit knapper Mehrheit abgelehnt. Der



Tenor vieler Redner lautete: Wir brauchen keinen neuen EBM, wir brauchen mehr Honorar. Gleichwohl gab es auch Befürworter der Reform, die mit der Stärkung der Grundversorgung den richtigen Weg weise.

Freude über Praxisgebührensabschaffung

Nach einem Hinweis auf die aktuelle Befragung der KBV zum Sicherstellungsauftrag, die Auskunft darüber geben soll, unter welchen Bedingungen die Kassenärzte künftig den Sicherstellungsauftrag weiterführen wollen, gab es eine Erfolgsmeldung: Die Praxisgebühr ist ein Auslaufmodell, dessen Ende „wir heftig begrüßen“, wie Brautmeier betonte.

Die KV Nordrhein beteiligte sich an einer bundesweiten Kampagne zur Abschaffung der Gebühr, bei der allein in nordrheinischen Praxen rund 300.000 Unterschriften gesammelt wurden. Bundesweit konnten Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr Anfang November 1,6 Millionen Unterschriften überreicht werden.

Die von einzelnen Vertretern geäußerte Sorge über etwaige Liquiditätsengpässe in den Praxen zu Quartalsbeginn auf Grund der entfal-

Knapp 100 HNO-Ärzte machten vor und während der Vertreterversammlung auf unzureichende Honorare und RLVs aufmerksam.



Die Laborbudgetierung kommt in Nordrhein erst zum 1. Juli 2013 – bis dahin wird diese Regelung ausgesetzt.

lenden Praxisgebühr konnte der Vorstand entkräften: Schon mit der ersten Abschlagszahlung am 10. Januar kehrt die KV Nordrhein zur Praxis aus der Zeit vor Einführung der Praxisgebühr zurück. Heißt: Die bisher vorgenommenen Abzüge für die Einnahmen aus der Praxisgebühr entfallen schon ab Januar.

Honorar: Nordrhein weiter hinten

Ein chronisches Finanzierungsdefizit herrscht auch bei der ambulanten ärztlichen Versorgung in Nordrhein, wie Dr. Frank Bergmann in seinem Honorarbericht zum dritten Quartal 2011 zeigte. Er belegte die enorme Spreizung bei den Honorarumsätzen zwischen den Bundesländern. Sowohl die Haus- als auch die Fachärzte in Nordrhein liegen beim Honorarumsatz in unteren Tabellenregionen, bei den Fachärzten beispielsweise liegt die KV Nordrhein mit 42.024 Euro an drittletzter Stelle.

Auch der Fallwert bewegt sich in Nordrhein weit unter dem Bundesdurchschnitt. Das gilt ebenso für die morbiditätsbedingte Gesamt-

vergütung: Nordrhein liegt mit 334 Euro je Versichertem pro Jahr auch hier an drittletzter Stelle – Spitzenreiter ist Berlin mit 391 Euro, der Bundesdurchschnitt liegt bei 352 Euro.

Um neue Bestandteile der Vergütung in Nordrhein ging es bei den Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM). Ein spezielles Thema waren die Pläne beim Speziallabor. Einstimmig angenommen wurde das ganze Paket, inklusive der Bestätigung gesonderter Fallwerte für ausschließlich kinderkardiologisch tätige Pädiater. Auch die Bildung neuer qualifikationsgebundener Zusatzvolumen (QZV) für die Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, ist beschlossen.

Laborreform

Wichtig: Eine Laborbudgetierung kommt in Nordrhein erst zum 1. Juli 2013 – bis dahin wird diese Regelung ausgesetzt. Statt die bundesweite Abstufung der KBV einfach zu übernehmen, suchte der HVM-Ausschuss nach einer sinnvolleren, spezifisch nordrheinischen Lösung – und fand sie.

„Wir wollen mit realen, KVNO-spezifischen Fallwerten arbeiten und multiplizieren diese noch mit dem Sicherheitsfaktor 1,5“, erklärte Dr. Rolf Ziskoven, stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung. Wer dennoch das fallzahlabhängige Budget überschreitet, wird angeschrieben und gebeten, konkrete medizinische Gründe dafür zu nennen. Anträge auf Anpassung beziehungsweise Aussetzung der Mengenbegrenzung fürs Speziallabor werden zügig bearbeitet; inzwischen sind schon Anträge aus 214 Praxen mit 302 Ärzten eingetroffen. ■ DR. HEIKO SCHMITZ

Neues Notdienst-Konzept auf dem Weg

Nach intensiver Debatte hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein beschlossen, den ärztlichen Notdienst in Nordrhein neu zu gestalten. Die Zahl der Dienste soll sinken – vor allem für Ärzte auf dem Land.

So wie er ist, wollen ihn die meisten nicht mehr. Deswegen erteilte die Vertreterversammlung der KV Nordrhein vor einem Jahr den Auftrag, ein Konzept für einen besseren Notdienst zu erarbeiten. Besser, das heißt vor allem, homogener. Die Unterschiede im Rheinland sind groß. Das betrifft die Strukturen, die Dienstbelastungen und die Abgaben, die ein Arzt oder eine Ärztin für den Notdienst zahlen muss.

Landärzte benachteiligt

Generell gilt derzeit: Wer auf dem Lande praktiziert, der muss häufiger ran und die Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten sicherstellen. Auch dies ist ein Grund, warum Nachwuchs-Vertragsärzte die Niederlassung auf dem Lande scheuen. „Einige potenzielle Praxis-Nachfolger wollen nur übernehmen, wenn sie keinen Dienst machen müssen“, berichtete Dr. Andreas Marian, Hausarzt in Blankenheim in der Eifel.

Dass aber auch in den Städten nicht alles zum Besten bestellt ist, war Konsens auf der Versammlung. In Köln beispielsweise gibt es zehn Bezirke bzw. Notdienstpraxen. „Die Kolleginnen und Kollegen zahlen zwischen 40 und 200 Euro monatlich für die Notdienst-Strukturen“, sagte Dr. Guido Marx, Hausarzt aus der Domstadt.

Dr. Ludger Wollring wies auf die sehr unterschiedliche, oft ungerechte Dienst-Belastung der Kollegen im Notdienst hin. „Wir ha-

ben historisch gewachsene Strukturen – aber nicht alles, was historisch gewachsen ist, ist gut“, so der Augenarzt aus Essen. Die Umsätze lagen teils bei unter zwei Euro pro Stunde, ein wirtschaftliches Fiasko.

Bunt wie ein Flickenteppich war die erste Folie, die Dr. Peter Potthoff auflegte. Kein Wunder, denn sie zeigte die 130 Notdienstbezirke Nordrhein. Und darin lebt die Vielfalt: Kombinierte Sitz- und Fahrdienste aus der eigenen Praxis oder aus Notdienstpraxen, getrennte Sitz- und Fahrdienste aus eigenen Praxen oder aus Notdienstpraxen und Kombinationen der Varianten existierten. Die Fahrdienste wiederum würden teils mit eigenen PKW, teils mit Partnern durchgeführt usw.

Zahlen zum Notdienst

1,3 Millionen Behandlungsfälle im Notdienst pro Jahr.

45 Millionen Euro erhielten Niedergelassene für Leistungen im Notdienst.

32 Millionen betrug das Honorar der Krankenhausambulanzen in 2011.

130 Notdienstbezirke gibt es derzeit.

78 Notfallpraxen stehen im Rheinland bereit.

Neue Notdienstbezirke

Statt 130 Notdienstbezirke soll es künftig maximal sieben oder acht geben. Die Karte zeigt eine mögliche Aufteilung in acht Bezirke.



Welche Variante auch immer praktiziert würde, die Belastungen im ländlichen Bereich seien hoch: Zu jeweils 15 Fahr- und 15 Sitzdiensten im Jahr würden zum Beispiel die Hausärzte in Kleve eingeteilt. Und die Augenärzte dort seien mit 33 Diensten jährlich konfrontiert. Ein unhaltbarer Zustand.

Maximal acht Bezirke

Um diesen zu verbessern, schlug der Vorstandsvorsitzende der KV Nordrhein vor:

- sieben bis acht etwa gleich große Notdienstbezirke einzuführen, in denen jeweils mehr als eine Million Menschen leben
- Sitz- und Fahrdienst zu trennen
- einheitliche Öffnungszeiten aller nordrheinischen Notdienstpraxen.

Die Vorteile dieser Maßnahme: höhere Fallzahlen und bessere Möglichkeiten, die Fahrdienste optimal zuzuweisen und eine geringere Dienstfrequenz. Selbst bei acht Bezirken würde ein Arzt zu höchstens drei Fahrdiensten und maximal acht Sitzdiensten pro Jahr eingeteilt, stellte Potthoff dar. Die Unterstützung durch Fahrer und Fahrzeuge im Fahrdienst für die einzelnen Bezirke müsse ausgeschrieben werden; an dieser Ausschreibung könnten sich alle professionellen Anbieter beteiligen.

Neuerungen bei Notdienstpraxen

Die Notdienstpraxen spielen eine wichtige Rolle im Konzept: Sie sollen unter dem Aspekt der Versorgung, aber auch unter wirtschaftlichen Aspekten überprüft werden. Voraussichtlich werden auch neue Notdienstpraxen gegründet.

Die Vertreterversammlung erteilte dem Vorstand den Auftrag, in Abstimmung mit der Ärztekammer eine neue Notdienstordnung zu erarbeiten. Die Mehrheit von 25 Delegierten votierte für den Antrag des Vorstands, der Eckpunkte der Neugestaltung definiert, 17 Vertreter stimmten dagegen (siehe Seite 8).

Einheitliche Umlage

Änderungen soll es auch bei der Finanzierung geben. Derzeit würden die Kosten für die Notdienstpraxis vor Ort und unter Umständen den Fahrdienst-Anbieter vor Ort auf die beteiligten Ärzte umgelegt. Stattdessen solle es eine einheitliche Umlage geben. Natürlich wollten die Vertreter wissen, wie hoch diese sei. Doch für konkrete Angaben gibt es noch zu viele Unbekannte. In Westfalen-Lippe liegt sie bei 135 Euro im Monat – das könnte eine grobe Orientierung sein.

Intensiv diskutierten die Delegierten den Vorschlag des Vorstands. Tenor der Debatte: Das historisch gewachsene System hat viele Mängel, aber auch ein paar gute Seiten, die es zu erhalten gelte. Deswegen sollten die Organisatoren des Notdienstes in die Planung einbe-

zogen werden. Ein weiterer wichtiger Punkt: Die Leistungen im Notdienst sollten nicht ausgeweitet werden. "Das was wir nachts und am Wochenende verdienen, bekommen wir in der Woche von der Regelversorgung abgezogen", erklärte Wollring. Konsens in den Wortbeiträgen war auch, dass die Abgaben im Schnitt nicht noch höher ausfallen sollten als bisher. „Es ist gut, dass wir das vorgestellte Konzept jetzt weiter ausarbeiten können. Ich bin davon überzeugt, dass der eingeschlagene Weg richtig ist, denn von einem gut strukturierten

Notdienst, der eine Versorgung auf hohem Niveau und angemessene Umsätze ermöglicht, profitieren Ärzte und Patienten gleichermaßen", resümierte Potthoff.

Die Umsetzung wird bis zu vier Jahre dauern. Wenn alle inhaltlichen Arbeiten abgeschlossen sind, soll das neue Konzept zunächst in einem der neuen Notdienstbezirke getestet werden. Und erst wenn der Test erfolgreich gelaufen ist, wird die neue Struktur flächendeckend umgesetzt. ■ FRANK NAUNDORF

Fragen und Antworten zum Notdienst-Konzept

Ist die Trennung von Sitz- und Fahrdienst nötig?

Ja, denn damit lässt sich eine höhere Effizienz bei der Vergabe von Fahrzielen erreichen. Die zum Sitzdienst in den Notdienstpraxen eingeteilten Ärzte sind zu den gesamten Öffnungszeiten anwesend. Beides ist Voraussetzung für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung – und für eine geringere Einteilungshäufigkeit.

Wird auch der fachärztliche Sitzdienst von einer Notdienstpraxis aus geleistet?

Ja, auch die fachärztlichen Sitzdienste werden von Notdienstpraxen aus durchgeführt. Dadurch gibt es einheitliche Anlaufstellen für Patienten. Durch die Konzentration der Notfälle auf gut positionierte Stellen kann der Notdienst auch wirtschaftlicher organisiert werden.

Werden die Dienstpläne zentral geplant?

Zunächst gibt es ein zentrales Programm, das die Dienste gleichmäßig verteilt. (Dieses Programm ist bereits in sechs KV-Bereichen erfolgreich im Einsatz.) Anschließend können wie bisher Ärzte oder lokale Gremien den Plan verändern. Erst danach geht dem Arzt der Dienstplan als Bescheid zu.

Werden die Öffnungszeiten vereinheitlicht?

Ja, in ganz Nordrhein soll es einheitliche Öffnungszeiten der Notdienstpraxen beziehungs-

weise Bereitschaftsdienstzeiten geben. Die Zeiten wird der Notdienstausschuss festlegen.

Wird im Fahrdienst der gesamte, künftig viel größere Bezirk befahren?

Nein, es wird ein grobes Raster innerhalb jedes Notdienstbezirkes geben. Die Ziele vergibt die Duisburger Zentrale auch in Abhängigkeit des Standorts. Die Wagen werden sich nur in einem Teilbereich des Bezirkes bewegen.

Bleiben alle derzeitigen Notdienstpraxen erhalten?

Die Zahl der Notdienstpraxen wird wahrscheinlich in etwa bleiben.

Aber die Verteilung muss verändert werden, um den Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung, den wirtschaftlichen Notwendigkeiten und der Belastung für die eingeteilten Ärzte gerecht zu werden. Dies hat voraussichtlich zur Folge, dass an einigen Orten Notdienstpraxen geschlossen oder zusammengelegt werden und anderenorts neue Notdienstpraxen entstehen.



VRD – Fotolia.com

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein fasste am 30. November folgende Beschlüsse:

Neugestaltung des Notdienstes in Nordrhein

Der Vorstand wird beauftragt in Abstimmung mit der Ärztekammer Nordrhein eine Änderung der Gemeinsamen Notfalldienstordnung der KV Nordrhein und der Ärztekammer Nordrhein zu erarbeiten, die die nachstehend beschriebenen Strukturvorgaben erfüllt:

- Sitz- und Fahrdienste werden getrennt
- Sitzdienste werden flächendeckend von den Notdienstpraxen (NDP) ausgeführt
- Bestehende NDP werden bezüglich ihrer Erreichbarkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft und der Betrieb ggf. eingestellt
- Neue NDP werden unter dem Aspekt der Versorgung (Wege für den Patienten) und der Wirtschaftlichkeit gegründet

- Einheitliche Öffnungszeiten für alle NDP
- Fahrdienst erfolgt jeweils einheitlich mit professionellen Anbietern
- Dienstpläne werden in Abstimmung mit den Bezirken einheitlich erstellt und zentral versandt
- Die Vertreterversammlung entscheidet nordrheinweit einheitlich über die Einrichtung von fachärztlichen Notdiensten
- Jeder Arzt in Nordrhein zahlt einen einheitlichen Beitrag zur Finanzierung des Notdienstes (NDP und Fahrdienst)
- Zur Umsetzung der gesamten Ziele werden alle NDP durch die KV Nordrhein betreut

Antrag: Vorstand

Auch im Notdienst gilt § 12 SGB V

Unabhängig von der weiteren Ausgestaltung des ärztlichen Notdienstes in Nordrhein wird festgestellt, dass ärztliche Leistungen auch im Notdienst auf das „Notwendige, Wirtschaftliche, Ausreichende und Zweckmäßige“ nach Paragraph 12 des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) beschränkt sind.

Darüber hinaus unterliegt der individuelle Leistungsumfang auch im Notdienst in jedem Behandlungsfall nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts der Beurteilung durch den Vertragsarzt.

Antrag: Wieland Dietrich, Dr. Jens Wasserberg

Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Der Vorstand der KV Nordrhein wird beauftragt, sich in den Verhandlungen mit den Krankenkassen für die Umsetzung der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses hinsichtlich der extrabudgetären Vergütung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen aus dem Kapitel 35.2 und der probatorischen Sitzungen einzusetzen. Darüber hinaus wird der Vorstand gebeten, sich dafür einzusetzen, dass die Vergütung der

nicht genehmigungspflichtigen Leistungen bei den jeweiligen Fachgruppen sich nicht verschlechtert sondern mindestens in der derzeitigen Höhe – Vergütung mit dem Orientierungspunktwert – erhalten bleibt.

Antrag: Dr. Gabriele Friedrich-Meyer, Barbara Lubisch, Friedrich Neitscher, Heribert Joisten, Ulrich Meier, Dr. Paul Dohmen, Dr. Orlík Cardinal von Widdern, Bernhard Moors, Dr. Mike Dahm

Keine Punktwertangleichung ohne zusätzliche Mittel

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein lehnt Vereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem Spitzenverband der Krankenkassen ab, die eine rein optische Erhöhung des Punktwertes ärztlicher Leistungen in Richtung 5,11 Cent ohne tatsächliche Besserhonorierung des Regelleistungsvolumens oder einzelner Leistungen beinhalten. Eine solche „EBM-Währungsreform“ dient nur dem Interesse der Kassen, die tatsächliche Unterfinanzierung ärztlicher Leistungen von über 30 Prozent seit dem EBM 2000 plus zu kaschieren.

Antrag: Wieland Dietrich

Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs

Die Änderungen des Honorarverteilungsmaßstab (HVM) werden in der Januar-Ausgabe des Rheinischen Ärzteblatts abgedruckt. Die wesentlichen Punkte haben wir für Sie im Bericht über auf die

Vertreterversammlung auf den Seite 2 und 3 zusammengefasst. Den vollständigen HVM können Sie auf unserer Homepage abrufen unter www.kvno.de | [KV | 121208](https://www.kvno.de/kv/121208)



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 10 bis 14 Uhr statt.

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



SAPV im Rhein-Erft-Kreis

Zum Start des vierten Quartals 2012 hat ein weiteres Palliative Care Team (PCT) seine Arbeit aufgenommen. Patienten im südlichen Rhein-Erft-Kreis steht nun bei Bedarf eine Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) zur Verfügung.

	
Start	Das PalliativCareTeam (PCT) besteht aus:
Ansatz	Koordinatorin: Frau Feldmann ist primäre Ansprechpartnerin für alle organisatorischen Fragen. Sie führt als Teil des Palliativ care Teams mit und koordiniert sämtliche Anfragen von Patienten, Hausärzten und anderer Kooperationspartner.
SAPV-Team	 Grazyna Feldmann Koordinatorin der SAPV Palliativfachspezialist, Pflegedienstleitung und Wundexpertin
Zusatzteam	Palliativärzte: Fellialärzte (QFA) unterstützen die Tätigkeit des Hausarztes durch intensive medizinische Betreuung in Schmerz- und Symptomkontrolle. Es sind niedergelassene Ärzte mit der Zusatzqualifikation Palliativmedizin.
Dienstleistungsstellen	 Dr. Thomas Joliet Geschäftsführung FA für Innere Medizin und Allgemeinmedizin, Palliativmedizin, Spezielle Schmerztherapie
Arbeitskreis	 Dr. Astrid Bitschnau-Lues Ärztliche Leitung FA für Seniore Medizin, Palliativmedizin und Ernährungsmedizin
Koordinationsbüro	
Palliativteam SAPV RheinErft Koordinatorin Frau Feldmann Königsrade 33 50312 Brühl Tel: 02232 949922 Fax: 02232 949923	

Mehr Infos unter www.palliativteam-rheinerft.de

Seit Einführung des Anspruchs von gesetzlich Versicherten auf eine SAPV 2007 wachsen die Strukturen in Nordrhein ständig. Seit Oktober sichern 16 Teams rund um die Uhr die häusliche Betreuung sterbenskranker Menschen.

Im südlichen Rhein-Erft-Kreis können sich ab sofort rund 190.000 Einwohner aus Erftstadt, Hürth, Brühl und Wesseling im Bedarfsfall auf die Betreuung zu Hause verlassen. Die acht qualifizierten Mediziner des Teams sind bereits seit Jahren in der palliativen Grundversorgung der Region tätig, der Allgemeinen Ambulanten Palliativversorgung. Unterstützt werden sie durch spezialisierte Palliativfachpflegekräfte sowie durch eine Koordinatorin für alle organisatorischen Fragen.

Am 28. November hatten die Gründer des PCT zu einer großen Eröffnungsveranstaltung mit anschließendem Ausstellungsbesuch im Max-Ernst-Museum in Brühl geladen.

Neue Annahmezeiten für Abrechnungsunterlagen

In sechs Annahmestellen in Nordrhein gibt es ab Beginn des Jahres 2013 neue Öffnungszeiten. Betroffen sind die Städte Aachen, Düren, Mönchengladbach, Essen, Duisburg, Wuppertal.

Die Öffnungszeiten hat die KV Nordrhein an diesen Stellen reduziert, weil immer weniger Praxen ihre Abrechnung in den Annahmestellen einreichen, sondern die Online-Übermittlung nutzen. Im Einzelfall auf Papier abzugebende Unterlagen schicken die meisten Praxen inzwischen per Post.

Unverändert bleiben die Annahmezeiten in den Bezirksstellen in Köln und Düsseldorf. Auch bei den Tagen der Abrechnungsabgabe bleibt alles wie bisher: Sie haben nach wir vor

bis zum achten Tag im neuen Quartal Zeit, die Abrechnungsunterlagen einzureichen.

Annahmezeiten ab 2013

Aachen, Mönchengladbach, Essen, Duisburg, Wuppertal
Montag, Mittwoch und Freitag
7 bis 20 Uhr

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

Düsseldorf und Köln
In den Bezirksstellen Düsseldorf und Köln bleibt es bei den bekannten Zeiten:
Montag bis Freitag 7 bis 20 Uhr
Samstag 8 bis 13 Uhr

Kein Stempel für Gesundheitswoche

Die Redaktion erreichen fast täglich Bitten aus Praxen, sich für sie einzusetzen. Die meisten Hilferufe betreffen den Formular-Wildwuchs, den viele Krankenkassen in Nordrhein betreiben. Aber es gibt auch andere Themen: Diesmal haben wir einen Fall aufgegriffen, in dem es um eine ärztliche Begutachtung zur Beurteilung der Sporttauglichkeit geht.

Ein Patient der Techniker Krankenkasse (TK) hatte sich für die Teilnahme an der „TK-Gesundheitswoche“ entschieden, die vom 18. bis 25. November in Überlingen statt fand. Im sechstägigen Seminarangebot stehen unter anderem Walking, Schwimmen und Freizeitspiele. Die Teilnahme dient präventiven Zwecken und wird von der Kasse mit 384 Euro pro Teilnehmer bezuschusst. Zum Vergleich: Für die gesamte ambulante Versorgung eines Patienten in Nordrhein standen in diesem Jahr 334 Euro zur Verfügung.

Doch damit nicht genug. Ihren Versicherten schickte die TK in die Praxis von Dr. Heiner Pasch. Der Hausarzt aus Kürten solle bescheinigen, ob gegen die Teilnahme an den Aktivitäten ärztliche Bedenken bestehen und von welchen „aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen“ abgeraten werden müsse. Im Freifeld lässt die Kasse ausreichend Platz für die Aufzählung und weitere Anmerkungen. Vorgesehen sind natürlich auch Datum und Unterschrift des Arztes.

Ein klarer Fall, dachte sich Pasch, hier wäre die sportmedizinische Untersuchung nach den GOÄ-Nummern 8 und 70 anzusetzen. Und, falls erforderlich, entsprechende Zusatzleistungen. Doch weit gefehlt: Im Kleingedruckten schreibt die TK: „Für die Bearbeitung dieser Vorlage ist die Nr. 01620 BMÄ/E-GO berechnungsfähig.“ Der Arzt ist empört und wendet sich an die Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein.

Den Vorgang übernimmt Annemarie Baro. Die Leiterin der Stabsstelle Recht der Bezirksstelle Köln teilt der Kasse mit, dass ihr Vorgehen unzulässig sei. „Gesetzliche Kassen können für ihre Versicherten Bonusprogramme gewähren, wenn diese regelmäßig gesetzliche Früherkennungsuntersuchungen und qualitätsgesicherte Leistungen der Krankenkassen zur Prävention in Anspruch nehmen.“ Es sei aber nicht vorgesehen, dass die Kassen sich vor Durchfüh-

KVNO kämpft für Sie

Melden Sie Ihren Fall der Redaktion

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

rung der Präventionsmaßnahme eine Bescheinigung über die Sporttauglichkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ausstellen lassen und dafür eine Vergütung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab vorsehen.

Nach Auffassung der KV Nordrhein ist bereits das Abstempeln und Unterzeichnen der Bonushefte nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. „Vielmehr können die Vertragsärzte die ärztlichen Eintragungen nach der Gebührenordnung für Ärzte abrechnen.“ Baro fordert die TK auf, den Hinweis auf die Vergütung aus der Bescheinigung zu entfernen oder dafür zu sorgen, dass diese nicht mehr verwandt wird. Eine Reaktion der TK stand bis Redaktionsschluss noch aus. ■ NAU

Mit wenigen Klicks zur Abrechnung

Im 3. Quartal 2012 war erstmalig die Online-Abrechnung mit Hilfe des eTokens möglich. Rund 1.500 Praxen nutzten den kleinen Nummerngenerator, um ihre Abrechnung sicher und preiswert online zu übermitteln.

Ab dem 3. Quartal 2013 wird auch in Nordrhein die Online-Abrechnung Pflicht. Praxen sollten rechtzeitig die Gelegenheit nutzen

und einen eToken bestellen. Die Vorteile liegen auf der Hand: So klein er auch ist, bietet der eToken höchste Sicherheit. Er erzeugt auf Knopfdruck eine einmalig gültige Zahlenkombination. Dieses Verfahren ist zum Beispiel beim Online-Banking seit Jahren bewährt.

Mit wenigen Klicks können Praxen die Abrechnung übermitteln. Nach Anmeldung im KVNO-Portal den Dienst „Online-Abrechnung“ auswählen, den eToken per Knopfdruck aktivieren und den achtstellige Nummerncode eingeben: Schon kann die Quartalsabrechnung hochgeladen und verschlüsselt an die KV Nordrhein übertragen werden.

Geringe Kosten

Der Erwerb des eTokens kostet einmalig zehn Euro, die Lebensdauer beträgt ungefähr fünf Jahre. Berufsausübungsgemeinschaften benötigen nur einen eToken, wenn für die Praxis auch eine gemeinsame Abrechnung eingereicht wird.

Neben der Echtabrechnung können Praxen beliebig viele Testabrechnungen im Vorfeld einreichen. Innerhalb von wenigen Stunden stehen im Portal Prüfprotokolle zum Download zur Verfügung, welche über die inhaltliche und formale Richtigkeit der Abrechnung informieren.

Keine weiteren Installationen

Für die Nutzung des eTokens ist weder zusätzliche Hardware noch die Installationen weiterer Software nötig. Die Nutzung des eTokens erfolgt völlig unabhängig von der eingesetzten Praxissoftware, ein Abschluss von Verträgen ist nicht erforderlich.

Die Übermittlung der Abrechnung mittels eToken läuft auf jedem PC, der eine Internetverbindung hat. Das kann ein in der Praxis verfügbarer und nach den KBV-Sicherheitsleitlinien geschützter Praxis-Computer oder der private Rechner zu Hause sein. Die Abrechnung können Sie innerhalb des Abrechnungszeitraumes (vom 27. Tag des dritten Quartalsmonats bis zum 12. Tag des ersten Monats im Folgequartal) 24 Stunden am Tag übertragen ■ PIN

Häufig gestellte Fragen und Antworten zum eToken finden Sie unter www.kvno.de | KV | 121212



Bestellinfos

Für die Online-Abrechnung via eToken benötigen Sie Zugangsdaten (Benutzername und Kennwort) für das KVNO-Portal. Diese können Sie kostenlos online über das Portal anfordern. Hier können Sie nach Anmeldung auch den eToken bestellen: www.kvnoportal.de

Die Zugangsdaten für das KVNO-Portal wie auch den eToken versendet die KV Nordrhein per Post-Ident-Verfahren an Ihre Praxisadresse. Die Aushändigung erfolgt nur an Sie persönlich; Sie müssen sich dafür mit Personalausweis oder Reisepass ausweisen.

Kontakt

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

online abrechnen



Pflicht ab III/2013

Achtung: Ab dem dritten Quartal 2013 ist die Online-Abrechnung auch in der KV Nordrhein Pflicht. Sie haben die Wahl zwischen verschiedenen Verfahren.

Besuchen Sie unsere Informationsveranstaltungen und informieren Sie sich online unter:

www.kvno.de oder onlineabrechnung.kvno.de

Competence Center IT in der Arztpraxis

Telefon 0211 5970 8005
Telefax 0211 5970 8004
E-Mail praxisedv@kvno.de

Communication Center

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

Ende eines bürokratischen Ballasts

Es schien sich eine politische Endlos-Diskussion zu entwickeln. Doch Anfang November ging plötzlich alles sehr schnell: Die schwarz-gelbe Koalition machte die Praxisgebühr zum Gegenstand eines umfangreichen Tauschgeschäfts. Am 9. November beschloss der Bundestag einstimmig das Aus für die Zwangsabgabe. Politischen Druck hatte nicht zuletzt eine bundesweite Kampagne der KVen ausgeübt, bei der allein in Nordrhein 300.000 Unterschriften zur Abschaffung der Praxisgebühr zusammenkamen.



1,6 Millionen Menschen forderten die Abschaffung der Praxisgebühr. Dr. Ilka Enger aus dem Vorstand der KV Bayerns und KBV-Chef Dr. Andreas Köhler (r.) übergaben die Unterschriften am 5. November an Gesundheitsminister Daniel Bahr.

In einem nächtlichen Verhandlungsmarathon hatten sich die Spitzen der schwarz-gelben Koalition über mehrere umstrittene Regierungsvorhaben verständigt – unter anderem auf eine Abschaffung der Praxisgebühr. Das

war so nicht abzusehen. Noch am 30. Oktober titelte die Ärzte Zeitung: „Kompromiss in weiter Ferne“, denn unklar war, an welche Bedingungen die von Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr geforderte Abschaffung gekoppelt werden sollte. Die Union gab ihren Widerstand auf, die Liberalen akzeptierten das Betreuungsgeld – das Ende der Praxisgebühr war besiegelt.

Wachsender Widerstand

Angeichts der weiter wachsenden Überschüsse und Rücklagen der gesetzlichen Krankenkassen hatten sich immer mehr Stimmen in Politik und Gesundheitswesen gegen die Gebühr ausgesprochen. Für politischen Druck sorgte auch die Kampagne der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Abschaffung der Praxisgebühr. Allein in Nordrhein hatten sich bis Ende Oktober rund 300.000 Bürgerinnen und Bürger an der Unterschriftenaktion beteiligt. Bundesweit sind über 1,6 Millionen Unterschriften zusam-

mengekommen – ein starkes Votum gegen die Zwangsgebühr, die ihre Lenkungsfunktion nie erfüllte, aber den Kassen rund zwei Milliarden Euro pro Jahr an Einnahmen bescherte.

In den Arztpraxen und der KV-Verwaltung erzeugte das Inkasso der Gebühr bürokratischen Aufwand und beträchtliche Kosten. Während Ärztevertreter die Entscheidung einhellig begrüßten, gab es auch mahnende Stimmen – etwa von Jens Spahn, dem gesundheitspolitischen Sprecher der CDU-Bundestagsfraktion. Die Bürger teilen diese Skepsis nicht: Laut ZDF-Politbarometer finden mehr als 80 Prozent der Deutschen die Abschaffung der Gebühr richtig. ■ HSCH

Praxisgebühr fällt weg – was heißt das für Ihre Praxis?

Die Patienten müssen ab 1. Januar 2013 keine zehn Euro mehr zahlen – egal ob sie gesetzlich krankenversichert oder bei einem sonstigen Kostenträger erstattungsberechtigt sind. Damit fallen die Quittungen weg. Mit dem Wegfall entfällt auch die Kennzeichnung von zuzahlungspflichtigen und zuzahlungsbefreiten Behandlungsfällen in der Abrechnung. Die Praxissoftware wird zum 1. Januar angepasst. Die Reduzierung der Abschlagszahlung wird aufgehoben.

Mehr Infos auf Seite 16 in dieser Ausgabe und im Internet unter www.kvno.de

Praxisgebühr ade – und nun?

Von Dr. Rolf Ziskoven

Eingeführt 2004 als Teil eines Bündels von Maßnahmen zur finanziellen Beteiligung der Patienten an der Versorgung in der Praxis, im Notfall, im Krankenhaus, mit Arznei- und Heilmitteln war sie von Anfang an ein von Praxen und Patienten ungeliebtes Politikum. Massive Proteste brachten sie zu Fall. Jetzt ist sie weg. Dr. Rolf Ziskoven, stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Nordrhein, fragt: War's das?

Ärgerlich war die Gebühr besonders für unser Praxispersonal, wurde es doch zu Inkassohelfern der Krankenversicherungen gemacht, mussten sich unser Mitarbeiterinnen von Patienten hämische Bemerkungen und teilweise sogar Beschimpfungen gefallen lassen, mit diversen neuen Abrechnungsziffern jonglieren, nachfragen, erklären, mahnen, verwalten und Listen für das Finanzamt führen.

All das gehäuft zu Beginn des Quartals, wenn hunderte Karten eingelefen, Rezeptwünsche erfüllt und Diagnosen verschlüsselt werden müssen. Gut 120 Stunden soll die Praxisgebühr im Jahr im Schnitt aufgefressen und insgesamt rund 350 Millionen Euro an bürokratischem Aufwand gekostet haben. Zeit und Geld, das ansonsten für die Patienten zur Verfügung gestanden hätte. Acht Jahre Praxisgebühr mal 350 Millionen Euro – Vergleiche mit den dank Protestaktionen erreichten, aber letztlich doch recht dürftigen Steigerungen der letzten Honorarrunde sollten Anlass zum Nachdenken sein.

Eingeführt wurden Praxisgebühr und die anderen Zuzahlungen mit dem Argument einer Steuerungsfunktion. Dies ist gründlich und vorherseh-

bar gescheitert. Patienten haben im Falle einer Krankheit gar keine andere Wahl, als um Hilfe nachzusuchen. Ein Teil, zuletzt mehr als die Hälfte, war dagegen aus diversen Gründen von Zuzahlungen, also auch der Praxisgebühr befreit. Wer oder was sollte da noch gesteuert werden? Chronische Ausnutzer des medizinischen Systems, die es unzweifelhaft gibt, die auch der Steuerung bedürftigen, hatten auch weiterhin die Goldcard für Medizin.

Profitiert haben von der Praxisgebühr klammheimlich Bund, Länder und Kommunen, denn deren Beihilfestellen haben 40 Euro im Jahr einbehalten. Hat die Politik deshalb so lange gezögert mit der Abschaffung?

Und was ist mit Gedanken aus der Ärzteschaft, dass hier erstmalig eine Geldleistung und Beteiligung der medizinischen Versorgung in der Praxis gegenübergestellt wurde. War die Praxisgebühr also doch nicht so falsch? Ein möglicher Einstieg in eine individuelle und sachgerechte Honorierung oder zumindest eine Beteiligung daran? Schaffte sie Bewusstsein für den Wert ärztlicher Leistung? Nein, das konnte und kann eine mickrige Pauschale nicht leisten, sie lässt



Dr. Rolf Ziskoven

eher an Billigleistung, Discountofferte und Arzt als Generikum denken, fördert Anspruchshaltung als reduziertes Eintrittsgeld in die Wunderwelt der diagnostischen Geräteparcs. Fazit: Ein Stück Bürokratie weniger. Endlich.

Aber es sollte weitergehen. Jetzt heißt es, politisch reagieren, den Patienten für ihre Mithilfe bei unserer Unterschriftenaktion danken und das Bewusstsein stärken, dass wir gemeinsam Druck aufbauen und etwas bewirken können. So geht Politik! Wir hier haben unsere Landesregierung hinter uns: Also rauf auf den Erfolgzug und weiter eine gerechte Verteilung gefordert, also mehr Mittel für NRW – mit unseren Patientinnen und Patienten.

Praxisgebühr entfällt zum 1. Januar – Überweisungsverfahren gilt weiterhin

Der Gesetzgeber hat die Praxisgebühr zum 1. Januar 2013 abgeschafft. Damit entfällt das aufwändige Einziehen der Zuzahlung in den Arzt-, Psychotherapeuten- und Bereitschaftsdienstpraxen. Mit dem Wegfall der Praxisgebühr entfallen für Sie darüber hinaus die Kennzeichnungen von zuzahlungspflichtigen oder -befreiten Behandlungsfällen in der Abrechnung sowie die Ausstellung von Quittungen für die Zahlung der 10 Euro.

Wichtig: Damit Sie die Praxisgebühr nicht direkt an die Kassen weiterleiten mussten, wurde Ihre monatliche Abschlagszahlung nach Einführung der Praxisgebühr reduziert. Die Abschlagszahlung wird ab Januar 2013 umgehend an die neue Sachlage angepasst. Das heißt: Die Anrechnung der Einnahmen durch die Praxisgebühr bei den Vorauszahlungen entfällt – und das schon ab der ersten Abschlagszahlung im neuen Jahr. Diese wird am 10. Januar 2013 an die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ausgeschüttet. Auch für die März-Rate wird die KV Nordrhein die Abschlagszahlung um die Praxisgebühr erhöhen, obwohl es sich bei dieser Zahlung um die 3. Rate des 4. Quartals des Vorjahres handelt und die Praxisgebühr von Ihnen schon vereinnahmt worden ist. Das dient dazu, etwaigen Liquiditätsengpässen in den Praxen vor allem zu Beginn des ersten Quartals im neuen Jahr vorzubeugen.

Die Praxissoftware wird zum 1. Januar 2013 angepasst. Die Pseudoziffern verlieren Ende des Jahres ihre Gültigkeit. Sollten Sie Behandlungsfälle aus 2012 erst nach dem 1. Januar abrechnen können, müssen Sie die Pseudoziffer für die Praxisgebühr mit der Hand eingeben. Sollte Ihr Anbieter die Änderungen nicht rechtzeitig umsetzen können, ignorieren Sie einfach die Praxisgebühr-Funktionen ab Januar in Ihrem Programm.

Die Abschaffung der Praxisgebühr setzt nicht das Überweisungsgebot des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) außer Kraft. Laut BMV-Ä hat der Vertragsarzt die Durchführung erforderlicher diagnostischer und therapeutischer Leistungen durch einen anderen Vertragsarzt mittels Überweisung auf dem vereinbarten Vordruck zu veranlassen. Ausgenommen davon sind nur ärztliche Leistungen, die im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brust-

krebs durch das Mammographie-Screening erbracht werden. Folgende Formen der Überweisung sind nach dem BMV-Ä möglich:

- Auftragsleistung
- Konsiliaruntersuchung
- Mitbehandlung
- Weiterbehandlung.

Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik beziehungsweise Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin können nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden. Die übrigen Fachgruppen können vom Patienten auch ohne Überweisung in Anspruch genommen werden.

IKK classic: Kataraktkontingent-Vertrag

Ergänzend zu den Informationen in der letzten Ausgabe von KVNO aktuell kann die postoperative Behandlung beim eigenen Patienten des Operateurs auch durch diesen selbst erfolgen. Abrechnen kann der Operateur in diesem Fall die EBM-Nummer 31719. Für die konservativ tätigen Augenärzte lautet die EBM-Nummer 31718.

HEK: Hautkrebs-Screening jetzt mit Auflichtmikroskopie



Die Hanseatische Ersatzkasse vergütet ab 1. September 2012 auch beim Hautkrebs-Screening die Auflichtmikroskopie, sofern diese medizinisch erforderlich ist. Dies gilt

für den Vertrag für Patienten zwischen 18 und unter 35 Jahren sowie für das gesetzliche Hautkrebs-Screening ab 35 Jahren. Für diese Untersuchung können Sie die EBM-Nummer 92700 abrechnen. Die Auflichtmikroskopie wird mit acht Euro außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet.

Für Patienten von 18 bis unter 35 Jahren können das Screening und die Auflichtmikroskopie durch entsprechend qualifizierte Dermatologen erbracht werden. Für Patienten ab 35 Jahren können beide Leistungen von Dermatologen und Hausärzten mit entsprechender Fortbildung nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien erbracht werden. Die Patienten haben alle zwei Jahre Anspruch auf diese Leistungen.

AOK Nordost-Versicherte: Leistungsanspruch beachten

Die AOK Nordost macht darauf aufmerksam, dass ihre Versicherten keinen Anspruch auf Leistungen der AOK Rheinland/Hamburg haben. Dies betrifft insbesondere die Präventionsverträge Kinder und die intravitreale Eingabe von VEGF-Hemmern. Eine Abrechnung dieser Leistungen über die Krankenversichertenkarte zu Lasten der AOK Nordost ist ausgeschlossen.

BKK-Wahltarifvertrag „Arzt privat“ gekündigt

Die Betriebskrankenkassen haben den Wahltarifvertrag „Arzt privat“ wegen gestiegener aufsichtsrechtlicher Anforderungen zum 31. Dezember 2012 gekündigt. Damit können ab 1. Januar 2013 für die teilnehmenden Versicherten der BKKen keine Leistungen mehr nach der GOÄ abgerechnet werden. Stattdessen gilt wieder der EBM.

Pronova BKK kündigt Homöopathie-Vertrag

Die pronova BKK hat den Homöopathie-Vertrag von 2007 zum 31. Dezember 2012 gekündigt. Ab 1. Januar 2013 können keine Leistungen mehr aus diesem Vertrag abgerechnet werden.

Nachsorge keine Leistung der Onkologie-Vereinbarung

Die in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durchgeführte Nachsorge bei Patienten, die krebskrank waren, wird durch die Onkologie-Vereinbarung nicht geregelt. Dies bedeutet, dass die Kostenpauschale 86512 nur dann berechnungsfähig ist, wenn eine tumorspezifische Therapie, insbesondere das Führen des Patienten im Hinblick auf die stattgehabte Therapie beziehungsweise Erkrankung nach der Beendigung der Primärtherapie oder die Komplettresektion eines Tumors erforderlich ist. Unter einer tumorspezifischen Therapie ist in der Regel eine Bestrahlung, Chemotherapie oder Operation zu verstehen. Hier ist im Einzelfall durch den behandelnden Arzt zu entscheiden, wie lange diese Behandlung andauert. Längstens jedoch ein bis zwei Quartale nach Beendigung der Primärtherapie bzw. Komplettresektion eines Tumors. Dies hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mitgeteilt. Für diese Zeit ist die Behandlung nach ICD-10 mit dem Zusatzkennzeichen „G“ zu verschlüsseln und damit Gegenstand der Onkologie-Vereinbarung. Der Begriff der Nachsorge wird mit der ICD-10-Kennzeichnung „Z“ (Zustand nach) gekennzeichnet und wird außerhalb der Onkologie-Vereinbarung vergütet.

Genetische Analysen per Lipochip sind keine GKV-Leistung

Genetische Untersuchungen mittels Lipochip bei Verdacht auf familiäre Hypercholesterinämie sind nicht zu Lasten der GKV abrechnungsfähig. Beim Lipochip handelt es sich um eine fixe Sondenkombination zum Nachweis genetischer Mutationen bei Lipiderkrankungen, die dem Wirtschaftlichkeitsgebot des Paragraphen 12 SGB V widersprechen.

Neuorganisation der Sozialversicherung der Landwirtschaft

Nach Information des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung entsteht zum 1. Januar 2013 als neue Körperschaft des öffentlichen Rechts die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG). Neben der Unfall- und Pflegeversicherung gehört dazu auch die Landwirtschaftliche Krankenversi-

cherung unter dem Namen Landwirtschaftliche Krankenkasse. Es gibt keine Änderung bei den Kostenträgernummern oder beim Institutskennzeichen.

Urlaubsabwesenheit

Angesichts der bevorstehenden Feiertage möchten wir noch einmal auf das notwendige Prozedere bei Urlaubsabwesenheit aufmerksam machen. Nach dem Bundesmantelvertrag-Ärzte muss ein Vertragsarzt, der länger als eine Woche nicht praktiziert, dies der KV Nordrhein unter Nen-



nung der vertretenden Ärzte mitteilen, sobald seine Abwesenheit feststeht. Darüber hinaus sollte ein Vertragsarzt jede Abwesenheit in geeigneter Weise (zum Beispiel durch einen Aushang) bekanntgeben. Die Vertretung ist mit dem jeweils vertretenden Arzt abzusprechen. Auch sollte die zuständige Kreisstelle über die Verhinderung (Urlaub) unter namentlicher Bekanntgabe der Vertreter informiert werden. Bitte informieren Sie auch mittels Bandansage Ihre Patienten mit konkreten Angaben, wer Ihre Vertretung übernehmen wird.

EBM

Neuropsychologische Therapie ab 2013 neu im EBM

Neuropsychologische Leistungen werden zum 1. Januar 2013 in das



Kapitel 30 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) aufgenommen und sind bei Vorliegen der Qualifikation nach den EBM-Nummern 30930 bis 30935 abrechnungsfähig. Die Verhandlungen mit den Krankenkassen über die Vergütung der Leistungen sind noch nicht abgeschlossen. Über die Ergebnisse werden wir in der Ausgabe 1+2|2013 berichten. Die Bewertungen der therapeutischen Sitzungen orientieren sich an den Bewertungen der psychotherapeutischen Behandlungen. Im Jahr 2015 soll eine Evaluation der Entwicklung dieser Leistungen durchgeführt werden. Der G-BA hatte 2011 die neuropsychologische Therapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Erweiterung der Richtlinie „Methoden vertragsärztlicher Versorgung“ aufgenommen.

Die Leistungslegenden und die Bewertung der Leistungen werden in einer der nächsten Bekanntmachungen im Deutschen Ärzteblatt unter www.deutsches-aerzteblatt.de veröffentlicht. | KV | 121218

Neue Leistung ab 2013: HIV-Resistenzprüfung

Die Resistenzprüfungen des HI-Virus gegen neue anti-retrovirale Medikamente werden zum 1. Januar 2013 als neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Sie können mit den EBM-Nummern 32821, 32822 und 32828 abgerechnet werden. Die Regelung gilt für neuere Medikamente, die nicht in der Anlage I der Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung enthalten sind. Für den CCR5 Antagonisten (Celsentri, Maraviroc®) ist die Testung vor therapeutischer Gabe in den Fachinformationen verbindlich vorgeschrieben. Diese Leistung ist daher der „personalisierten Medizin“ zuzurechnen. Bei Therapieversagen ist die sichere Erkennung einer Resistenzentwicklung wesentlich. Die Resistenzprüfungen werden extrabudgetär vergütet. Die Vergütung soll bis zum 1. Januar 2015 überprüft werden.

Weitere Informationen wie die Leistungslegenden und die Bewertungen finden Sie unter www.deutsches-aerzteblatt.de in den Bekanntmachungen des Deutschen Ärzteblattes, Heft 47 vom 23. November 2012. | KV | 121218

EBM-Nummer 01831 geändert

Aufgrund der Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch hat der Bewertungsausschuss zum 1. Januar 2013 in der EBM-Nummer 01831 in Abschnitt 1.7.5 „Empfängnisregelung“ die Angabe „frühestens 8 Tage bis höchstens 6 Wochen“ gestrichen.

Begründet wurde die Streichung damit, dass die Festlegung eines bestimmten Zeitraumes für die Überprüfung des korrekten Sitzes einer IUP nicht sinnvoll ist, da der Zeitpunkt dieser Überprüfung unmittelbar nach der Insertion, aber je nach Situation auch später liegen kann.

Der vollständige Beschluss ist im Deutschen Ärzteblatt Heft 38/2012 unter www.deutsches-aerzteblatt.de veröffentlicht. | KV | 121219

Laborabstaffelungsquote „Q“ künftig halbjährlich

Nach den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung durch die KVen wurde bisher je Quartal eine Abstaffelungsquote für die Vergütung von Laborleistungen errechnet. Zum Ausgleich von Quartalsschwankungen wird voraussichtlich zum 1. Quartal 2013 eine Halbjahresquote bundeseinheitlich gebildet.

Laborkosten: Änderungen der Präambeln der Abschnitte 32.2 und 32.3

In den Abschnitten 32.2 und 32.3 des EBM sind die vertraglich vereinbarten Kosten der laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen ausgewiesen. Im Fall der Direktabrechnung einer Laborgemeinschaft stellen diese Kosten ausdrücklich „Höchstpreise“ dar. Nach den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung durch die KVen mit Wirkung zum 1. Oktober 2012 werden die Vergütungen der laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen nach Anwendung einer Abstaffelungsquote ausgezahlt.

Hier wurde eine Präzisierung erforderlich, die den Vorrang der KBV-Vorgaben vor den vertraglich vereinbarten Kosten klarstellt. Aus diesem Grund wurde in der Präambel Nr. 1 des Abschnitts 32.2 und 32.3 der Höchstpreis neu definiert. Dieser errechnet sich nunmehr aus den vertraglich vereinbarten Kosten nach Anwendung der Abstaffelungsquote gemäß den KBV-Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen. Der sich hieraus ergebende Betrag stellt den Höchstpreis dar.

Im Bundesmantelvertrag Ärzte findet die Höchstpreisregelung Anwendung auf den Kostennachweis der Laborgemeinschaften. Eine entsprechende Anpassung wurde auch hier vorgenommen. Die Änderungen in der Präambel Nr. 3 des Abschnitts 32.2 sowie der Präambel Nr. 4 des Abschnitts 32.3 legen die Anwendung der unquotierten, vertraglich vereinbarten Kosten für die Berechnung der Kosten der veranlassten und eigenerbrachten Laborleistungen im Zusammenhang mit dem Laborbudget fest. Alle Änderungen treten zum 1. Januar 2013 in Kraft.

Rahmenbedingungen zur Einführung der Telemedizin

Zur Einführung telemedizinischer Leistungen in den EBM wurde vereinbart, Rahmenbedingungen festzulegen. Auf der Basis vorliegender Entwürfe der Trägerorganisationen soll eine gemeinsame Rahmenvereinbarung erarbeitet werden. Das Institut des Bewertungsausschusses wurde beauftragt, die Liste der telemedizinischen Projekte des nationalen Telemedizinportals anhand der vereinbarten Kriterien zu untersuchen. Vorgesehen sind folgende Themen:

- Definition der Telemedizin sowie deren Zielstellung
- Gewährleistung des Fernbehandlungsverbots der Muster-Berufsordnung, so dass die Telemedizin nicht alle persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte ersetzt

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

- Überprüfung der Delegierbarkeit von Leistungen unter Berücksichtigung des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung
- Berücksichtigung der vereinbarten Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Einhaltung des Medizinproduktegesetzes
- Einhaltung der Standards bei Nutzung der Telematik-Infrastruktur
- Berücksichtigung der Regelung der Heilmittelrichtlinie
- Einhaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen des Datenschutzes
- Regelung der Verantwortlichkeit der Haftung in Bezug auf Vertragsärzte, Telekommunikationsanbieter, Hersteller und Kostenträger
- Einteilung der Telemedizin in folgende Kategorien:
 - Telemonitoring
 - Teletherapie
 - Telekonsil
 - Telediagnostik

Die Leistungen, die zur telemedizinischen Durchführung geeignet sind, sollen Gegenstand der Beratungen des Bewertungsausschusses werden.

Molekulargenetik: Änderungen der Präambeln in Abschnitt 11.4

In der derzeitigen Fassung der Präambel Nr. 2 des Abschnitts 11.4 wird für die Abrechnung die Übermittlung von Befundinformationen gefordert. Diese Informationen sollen dem Labor vor Durchführung des Auftrags zur Indi-

kationsprüfung vorliegen. Eine Übermittlung im Rahmen der Abrechnung war nicht beabsichtigt.

Die Anpassung zum 1. Januar 2013 stellt nun klar, dass für die Abrechnung der Leistungen des Abschnitts 11.4 keine Befundangaben erforderlich sind. Anzugeben ist lediglich, dass die für eine Indikationsstellung erforderlichen Angaben vorgelegen haben. Diese Änderung wurde aufgrund eines datenschutzrechtlichen Hinweises notwendig. Die Verpflichtung des Vertragsarztes, eine nach ICD-10 verschlüsselte Diagnose für die Abrechnung anzugeben, wird durch die Änderung dieser Bestimmung nicht berührt.

Anpassung Overhead Mammographie-Screening

Der Overhead zur Finanzierung der Aufgaben der Kooperationsgemeinschaft Mammographie-Screening wird zwischen dem 1. Oktober 2012 und 30. September 2013 ausgesetzt. Grund ist die Überdeckung des Haushaltes der Kooperationsgemeinschaft. Der Anteil, den die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Deckung ihrer Kosten erhalten, bleibt mit 1,25 Prozent der Leistungsbewertung unverändert.

Präklampsiemarker noch keine Leistung der GKV

Die KBV macht darauf aufmerksam, dass die Bestimmung der Präklampsiemarker als neue Leistung der GKV noch aussteht. Somit ist die Bestimmung des plazentaren Anti-Angiogeneseindex (sFlt-1/PIGF- Quotient) im Rahmen der Präeklampsie-Diagnostik noch nicht über den EBM abrechnungsfähig.

Abrechnungsberatung

Bezirksstelle Düsseldorf

Olga Lykova
Telefon 0211 5970 8704
Telefax 0211 5970 8613
E-Mail olga.lykova@kvno.de

Susann Degenhardt
Telefon 0211 5970 8703
Telefax 0211 5970 8613
susann.degenhardt@kvno.de



Bezirksstelle Köln

Jasmin Krahe
Telefon 0221 7763 6446
Telefax 0221 7763 5446
E-Mail jasmin.krahe@kvno.de

Michael Sybertz
Telefon 0221 7763 6447
Telefax 0221 7763 5447
michael.sybertz@kvno.de

Impfungen: Änderungen beschlossen

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat beschlossen, die Schutzimpfungs-Richtlinie zu ändern. Dabei ist er weitgehend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) gefolgt. Die Änderungen betreffen sechs Impfungen, zwei Dokumentationsziffern wurden angepasst. Der Beschluss tritt nach Zustimmung des Bundesgesundheitsministeriums und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Änderungen im Überblick

- **Grippe:** Für die nasale Grippeimpfung bei Kindern und Jugendlichen wird die 89112n als separate Dokumentationsnummer eingeführt; die 89112n ist gleichzeitig die Abrechnungsnummer.
- **Hepatitis B:** Grundimmunisierung aller noch nicht geimpften Kinder bzw. Komplettierung eines unvollständigen Impfschutzes im Alter von 15 Monaten bis zum 18. Geburtstag. Hier wurde der Zeitraum angepasst.
- **Meningokokken:** Die Nicht-Empfehlung von Nachholimpfungen (Catch-up-Strategie) wird zurückgenommen.
- **Mumps:** Die berufliche Indikation wird erweitert.



- **Pneumokokken:** Die Einschränkung bei über 60-Jährigen auf den Polysaccharid-Impfstoff entfällt. Sie können also mit dem 23-valenten Polysaccharid- oder dem 13-valenten Konjugat-Impfstoff geimpft werden, beziehbar über den Sprechstundenbedarf. Die 89119 gilt künftig bei beiden Impfstoffen als Dokumentations- und Abrechnungsnummer.
- **Varizellen:** Der Hinweis auf die Nachholimpfung nur einmal geimpfter Jugendlicher mit einem monovalenten Impfstoff wurde gestrichen. Fehlende Impfungen sollen so früh wie möglich bis zum 18. Geburtstag nachgeholt werden.

Impfstoffe, die in der Richtlinie als Grundimmunisierung, Standard- bzw. Auffrischungs- und Indikationsimpfung geführt sind, können Praxen über den Sprechstundenbedarf beziehen. Für weitere Indikationen, beispielsweise im Rahmen von Impfkationen, müssen die Impfstoffe auf den Namen des Patienten auf einem Kassenrezept verordnet werden. Bei Reiseimpfungen, die die Kasse nicht übernimmt, werden die Impfstoffe auf einem Privat Rezept verordnet.

Wir informieren Sie in unserem Internet-Angebot und KVNO aktuell, sobald die geänderte Schutzimpfungs-Richtlinie in Kraft ist. Mehr Infos zur Richtlinie unter www.g-ba.de | [KV | 121221](#)

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

Vereinbarungen 2013: Längere Liste der Praxisbesonderheiten bei Heilmitteln

Die Verhandlungen über das Ausgabenvolumen für Arznei-, Verband- und für Heilmittel sind abgeschlossen. Die Vereinbarungen und die neuen Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel treten am 1. Januar 2013 in Kraft. Für Praxen bringen sie viele Vorteile.

Heilmittel

Die wichtigsten Änderungen betreffen in diesem Jahr die Heilmittel, denn hier wurde auf Bundesebene ein umfangreicher Katalog an Praxisbesonderheiten vereinbart, der auch in Nordrhein gültig sein wird. Die bisherigen Praxisbesonderheiten und Symbolziffern fallen weg. Stattdessen erkennt die Prüfungsstelle die Praxisbesonderheit künftig aus der Kombination des Diagnoseschlüssels und dem ICD-10-Code. Letzterer soll auf dem Heilmittel-

rezept eingetragen werden. Neu ist beispielsweise die Anerkennung der Behandlung des Morbus Bechterew als Praxisbesonderheit. Diese Praxisbesonderheit wird durch die Kombination des ICD-Schlüssels M45.0 mit einem Indikationsschlüssel WS2 oder EX2, EX3, SB1 oder SB5 erkannt.

Zusätzlich zu dem Katalog der Praxisbesonderheiten sind weitere Krankheitsbilder mit langfristigen Heilmittelbedarf auf Bundesebe-

ne vereinbart worden, bei denen Krankenkassen die Heilmittelbehandlung langfristig genehmigen können. Diese Genehmigung kann weiter entfallen, wenn eine Kasse von vornherein auf den Genehmigungsvorbehalt verzichtet.

Die umfangreiche Liste der Praxisbesonderheiten wurde durch Änderungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes möglich. Das Gesetz bestimmt auch, dass die Kosten der Praxisbesonderheiten künftig aus dem Richtgrößenvolumen herausgerechnet werden. Für 2013 wurde das Ausgabenvolumen für Heilmittel um knapp neun Prozent im Vergleich zum Vorjahr erhöht und alle Richtgrößen steigen.

Arzneimittel

Das Ausgabenvolumen für Arzneimittel wurde ebenfalls angehoben, und zwar um 3,3 Prozent gegenüber 2012. Hier legen die Richtgrößen jedoch nicht in allen Fachgruppen zu. Besonders bei den Urologen, Gynäkologen und fachärztlichen Internisten sinken die Richtgrößen. Das liegt daran, dass in diesen Gruppen teure Zytostatika ihren Patentschutz verloren haben und die Verordnungskosten dieser Fachgruppen gesunken sind.

Weitere Änderungen betreffen die Quotenregelungen:

- **Generikaquote:** In der Generikaquote werden jetzt auch so genannte Altoriginale erfasst. Dies ist den Rabattverträgen der Kassen über Originalpräparate geschuldet, bei denen das Patent abgelaufen ist (Altoriginale). Somit wird die Generikaquote nicht mehr durch Rabattverträge konterkariert. Ferner gibt es nur noch eine Generikaquote auf der Basis von Packungen, Preise spielen keine Rolle mehr.

Beratung vor Regress

Seit Anfang 2011 gilt für Richtgrößenverfahren im Arznei- und Heilmittelbereich die Regelung „Beratung vor Regress“. Nach dem Versorgungsstrukturgesetz werden Praxen, die ihr Richtgrößenvolumen (nach Anerkennung der Praxisbesonderheiten) erstmals um mehr als 25 Prozent überschreiten, zunächst beraten.

Die betroffenen Praxen sollten unabhängig von einem Angebot zur Beratung vor Regress prüfen, ob die Praxisbesonderheiten ausreichend gewürdigt worden sind. Wenn nicht, wäre ein Widerspruch und eine weitere Verhandlung vor dem Beschwerdeausschuss anzuraten.

- **Lipidsenker:** Bei den Lipidsenkern wurden neben Simvastatin auch Pravastatin und Atorvastatin als Leitsubstanzen vereinbart, um den gezielten Einsatz dieser Statine beispielsweise bei Interaktionen oder für die Cholesterintherapie auf einen Zielwert zu ermöglichen. Somit gelten in der Gruppe der Lipidsenker, zu denen auch Ezetimib (Inegy, Ezetrol), Fibrate oder Ionenaustauscher gehören, die drei am häufigsten verordneten Statine als Leitsubstanz.
- **Antidiabetika:** Die Quote für Metformin und die beiden Sulfonylharnstoffe wurde herabgesetzt. Damit reagieren die Vertragspartner auf den zunehmenden Einsatz neuerer Antidiabetika wie die DPP-IV Hemmer.
- **Teststreifen:** Bei den Blutzuckerteststreifen wird erstmals eine Quote für Teststreifen der Preisgruppe B eingeführt. Diese Quote von 14,4 Prozent orientiert sich am derzeitigen Mittelwert, ferner bieten mittlerweile auch die Marktführer Teststreifen in der B-Gruppe an. Eine aktuelle Liste der Teststreifen finden Sie im Internet-Angebot der KV Nordrhein.



WavebreakmediaMicro – Fotolia.co

Praxisbesonderheiten

Für Arzneimittel, die im Rahmen der frühen Nutzenbewertung auf Bundesebene als Praxisbesonderheit vereinbart wurden, gibt es in Nordrhein Symbolziffern. Dies trifft die Arzneimittel Brilique (90995), Esbriet (90994), und Zytiga (90993), die in den jeweils beschriebenen, eingeschränkten Patientengruppen als Praxisbesonderheit gelten und mit neuen Symbolziffern auf dem Abrechnungsschein gekennzeichnet werden können.

■ DR. HOLGER NEYE

Mit der Januar/Februar-Ausgabe von KVNO aktuell erhalten Sie eine Sonderveröffentlichung, in der wir ausführlich über die Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2013 berichten. Die Vereinbarungen im Wortlaut veröffentlichen wir in der Januar-Ausgabe des Rheinischen Ärzteblatts. Sie finden sie im Internet unter www.kvno.de KV | 121223

Überlassen von BtM an Palliativpatienten

Ärzte können Palliativpatienten in Ausnahmefällen Betäubungsmittel überlassen. Dies sieht eine aktuelle Änderung des Betäubungsmittelgesetzes vor. Eine Ausnahmesituation liegt vor, wenn sie in Apotheken nicht vorrätig sind oder nicht rechtzeitig besorgt werden können.

Eine Ausnahmesituation liegt vor, wenn das BtM

- bei einer dienstbereiten Apotheke innerhalb desselben oder benachbarten Kreises beziehungsweise kreisfreien Stadt nicht

vorrätig ist oder nicht rechtzeitig zur Abgabe bereit steht oder

- obwohl es in einer Apotheke vorrätig ist oder rechtzeitig zur Abgabe bereit steht, von dem Patienten oder den Patienten versorgenden Personen nicht rechtzeitig beschafft werden kann.

Der Arzt muss sich vorher bei einer dienstbereiten Apotheke erkundigen. Außerdem ist der Vorgang zu dokumentieren. Die BtM können für diese Fälle dem Sprechstundenbedarf entnommen werden.

Mehr Infos unter www.kvno.de KV | 121223

Neue BtM-Rezepte – alte Vordrucke weiter gültig

Die Rezeptformulare für Betäubungsmittel (BtM) sollen fälschungssicher werden, daher gibt die Bundesopiumstelle ab Januar 2013 neue Formulare aus. Bei der Rezeptbedruckung ändert sich nichts. Die alten Rezeptformulare behalten Ihre Gültigkeit und können aufgebraucht werden. Praxen sollen die bisherigen Rezeptformulare nicht an die Bundesopiumstelle zurücksenden, sondern die alten Rezepte aufbrauchen.

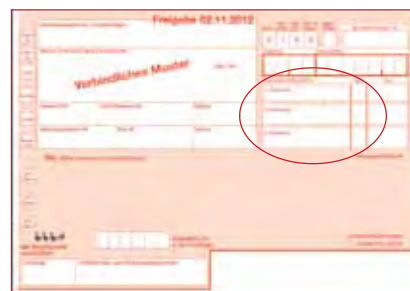
Die neuen BtM-Rezepte tragen einige Sicherheitsmerkmale, die ein Kopieren und Fälschen

unmöglich machen sollen. Zusätzlich wurden die Felder für die Betriebsstättennummer und die lebenslange Arztnummer dem aktuellen Muster 16 für Arzneimittel angepasst; auf den bisherigen Rezeptformularen wurden die BSNR und LANR zwar aufgedruckt, ein Feld war jedoch nicht vorgesehen. Die neuen BtM-Rezepte tragen eine deutlich sichtbare fortlaufende 9-stellige Nummer, mit der sie dem verschreibenden Arzt eindeutig zugeordnet werden können.

Fragen und Antworten zu den neuen BtM-Rezepten finden Sie im Internet unter www.kvno.de | **KV | 121222**

Änderung Muster 16 – Bestand aufbrauchen

Im neuen Jahr gibt es auch ein neues Kassenrezept. Praxen können ihren Bestand an „Muster 16“ aufbrauchen, denn an der Bedruckung der Rezepte in der Praxis ändert sich nichts. Die neuen Kassenrezepte sehen den Eintrag einer achtstelligen Pharmazentralnummer durch den Apotheker vor, diese Nummer bestand bisher aus sieben Ziffern.



Tilidin-Tropfen sind nun Betäubungsmittel

Tilidin-haltige Arzneimittel mit schneller Wirkstofffreisetzung gelten ab 1. Januar 2013 als Betäubungsmittel und können nur noch auf einem BtM-Rezept verordnet werden, das gilt auch für die fixe Kombination mit Naloxon. Die Verschreibungshöchstmenge für einen Patienten von 18g Tilidin in 30 Ta-

gen bleibt erhalten. Retardtabletten mit der Kombination Tilidin/Naloxon können wie bisher auf einem normalen Kassenrezept verordnet werden, denn für diese Arzneimittel mit verzögerter Wirkstofffreisetzung gilt weiterhin eine Ausnahme von der Betäubungsmittelpflicht.

Keine grünen Rezepte mehr

Die KV Nordrhein stellt künftig keine grünen Rezepte mehr zur Verfügung. Für die Verordnung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel können Sie auch ein Privatrezept verwenden, wenn der Patient ein Rezept bzw.

eine Empfehlung für ein nicht verschreibungspflichtiges Arzneimittel benötigt. Der Formularversand der KV Nordrhein versendet nur noch den Restbestand an grünen Rezepten.

Neue orale Antikoagulanzen bei Vorhofflimmern

Mit Dabigatran, Rivaroxaban und jetzt auch Apixaban stehen drei neue orale Antikoagulanzen (NOAK) zur Prophylaxe von ischämischen Insulten und systemischen Embolien bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern (VHF) zur Verfügung. Die Mittel können Patienten verordnet werden, die mindestens einen Risikofaktor für embolische Ereignisse aufweisen, zum Beispiel Insult oder Embolie in der Anamnese, Herzinsuffizienz, Alter über 75 Jahre, Hypertonie oder Diabetes mellitus.

Pharmakologische Basisdaten

Die reversiblen Hemmstoffe von Thrombin bzw. Faktor Xa weisen eine deutlich kürzere Wirkdauer im Vergleich zu Cumarinen wie Warfarin und Phenprocoumon (ca. zwei bzw. fünf Tage) auf. Dies könnte Vorteile für die Flexibilität der Therapie zum Beispiel beim perioperativen Bridging bieten, ist jedoch bei schwankender Einnahmetreue von großem Nachteil.

Bei Dabigatran ist die überwiegend renale Elimination zu beachten, bei Rivaroxaban und Apixaban die Metabolisierung über CYP450-Enzyme. Praxisübliche Gerinnungstests können zwar durch die NOAK beeinflusst werden, taugen jedoch nicht für eine verlässliche Therapieführung. Der oft als Vorteil beworbene Wegfall der Laborüberwachung dürfte in praxi eher zu Lasten der Patientensicherheit gehen, zumal er auch die Arztkontakte reduziert.

Bei schweren Blutungskomplikationen unter Dabigatran kann die Bestimmung der Thrombin- oder Ecarinzeit, unter Rivaroxaban und Apixaban der Faktor-Xa-Aktivität hilfreich sein. Ein spezifisches Antidot ist nicht verfügbar; probatorisch können Prothrombin-Komplex-Präparate und Faktor VIIa erwogen werden. In Notsituationen stehen symptomatische Maßnahmen im Vordergrund; Dabigatran ist anders als Rivaroxaban und Apixaban dialysabel.

Studienlage

Die NOAK sind in randomisierten Studien mit jeweils 14–18.000 Patienten über etwa zwei Jahre gegen eine Warfarin-Therapie mit INR-Werten von 2–3 verglichen worden, Dabigatran in zwei Dosierungen. Aufgrund der Einschlusskriterien wiesen die Patienten in der Zulassungsstudie für Rivaroxaban ROCKET-AF ein höheres Risiko für Insulte oder Embolien auf (CHADS₂-Score 3,5) als die in den Zulassungsstudien für Dabigatran RE-LY und Apixaban ARISTOTLE (CHADS₂-Score jeweils 2,1). Alter, Geschlechtsverteilung, Begleit- und Vorerkrankungen der Studienpatienten entsprachen durchaus dem, was aus aktuellen Registerdaten für Patienten mit nicht-valvulärem VHF bekannt ist.

Das primäre Ziel wurde in allen drei Zulassungsstudien erreicht: Insulte oder Embolien

Basisdaten für die neuen oralen Antikoagulanzen			
	Dabigatran	Rivaroxaban	Apixaban
Wirkprinzip	rev. Thrombinhemmer	rev. FXa-Hemmer	rev. FXa-Hemmer
Tagesdosis bei VHF	2 x 150 oder 110 mg	1 x 20 mg	2 x 5 mg
Bioverfügbarkeit	6 %	>80 %	50 %
HWZ, h	14–17	7–11	ca. 12
Eiweiß-Bindung	34–35 %	92–95 %	87 %
Metabolisierung	Glukuronidierung, p-Glykoprotein	CYP3A4 und -2J2, p-Glykoprotein	CYP3A4/5 u.a., p-Glykoprotein
ren. Elimination	80 % (aktiv)	33 % (aktiv)	27 % (aktiv)
Dosisreduktion bei Niereninsuffizienz	ab Clearance 30 ml/min 2 x 110 mg	ab Clearance 15 ml/min 1 x 15 mg	ab Kreatinin 1,5 mg/dl 2 x 2,5 mg

traten unter den NOAK nicht häufiger auf als unter Warfarin. Anders als Rivaroxaban und Dabigatran in Tagesdosen von 2x110 mg erwiesen sich 2x150 mg Dabigatran und Apixaban auch effektiver als Warfarin. Der Vorteil war jedoch marginal: in 1.000 Behandlungsjahren wurden mit 2x150 mg Dabigatran etwa sechs und mit Apixaban drei Insulte mehr verhindert als mit Warfarin. Mit anderen Worten: Etwa 170 bzw. 330 Patienten müssten für ein Jahr mit 2x150 mg Dabigatran bzw. Apixaban statt mit Warfarin behandelt werden, um einen Insult zusätzlich zu verhindern.

Schwerwiegende Blutungen waren unter 2x150 mg Dabigatran und Rivaroxaban gleich häufig wie unter Warfarin, unter 2x110 mg Dabigatran bzw. Apixaban pro Jahr um 0,7 % bzw. 1 % seltener. Während intrakranielle Blutungen unter beiden Dabigatran-Dosierungen und Apixaban um 0,5 % seltener auftraten, lag die Rate schwerer Magen-Darm-Blutungen unter 2x110 mg Dabigatran bzw. Rivaroxaban pro Jahr um 0,5 % bzw. 1 % höher als unter Warfarin.

Speziell unter Dabigatran fiel ein tendenzieller, in den ursprünglichen Analysen sogar signifikanter Anstieg der Infarktrate um 0,2 % auf. Der Befund wurde in einer folgenden Metaanalyse mit Berücksichtigung weiterer Dabigatran-Studien bestätigt. In ROCKET-AF traten in den ersten Wochen nach Ende der Studienmedikation in der Rivaroxaban-Gruppe gehäuft Insulte auf, die klinisch als „Rebound“ imponierten und mit der kurzen Wirkdauer des NOAK in Verbindung gebracht wurden.

Studienkritik

Die Aussagekraft der Studienergebnisse für die NOAK wird durch die schlechte Einstellung der INR-Werte in den Kontrollgruppen mit Warfarin wesentlich beeinträchtigt. In den Studien mit Dabigatran und Apixaban lagen die INR-Werte im Median nur zu 66 % der im therapeutischen Bereich, in der mit Rivaroxaban nur zu 58 %. Angestrebt werden für diese TTR (Time in Therapeutic Ran-

ge) Werte über 70 %. Sie wurden in den deutschen Studienzentren auch knapp erreicht, in skandinavischen lag die TTR sogar zwischen 72 und 77 %. Aktuelle schwedische Registerdaten zeigen, dass dieses Ziel auch in der Routineversorgung zu erreichen ist.

Nachanalysen zur RE-LY-Studie untersuchten den Einfluss der INR-Einstellung auf die Ergebnisse im Detail. In der Bilanz von ischämischen Gefäßereignissen und schweren Blutungen boten 2x150 mg Dabigatran nur in den Zentren Vorteile gegenüber Warfarin, in denen die TTR im Median unter 66 % lag. In Zentren mit besserer Einstellung war Warfarin gleichwertig, mit TTR-Werten über 73 % dem Dabigatran sogar signifikant überlegen. Analysen der ARISTOTLE-Studie ergaben ähnliche Befunde für Apixaban; für Rivaroxaban liegen hierzu keine verwertbaren Auswertungen vor.

CHA2DS2-VASc-Score und Leitlinien

Zeitlich auffällig parallel mit der Markteinführung der NOAK wurde der neue CHA2DS2-VASc-Score als Instrument zur Einschätzung des Insultrisikos bei Vorhofflimmern entwickelt und propagiert. Im Vergleich zum etablierten CHADS2-Score berücksichtigt er weitere Risikofaktoren und diskriminiert und bepunktet im unteren Risikobereich stärker. Beispielsweise verbirgt sich hinter einem Punktwert von 2 nach dem CHA2DS2-VASc ein jährliches Insultrisiko von etwa 2 %, nach dem CHADS2 jedoch von etwa 4 %.

Die Übertragung der bisher akzeptierten Interventionsschwelle für eine orale Antikoagulation von 2 Punkten nach dem CHADS2- auf den CHA2DS2-VASc-Score ergäbe eine wesentliche Indikationsausweitung: Nach Ergebnissen einer schwedischen Kohorten-Studie müssten dann 87 % statt 60 % der Patienten mit Vorhofflimmern antikoaguliert werden. Die 2012 aktualisierte ESC-Leitlinie geht jedoch noch weiter und empfiehlt eine orale Antikoagulation schon ab einem CHA2DS2-VASc-Score von 1. 95 % der Patienten mit Vorhofflimmern

müssten dann orale Antikoagulanzen erhalten, darunter 60 % mit einem CHADS₂-Score von 0. Im internationalen Vergleich steht die ESC-Leitlinie damit bisher allein dar.

Als einzige Leitlinie gibt sie zudem den NOAK eine klare Präferenz vor Cumarinen. Ob diese Indikations-Ausweitung unter Nutzen/Schaden-Aspekten im Praxisalltag vertretbar oder gar begründet ist, bliebe durch adäquate Studien zu belegen. Intensive Verbindungen der Autoren der ESC-Leitlinie und des CHA₂DS₂-VASc-Score mit den Herstellern der NOAK lassen an der Seriosität ihrer Empfehlungen zweifeln.

Fazit

Nach derzeitigem Stand sind die Vorteile von Dabigatran und Apixaban bei VHF allenfalls marginal und bei gut auf Cumarine eingestellten Patienten nicht ausreichend belegt. Für Rivaroxaban ist kein Vorteil, dagegen die Gefahr für ein „Rebound“ bei Absetzen oder Unterbrechung der Therapie erkennbar. Vergleiche zwischen NOAK und einem Gerinnungs-Selbstmanagement mit Cumarinen fehlen gänzlich; zudem sind die Langzeiterfahrungen mit Cumarinen deutlich größer.

Auf Cumarine gut eingestellte oder gut einstellbare Patienten sollten deshalb mit Cumarinen behandelt werden, und auch eine unsichere Compliance spricht gegen die Gabe von NOAK. Bei begleitender chronischer KHK bieten Cumarine Vorteile, da dann – anders als bei Gabe von NOAK – ASS verzichtbar und das Blutungsrisiko geringer ist. Ohnehin sind Cumarine bei besonders blutungsgefährdeten Patienten wegen der Möglichkeit einer sicheren Antagonisierung zu bevorzugen.

Vor einem „Off-Label-Use“ ist schon haftungsrechtlich zu warnen; bei Patienten mit Klappenersatz wurden bereits mehrfach akute Klappenthrombosen berichtet. Eine gute Option stellen die NOAK dagegen bei Patienten mit Vorhofflimmern dar, die spezifische Kontraindikation gegen Cumarine inklusive Interaktionen aufweisen, trotz nachweislicher Compliance stark schwankende INR-Werte aufweisen oder bei denen regelmäßige INR-Messungen nicht möglich sind. In jedem Fall Vorsicht geboten ist jedoch bei Patienten mit eingeschränkter Nieren- oder Leberfunktion, problematischer Begleitmedikation, höherem Alter oder geringem Körpergewicht.

DR. HANS WILLE, Institut für Pharmakologie Bremen am Klinikum Bremen-Mitte / Mitglied der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft



- Abrechnung online
- Abrechnungsunterlagen
- Kennzahlen der Praxis
- Honorardifferenzierung
- eQualitätszirkel
- eDokumentationen
- Vordrucke bestellen
- Praxisdaten ändern

Kontakt

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

www.kvno-portal.de

Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

Zehn Jahre DMP im Rheinland

Eine Versorgungsform feiert Jubiläum – ein Anlass, Bilanz zu ziehen. Kann man dem Jubilar gratulieren, oder hat das Modell die besten Zeiten schon hinter sich? Der aktuelle Qualitätsbericht über die Disease-Management-Programme (DMP) stellt in vielen Bereichen Verbesserungen fest.

Im Oktober 2002 wurden die ersten Verträge mit den Krankenkassen über das Disease-Management-Programm Brustkrebs unterzeichnet – Nordrhein war damit die Pionier-Region in Deutschland. Es folgte im Jahr 2003 das DMP Diabetes mellitus Typ 2, das in

Patienten eingeschrieben. Damit hat sich deren Zahl seit 2005 mehr als verdoppelt. In den vergangenen drei Jahren ist der Anstieg etwas abgeflacht, dennoch bleibt der Aufwärtstrend der Teilnehmerzahl stabil.

Drei Viertel der Diabetiker drin

Die größte Gruppe waren die über 470.000 Typ-2-Diabetiker. Auf der Grundlage von Prävalenzdaten des Robert Koch-Instituts ist davon auszugehen, dass etwa 75 Prozent aller Erkrankten in Nordrhein an dem DMP teilnehmen. Auch auf der Seite der Ärzteschaft lässt sich eine hohe Teilnahmebereitschaft feststellen: Im vorigen Jahr beteiligten sich 5.472 der 6.855 Hausärzte, zahlreiche Fachärzte sowie Ärzte in 109 Krankenhäusern.

Unabhängig von den Teilnehmerzahlen stellt sich die Frage, welchen Nutzen die Patienten von der Maßnahme haben und ob dieser den erheblichen finanziellen und organisatorischen Aufwand rechtfertigt, der mit der Umsetzung der DMP einhergeht. Aus der Sicht der Gesundheitsökonomie wurde den Programmen gelegentlich vorgeworfen, dass es keine evidenzbasierten Daten zum Kosten-Nutzen-Verhältnis gebe.

In der Tat gibt es zurzeit nach Einschätzung der Autoren des Qualitätsberichts weder in Deutschland noch international geeignete Standards oder Instrumente zur abschließenden Evaluation einer so komplexen Intervention, wie sie die Disease-Management-Pro-



fovito - fotolia.com

Über 775.000
Patienten nehmen
an den DMP teil.

den Strukturverträgen Diabetes seit 1998/99 schon einen Vorläufer hatte. Im Folgejahr wurde das Programm koronare Herzkrankheit aufgelegt, und 2006 folgten die DMP für Diabetes Typ 1, Asthma bronchiale und COPD. Betrachtet man die Beteiligung, sind die Behandlungsprogramme für chronisch Kranke zweifellos ein Erfolgsmodell: In die sechs DMP haben sich im Jahr 2011 über 775.000

gramme darstellen. Vor allem fehlt es an einer Vergleichsgruppe von Patienten, die nicht in DMP behandelt werden. Dass trotzdem wissenschaftliche Aussagen über den Nutzen von DMP möglich sind, ist der Dokumentation der behandelnden Ärzte zu verdanken, auf deren Grundlage der Qualitätsbericht erstellt wird.

Nordrhein analysiert am intensivsten

Die DMP-Daten sind eine im deutschen Gesundheitswesen einzigartige Quelle, um Fragen der Versorgungsqualität patientenbezogen und sektorenübergreifend zu untersuchen. Die Gemeinsame Einrichtung DMP Nordrhein, in der Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft vertreten sind, hat dies erkannt. Sie erteilte dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) den Auftrag, die vorhandenen Daten intensiver als gesetzlich vorgeschrieben auszuwerten.

Davon profitieren nicht nur die Ärzte in den Qualitätszirkeln, die außer den ausführlichen Feedback-Berichten auf Anfrage spezielle regionale Auswertungen vom ZI bekommen können. Zunehmend interessiert sich auch die Wissenschaft für die Erkenntnisse aus Nordrhein, wie eine wachsende Zahl von Vorträgen und Postern auf einschlägigen Kongressen belegt.

Der Qualitätsbericht offenbart, warum die ärztlichen Dokumentationen so interessant für die Forschung sind: Er beinhaltet Auswertungsmethoden, die in dieser Vielfalt bei Routinedaten eher selten zu finden sind. Zu nennen sind vor allem Längsschnittbetrachtungen, multivariate Analysen und Regionalanalysen.

In der Längsschnittperspektive lassen sich individuelle Verläufe beobachten, beispielsweise bei wie vielen Patienten sich Messwerte verbessert oder verschlechtert haben. So haben sich im DMP Koronare Herzkrankheit im Zeitraum zwischen Einschreibung und aktueller

Folgedokumentation fast vier von zehn Patienten hinsichtlich ihres Blutdrucks verbessert. Rund 30 Prozent veränderten sich nicht, weitere 30 Prozent verschlechterten sich.

Ein Beispiel für multivariate Analysen ist ein Modell für die Vorhersage eines systolischen Blutdrucks unter 130 mmHg anhand verschiedener Risikofaktoren. Hier konnte nachgewiesen werden, dass therapeutische Interventionen das Risiko von Bluthochdruck verringert haben.

Die Regionalanalysen tragen dem Umstand Rechnung, dass es offensichtlich bei der Erreichung der Qualitätsziele Unterschiede zwischen den Regionen gibt. Die differenzierte Betrachtung der Kennzahlen nach Kreisen und Städten ermöglicht eine Diskussion der besonderen sozialen und räumlichen Bedingungen, welche die Umsetzung der Behandlungsprogramme beeinflussen (siehe Abbildung).

Patienten profitieren

Die Mehrheit der quantifizierten Qualitätsziele wird in allen DMP erreicht, mit einer Ausnahme: den erwachsenen Asthma-Patienten. Die meisten Zielerreichungsquoten stiegen im Vorjahresvergleich leicht an; es gab aber auch Kennzahlen, die schlechtere Werte aufwiesen als im Jahr 2010. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Änderungen in der Zusammensetzung der Patientengruppen möglicherweise Auswirkungen auf die Zielerreichung haben. Als Beispiel nennen die Autoren das DMP Diabetes Typ 1. Hier habe sich der Anteil jüngerer Diabetiker deutlich erhöht, was die Quote des Behandlungsziels „Überprüfung des Fußstatus“ möglicherweise gesenkt haben könnte.

Dennoch ist sicher: Patienten profitieren von DMP in mehrfacher Hinsicht:

- Sie erhalten eine evidenzbasierte, strukturierte und koordinierte Behandlung.
- Sie werden durch Schulungen zu Experten ihrer Krankheit.

- Die Maßnahmen zum Qualitätsmanagement, zu denen sich die Ärzte verpflichten, kommen allen Patienten zugute – nicht nur den in den DMP eingeschriebenen.

Dem Aspekt der Schulung ist im Qualitätsbericht in den jeweiligen DMP-Kapiteln ein eigenes Unterkapitel gewidmet. Vor zehn Jahren hätte sich wohl kaum jemand vorstellen können, dass inzwischen hunderttausende Patienten Schulungen absolviert haben, die ihnen im alltäglichen Umgang mit ihrer Krankheit helfen. So hat sich im Lauf der Zeit der im Wortsinne „erduldende“ Patient zum Partner bei der Krankheitsbewältigung gewandelt. Diese kulturelle Entwicklung ist zwar keine DMP-Erfindung, wurde aber si-

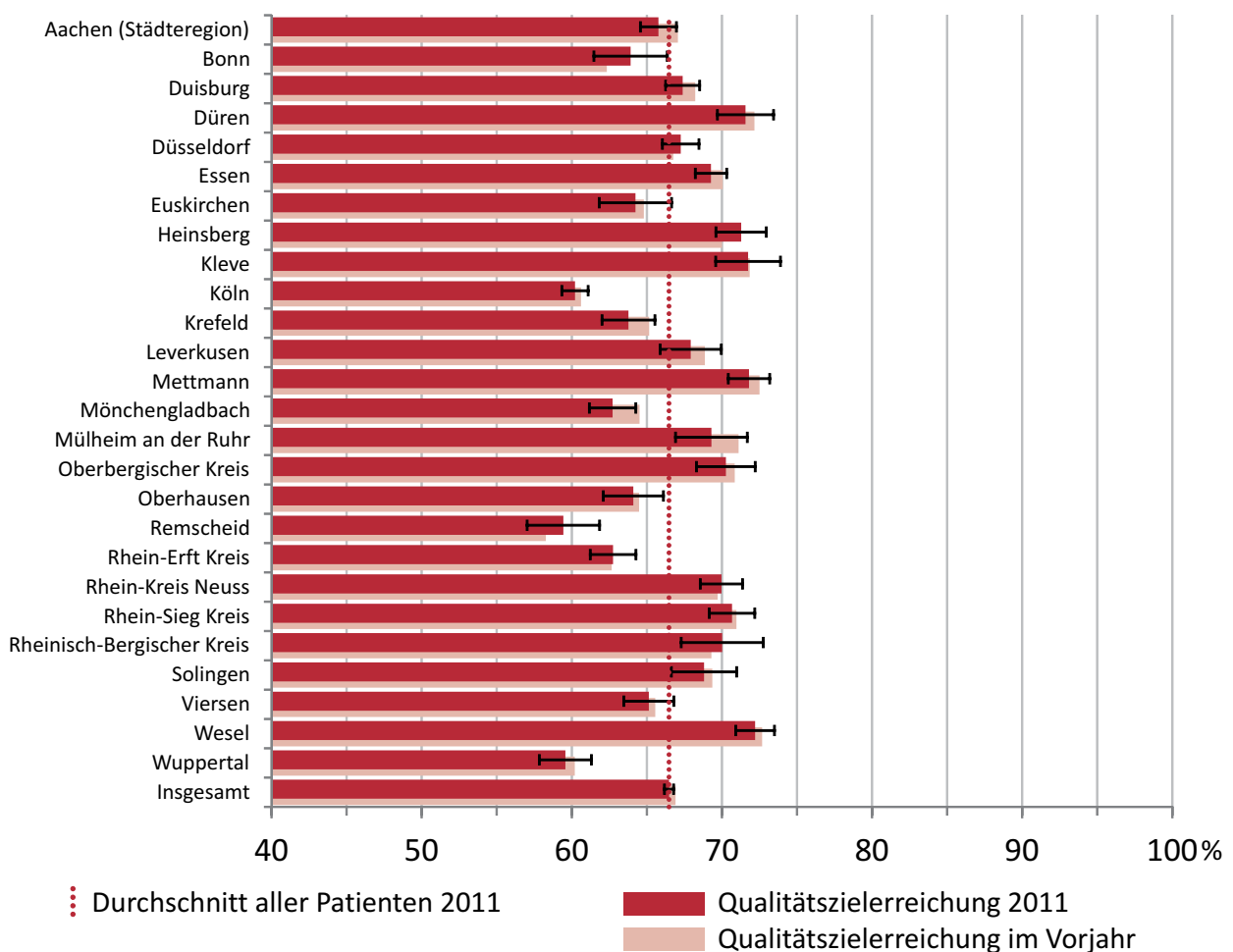
cherlich durch die Realisierung der Programme gefördert.

Eine der Regionalanalysen im DMP Diabetes Typ 2 bestätigt den Wert von Schulungen und ärztlicher Kooperation: Dort, wo Patienten viele Schulungen wahrnehmen und ihre Hausärzte sie häufig an eine diabetologische Schwerpunktpraxis überweisen, sind die Zielerreichungsquoten höher als an Orten, in denen das nicht der Fall ist.

Vergleich mit anderen Studien

Eine weitere Besonderheit des nordrheinischen Berichtes ist, dass er Bezüge zu Referenzdaten außerhalb der DMP herstellt. Sofern ähnliche Indikatoren in epidemiologi-

Erreichen des Qualitätsziels „Nichtrauchen“ im DMP COPD



schen Studien gemessen wurden, werden diese zum Vergleich mit den DMP-Daten herangezogen.

Beispiel Diabetes: Charakteristisch für das Patientenkollektiv im DMP Diabetes mellitus Typ 2 ist vor allem das hohe Durchschnittsalter der eingeschriebenen Patienten sowie die hohe Prävalenz einer arteriellen Hypertonie, einer Fettstoffwechselstörung und eines Übergewichts.

Diabetische Folgeerkrankungen treten bei den nordrheinischen DMP-Patienten in dem erwarteten Umfang auf, kardio-vaskuläre Begleiterkrankungen wie eine koronare Herzkrankheit, ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall tendenziell eher seltener. Die Stoffwechseleinstellung und die Blutdruckkontrolle sind im DMP als besser einzustufen. Insulin erhalten Diabetiker im DMP eher seltener, antihypertensive Medikamente dagegen häufiger als die Patienten in den Vergleichsstudien.

Fazit

Nach zehn Jahren lässt sich feststellen, dass die DMP sich in der nordrheinischen Versorgungslandschaft etabliert haben. Sie teilen nicht das

Schicksal vieler Modellprojekte, deren Dynamik nach Ablauf einer anfänglichen Förderphase erlischt – ein Umstand, der sicherlich auch der maßgeblichen Mitgestaltung durch die KV geschuldet ist, die die Verantwortung für die flächendeckende Versorgung trägt.

Viele der anfangs gesteckten Ziele wurden erreicht. Die begleitenden Maßnahmen der Qualitätssicherung und Evaluation haben sehr viel zu dem beigetragen, was wir mittlerweile über die Organisation strukturierter Behandlung wissen. Darüber hinaus bewirkt die DMP-Struktur, dass über die Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker diskutiert wird – in Qualitätszirkeln, in den beratenden Expertengremien und anderswo.

Dass die DMP-Richtlinien seit Anfang des Jahres vom Gemeinsamen Bundesausschuss verabschiedet werden, hat die Hoffnung genährt, dass Vorschläge von der Basis schneller bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen berücksichtigt werden, zum Beispiel zur Optimierung der Dokumentation. Eine Aktualisierung der Richtlinien ist teils schon erfolgt (Brustkrebs, Asthma, COPD), teils noch in Arbeit.

■ MIGUEL TAMAYO KORTE

Ein DMP-Bericht für Sie

Zusammen mit den DMP entwickelt sich auch der Qualitätsbericht weiter. Im Vergleich zum Vorjahr enthält er mehr regionale Auswertungen, mehr Querbezüge zu anderen Forschungsergebnissen und mehr leserfreundliche Hervorhebungen und Zusammenfassungen. Gerne senden wir Ärzten und Psychotherapeuten aus Nordrhein den aktuellen DMP-Qualitätssicherungsbericht zu.

Bitte fordern Sie ihn an bei:

KV Nordrhein

Gernot Grothe

Telefon 0221 7763 6267

Telefax 0221 7763 6266

E-Mail gernot.grothe@kvno.de



eArztbrief besteht Praxistest

Der elektronische Arztbrief ist in der Versorgung angekommen – zumindest in Düren. Inzwischen versenden und empfangen dort 60 Praxen 1.700 elektronische Arztbriefe pro Monat. Im kommenden Jahr sollen es bereits 5.000 sein. Denn dann sind auch drei Kliniken vor Ort dabei.

Bei einer Präsentation des Projekts am 17. Oktober lobte Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens das Projekt als ein gutes Beispiel für „Telematik von unten“, die Praxen und Patienten ohne bürokratische Hürden Nutzen stiftet. Der elektronische Versand helfe nicht nur Zeit zu sparen und Kosten zu senken, er sei auch viel sicherer als der Postweg oder der Faxversand. „Während meiner Zeit als Abgeordnete landeten bei mir viele Befunde auf dem Schreibtisch, weil meine damalige Faxnummer der einer Düsseldorfer Praxis ähnelte“, berichtete Steffens.

Der Vorstandsvorsitzende der KV Nordrhein, Dr. Peter Potthoff, würdigte das Dürener Modell als „einzigartig und wegweisend“. Der elekt-

Elektronische Arztbriefe zu verschicken ist nicht neu. Etwa 20 Praxen in Baden-Württemberg nutzen seit Jahren die Möglichkeit, sich via D2D Briefe zu schicken. In Düren indes setzen die Praxen erstmals die qualifizierte elektronische Signatur im Echtbetrieb ein. Und das funktioniert so gut, dass die Zahl der Anwender stetig wächst. „Der Bedarf ist da“, betont Gilbert Mohr, Leiter der Abteilung IT in der Arztpraxis der KV Nordrhein. Das sei bei anderen IT-Projekten in der Vergangenheit nicht immer der Fall gewesen; deswegen seien Modelle wie etwa das elektronische Rezept gescheitert.

Ein Garant für den Erfolg in Düren: die sogenannte Stapelsignatur. Denn sie sorgt für effizientes Signieren. Praxen können die Briefe auf dem PC sammeln und müssen beim Versand nur einmal die PIN eingeben. Das reicht für bis zu 60 Briefe. Die werden automatisch verschlüsselt und an die adressierten Praxen versandt. Zur Authentifizierung dient der elektronische Heilberufsausweis, der in ein Kartenlesegerät eingeschoben werden muss. Um die Vorteile der Stapelsignatur zu nutzen, muss es sich allerdings um ein nach Ende 2011 ausgegebenes Modell handeln.

Telematik ohne Tücken

Wie gut das Dürener Modell funktioniert zeigte Dr. Günther Heck aus Kreuzau in der Voreifel. Der Facharzt-Internist demonstrierte die elektronische Übermittlung eines Arztbriefes an Hausarzt Ulrich Driessen im acht Kilometer entfernten Düren. Nur wenige Klicks und die Datei liegt im elektronischen Briefkasten.



Ministerin Barbara Steffens und KVNO-Vorsitzender Dr. Peter Potthoff (3. v. l.) nahmen an der Präsentation des eArztbriefes in Düren teil.

ronische Arztbrief sei ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur einrichtungsübergreifenden elektronischen Fallakte, mit der sich vor allem das Entlassmanagement verbessern ließe.

„Meistens lädt eine Mitarbeiterin die Briefe herunter, damit muss ich mich nicht persönlich beschäftigen“, berichtet Driessen. Das passiert in der Regel dreimal täglich, die meisten Nachrichten stammten vom Labor oder aus der Radiologie. Driessen kann Elemente aus den Briefen bequem in den Patientendateien speichern. Eine ganz bequeme Einrichtung für die klassischen Empfängerpraxen.

Aber was ist mit den Versendern? „Der elektronische Arztbrief ist für mich eine große Erleichterung im Arbeitsalltag“, versichert Heck. Lediglich für den Praxissoftware-Hersteller Duria bedeuten die Versender mehr Arbeit. „Wir müssen hier jedes Mal individuelle Einstellungen vornehmen, weil es keine einheitlichen Standards für Arztbriefe gibt“, berichtet Dr. Erich Gehlen von Duria. Der eine schreibt mit Word, der nächste nutzt die spezielle Arztbrieffunktion seines Praxiscomputersys-

tems – und auch in der inhaltlichen Struktur weichen sie stark voneinander ab.

Das System funktioniert nicht nur zwischen Duria-Anwendern, sondern mit allen Verwaltungssystemen – und auch über deren Grenzen hinweg. Der Datenaustausch läuft sicher über den D2D-Server der KV Nordrhein. Allerdings ist eine schnelle Datenverbindung nötig. „Man sollte schon DSL oder KV-SafeNet dafür nutzen“, sagt Mohr, „mit ISDN ist die Durchsatzrate zu gering, besonders bei Versendern, die viele Arztbriefe schreiben“.

Das Modell soll im nächsten Jahr weiter wachsen. Dann steigen die drei Dürener Krankenhäuser mit ein – und möglicherweise weitere der 200 Praxen vor Ort. Eine finanzielle Förderung gibt es nicht. Das Modell muss mit seinem Nutzen überzeugen. Das ist bislang gut gelungen. ■ FRANK NAUNDORF

„Versand ohne Medienbruch“

Keine Förderung, alles freiwillig. Über seine Erfahrungen mit dem elektronischen Arztbrief sprachen wir mit Dr. Günther Heck, Facharzt-Internist aus Kreuzau und Vorsitzender der DAGIV, der Dürener Arbeitsgemeinschaft für Integrierte Versorgung, die das Projekt mitträgt.

Warum machen Sie bei dem Projekt mit?

Heck: Als fachärztlicher Internist ohne Schwerpunkt mit einem Überweisungsanteil von über 95 Prozent hatte ich als „Vielschreiber“ von Arztbriefen von Beginn an großes Interesse an diesem Versandweg. Pro Woche versende ich so zwischen 60 und 80 Briefe.

Erhalten Sie auch eArztbriefe?

Heck: Ja, aber relativ selten, da wichtige Versender wie die Pathologie (histologische Befunde) und Krankenhäuser (Entlassberichte) noch nicht teilnehmen. Aber das dürften mehr werden. Denn im Dezember 2012 kommen die Kliniken hinzu. Außerdem wollen fünf weitere „Versenderpraxen“ den eArztbrief auch bald einführen.

Was ist besonders praktisch am eArztbrief?

Heck: Vor allem der fehlende Medienbruch: von der Erstellung beim Versender bis zur Implementierung ins

Praxisverwaltungs-System des Empfängers bleibt die Originalqualität des elektronischen „Schriftstücks“ erhalten. Außerdem kann ich komfortabel Brief und Bilder gleichzeitig versenden. Die seit Frühjahr 2012 mögliche Stapelsignatur mittels HBA erleichtert den Versand erheblich und führt zudem zur Rechtssicherheit des Dokuments; die besteht im Fall des klassischen PC-Faxes nicht.



Dr. Günther Heck

Was erwarten Sie, wenn die Kliniken einsteigen?

Heck: Dann wird die Zahl der eArztbriefe drastisch steigen. Denn es werden nicht nur die stationären Patienten einbezogen, sondern auch der Ambulanzbetrieb. Zudem erwarte ich einen weiteren Motivationsschub für Praxen, an dem Projekt teilzunehmen.

Sichere Arzneimitteltherapie

Erstmals seit ihrem Bestehen befasste sich die Landesgesundheitskonferenz (LGK) mit der Verordnung von Arzneimitteln. Über 60 Vertreter aus dem Gesundheitswesen Nordrhein-Westfalens folgten der Einladung von Ministerin Barbara Steffens zum alljährlichen Plenum der LGK, das in diesem Jahr bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe zu Gast war.



Die Einnahme vieler Arzneimittel steigert das Risiko von Wechselwirkungen.

„Wir haben bei der Arzneimitteltherapie eine hohe Produktsicherheit, aber eine unbefriedigende Therapiesicherheit.“ Mit dieser pointierten Feststellung eröffnete Prof. Ulrich Jahde, Pharmakologe an der Universität Bonn, seinen Gastvortrag, in dem er die Risiken unerwünschter Arzneimittelwirkungen insbesondere bei älteren Patienten an Hand von Fallbeispielen eindrucksvoll illustrierte.

Der Vortrag lieferte eine Fülle von Impulsen, die in der anschließenden Aussprache engagiert aufgenommen wurden. Am Ende votierten die Teilnehmer einstimmig für eine Entscheidung, die bereits seit dem Frühsommer zwischen den Mitgliedsorganisationen der LGK in teils kontroversen Diskussionen vorbereitet und formuliert worden war.

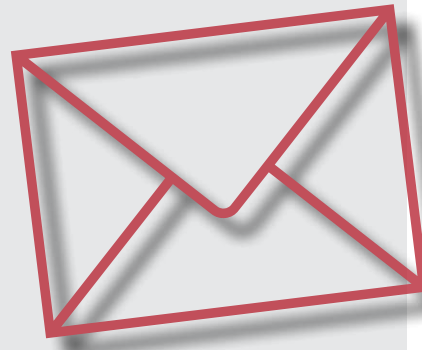
Mehr Infos zur Landesgesundheitskonferenz unter gesundheit.nrw.de
KV | 121234

Dabei galt es, den gesamten Therapieprozess in den Blick zu nehmen: von der Indikationsstellung über die Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln bis zu ihrer konkreten Einnahme bzw. Anwendung. Gesucht wurden mögliche Ursachen für Fehler, Missverständnisse oder folgenreiche Informationslücken. Letztlich waren sich die Teilnehmer darin einig, dass das Zusammenwirken von Ärzten, Apothekern, Pflegekräften, Angehörigen und den Patienten selbst systematisch zu verbessern sei. Freilich nicht um den Preis neuer Bürokratie. Und auch nicht mit der Konsequenz einer Schwächung der ärztlichen Therapiehoheit.

Die Aussprache zeigte, dass es bei der Vermeidung unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) – besonders auf Grund der gleichzeitigen Einnahme mehrerer Wirkstoffe – keine einfachen Lösungen gibt. Denn längst nicht auf jeden der beispielsweise in der Priscus-Liste als „potenziell inadäquat“ klassifizierten Wirkstoff kann im Einzelfall verzichtet werden.

Auch die Therapietreue von Patienten war Gegenstand der Diskussion. Besonders kritisch wurden hier von Ärzten und Patientenvertretern die Effekte von Rabattverträgen thematisiert – aber auch die oftmals unreflektierte Selbstmedikation von Patienten ohne Wissen des verordnenden Arztes.

Im kommenden Jahr wird sich die LGK mit der Versorgung von Menschen mit Behinderung befassen und den Anforderungen eines „inkluisiven Gesundheitswesens“. ■ REI



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

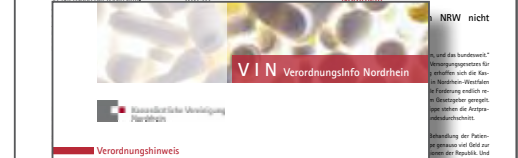
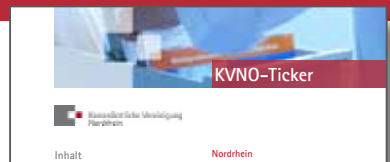
Für Mitglieder der KV Nordrhein und Softwarehäuser, die Informationen über den Praxiscomputereinsatz wünschen.

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.



Verordnungshinweis

Dabigatran (Pradaxa) bei Vorhofflimmern

Der Novartis-Herzer Dabigatran ist seit 2010 in Deutschland zugelassen zur Primärprävention von venösen thromboembolischen Ereignissen bei erwachsenen Patienten nach akktivem abnormalem Hitz- oder Kriegenbrunnen. 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 auf 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 10000 Patienten mit Vorhofflimmern und weiteren Risikofaktoren im Vergleich zu dem in den USA üblichen Warfarin getrennt (3). Die durchschnittliche Beobachtungszeit betrug zwei Jahre. Die wichtigsten Ergebnisse der Studie sind in der Tabelle dargestellt.

	Ergebnis 2 x 110 mg	Ergebnis 1 x 110 mg	Ergebnis 1 x 150 mg
Funktionsfähigkeit	102%	11%	15%
Schlaganfall oder systemische Embolie	1,1%	1,1%	1,1%
Schwere Blutung	2,7%	2,1%	2,6%
Häusliche Schlaganfälle	0,1%	0,1%	0,1%
Mortalität	0,2%	0,2%	0,2%
Tot	0,1%	0,4%	0,1%

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-Richtlinie im zweiten Jahr als in der Warfarin-Gruppe (7,8 und 11,3 % vs. 5,8 %), von Teil zeigen vermehrt aufrechter Lebensstilverhalten wie Diätplan und Dehydrierungsrisiko.

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



Bürokratie melden – Zeit gewinnen



Auch das jüngste Online-Angebot der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) setzt auf die Mitwirkung der Ärzteschaft: Das Online-Forum zum Bürokratie-Abbau sammelt Hinweise, mit denen sich der Verwaltungsaufwand in den Praxen reduzieren lässt und macht sie öffentlich.

Das Portal ist über das sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen erreichbar, das KV-SafeNet. Das Online-Forum zum Bürokratieabbau steht im Kontext der Initiative „Mehr Zeit für Patienten“.

In der Rubrik „Im Dialog“ können Nutzer des Forums Hinweise direkt an die KBV senden. Jeder eingehende Vorschlag wird geprüft, in erster Linie unter dem Aspekt, ob er geeignet ist, die Bürokratiebelastung in den Praxen zu reduzieren und ob eine Umsetzung möglich ist. Nach der Prüfung soll der Einsender eines Vorschlags eine Antwort erhalten und erfahren, was aus seinem Vorschlag wird. Besonders konstruktive Ideen werden – gekoppelt mit der Antwort der KBV – auf der Website veröffentlicht. Regelmäßig wird auf der Startseite der „Vorschlag des Monats“ vorgestellt. Die Nutzer des Portals haben die Möglichkeit, die eingestellten Vorschläge zu kommentieren.

Das Portal finden Sie im Internet unter www.kbv/buerokratieabbau.html.de

Krankenkassen-Navigator: Ärzte bewerten Kassen

Schickt Ihnen eine Kasse dauernd Anfragen auf merkwürdigen Mustern? Mauert eine Kasse bei langfristigen Heilmittel-Verordnungen? Teilen Sie Ihre Erfahrungen mit Ihren Kolleginnen und Kollegen: Bewerten Sie die gesetzlichen Kassen. Ärzte und Psychotherapeuten können die Kassen in einem Online-Portal bewerten, das die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eingerichtet hat.

Noten vergeben die User in den Kategorien: Therapiefreiheit, Bürokratie, Regresse und Selektivverträge sowie Service und Information. Dabei schneiden die Kassen derzeit schlecht ab: das dokumentiert die Durchschnittsno-

te von 4,1 deutlich. Allerdings haben bislang erst 500 Ärzte und Psychotherapeuten ihre Bewertungen abgegeben. „Mit diesem Instrument haben wir die Möglichkeit, auch einmal das Verhalten der Krankenkassen transparent zu machen“, sagte KBV-Chef Köhler anlässlich des Starts Ende September. Das muss übrigens nicht immer schädlich sein. Auch positive Bewertungen sind erlaubt – bislang aber die Ausnahme.



Krankenkassen-Navigator

Bewerten Sie Kassen im Internet unter: krankenkassen-navigator.kbv.de

KBV stellt die Systemfrage

Zwischen Mitte November und Mitte Dezember erhielten die rund 150.000 niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte sowie die Vertragspsychotherapeuten von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wichtige Post – mit weitreichenden Fragen. Es geht darum, ob, und wenn ja, unter welchen Bedingungen die Ärzte in Zukunft am Sicherstellungsauftrag der KVen festhalten wollen.

Das Meinungsforschungsinstitut infas führt die Befragung durch. Beantwortet werden können die Fragen per Brief, aber auch online – dazu erhalten die Adressaten eigens einen Zugangscode. Per QR-Code können Ärzte auch über das Smartphone teilnehmen.

Die Fragen betreffen den bestehenden Sicherstellungsauftrag. Es geht darum, ob und unter welchen Bedingungen Ärzte und Psychotherapeuten die ambulante Versorgung künftig gewährleisten können und wollen. Dass es zu der Befragung gekommen ist, hängt mit dem Verlauf der Honorarverhandlungen auf Bundesebene zusammen. Die Kassenvertreter gingen von Anfang an auf Kollisionskurs – bis hin zur absurden Ankündigung des GKV-Spitzenverbandes, das Honorar deutlich zu senken. Die mühsam erzielte Einigung konnte die Wogen nicht mehr glätten. „Die unzureichende Vergütung, die vielen Regularien und der hohe büro-

kratische Aufwand entsprechen nicht dem Sicherstellungsauftrag, den wir 1955 übernommen haben“, sagt KBV-Chef Andreas Köhler.

Der KBV geht es daher um eine Richtungsentscheidung, für die sie ein belastbares Meinungsbild einholen will. Drei Optionen stehen zur Debatte: Zum einen könnte alles bleiben wie es ist, von Detailänderungen etwa bei der Honorierung abgesehen. Zum zweiten könnte sich herauskristalisieren, dass die Ärzteschaft den Sicherstellungsauftrag zwar behalten will, dafür aber konkrete Bedingungen stellt, wie sie KBV-Chef Köhler in der KBV-Vertreterversammlung am 28. September formuliert hat. Oder aber der Sicherstellungsauftrag steht gänzlich zur Disposition, was freilich entsprechende gesetzliche Änderungen voraussetzen würde – und einen Wandel, der fundamentale Auswirkungen auf das GKV-System hätte.

■ HSCH

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 Mitglieder-

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

Das Meldeformular finden Sie im Internet unter www.kvno.de | KV|121237

Antwortfax

Bitte faxen oder schicken Sie diese Antwort an Ihre Bezirksstelle:

Bezirksstelle Düsseldorf Arndtstr. 9 40225 Düsseldorf Telefon: 0211 3101 2000 E-Mail: anzuehler.duesseldorf@kvno.de	Bezirksstelle Köln Arndtstr. 10-16 50667 Köln Telefon: 0211 7933 0000 E-Mail: anzuehler.koeln@kvno.de
---	---

Die KV Nordrhein möchte alle Praxen gerne effizienter 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 bitten 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.

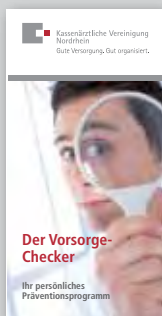
Wieder lieferbar: „Vorsorge-Checker“ für Ihre Praxis

Prävention lohnt sich. Denn die Leistungen werden mit festem Punktwert außerhalb der Regelleistungsvolumen bezahlt. Der Flyer

„Vorsorge-Checker“ informiert über die Vorsorge- und Früherkennungsangebote in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bestellen Sie „Vorsorge-Checker“ für Ihre Praxis unter

KV Nordrhein
Bezirksstelle Köln
Telefon 0221 7763 6267
Telefax 0221 7763 6266
E-Mail bestellung.koeln@kvno.de



Der Flyer bietet einen guten Anlass, mit dem Patienten über das Thema ins Gespräch zu kommen. Die Patienten sehen auf einen Blick, wann und in welchen Abständen zum Beispiel Impfungen anstehen. In dem Flyer kann die Praxis auch direkt die nächsten Termine eintragen. Die KV Nordrhein hat eine dritte Auflage drucken lassen, sodass Praxen wieder „Vorsorge-Checker“ erhalten können.

Eine Kopiervorlage mit den Früherkennungsuntersuchungen finden Sie unter www.kvno.de | **KV 121238**

Gesicherte Qualität in 60 Bereichen



Den Qualitätssicherungsbericht 2012 finden Sie im Internet unter www.kvno.de

Von Akupunktur bis Zytologie – die gut 19.000 Vertragsärzte und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten versorgen die Patientinnen und Patienten in Nordrhein auf qualitativ sehr hohem Niveau. Das belegt der 9. Qualitätsbericht der KV Nordrhein.

Vor rund zwanzig Jahren begann die Qualitätssicherung in

der ambulanten Versorgung mit sechs Qualitätssicherungsverfahren. Mittlerweile gibt es mehr als 60 Genehmigungsbereiche. Hier-

zu stellt der aktuelle Bericht alle relevanten Zahlen für das Jahr 2011 dar. Zudem umfasst er Beiträge zu den Entwicklungen bei MRSA, Dialyse, Qualitätsmanagement und Fortbildung.

Ein Beispiel für die gute Qualität: Die seit 2006 bestehende verpflichtende Erfassung definierter Qualitätsindikatoren beim Blutreinigungsverfahren zeigt auch für das Jahr 2011 das hohe Niveau der nephrologischen Versorgung in Nordrhein. Von den rund 300 durchgeführten Stichproben waren lediglich etwa 20 auffällig.

Welche Vorteile eine Fortbildung im Bereich Pneumologie für Medizinische Fachangestellte für die Praxen hat, schildert der niedergelassene Lungenfacharzt aus Leverkusen, Norbert Mülleneisen. Aufgaben wie Asthma- und COPD-Kontrolle können so auf entsprechend gut geschulte Helferinnen übertragen werden.

Gastrointestinale Erkrankungen

Bauchschmerzen und Verdauungsprobleme sind häufige Symptome im Praxisalltag. Das Spektrum möglicher Ursachen reicht von einfachen Erkrankungen bis zu bösartigen Tumoren des Magen-Darm-Trakts. Kodiertipps für die häufigsten somatischen Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes und der Leber finden Sie in diesem Beitrag.

Gastritis, Ulcus und Divertikel

Das Magengeschwür ist mit einem ICD-Kode aus K25.- Ulcus ventriculi und das Ulcus des Zwölffingerdarms mit einem Kode aus K26.- Ulcus duodeni zu verschlüsseln. In der vierten Stelle ist differenziert anzugeben, ob eine Blutung (---.0), eine Perforation (--.1) und/oder eine Chronifizierung (--.4 bis --.7) vorliegen.

Schleimhautentzündungen in Magen oder Zwölffingerdarm werden mit einer Schlüsselnummer aus K29.- Gastritis und Duodenitis kodiert. Für das Symptom Sodbrennen ohne nachgewiesene Refluxkrankheit oder sonstige gesicherte zugrunde liegende Erkrankung steht der Kode R12 Sodbrennen zur Verfügung.

Die Kodierung der Ösophagitis und der gastroösophagealen Refluxkrankheit mit Ösophagitis (ICD-Kodes K20 und K21.0) sowie der Ulkuskrankheiten von Magen, Duodenum und Jejunum (ICD-Kodes aus K25-K28) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine endoskopische Untersuchung mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

Kodierfall | Ein Patient, starker Raucher, stellt sich mit Übelkeit, Erbrechen, Teerstuhl und Blässe der Haut und Schleimhäute und einem Hb-Wert von 9,2 g/dl (5,7 mmol/l) vor. In der Gastroskopie zeigt sich ein Ulcus duodeni mit Zeichen der stattgehabten Blutung.

D62 G Akute Blutungsanämie
K26.0 G Ulcus duodeni, akut, mit Blutung
F17.1 G Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak, schädlicher Gebrauch

Kodierfall | Ein Patient stellt sich in Ihrer Praxis mit starken epigastrischen Schmerzen mit Übelkeit und postprandialen Schmerzen vor. Endoskopisch erfolgt der Nachweis einer Helicobacter-pylori-positiven Gastritis. Sie beginnen eine Eradikationstherapie.

K29.1 G Sonstige akute Gastritis
B98.0! G Helicobacterpylori [H. pylori] als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind.

Diagnosekodierung für MFA

Für Ihr Praxispersonal empfehlen wir die Teilnahme an Fortbildungen der Reihe „Diagnosekodierung in der Praxis“, die das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein mit der Nordrheinischen Akademie anbietet. Die nächsten Termine:

Diagnosekodierung in hausärztlichen und gynäkologischen Praxen – Aufbaukurs

Freitag, 22. März 2013, 15.00 - 18.30 Uhr

Diagnosekodierung in der Praxis – Grundlagenwissen für MFA

Mittwoch, 24. April 2013, 15.00 - 18.30 Uhr

Die Fortbildungen finden statt im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf.

Teilnahme: gebührenfrei

Anmeldung
Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Ariane Weyand
Telefon 0211 4302 2832
E-Mail ariane.weyand@aekno.de

Divertikulose und Divertikulitis

Die Divertikulose des Darms ist weit verbreitet. Die Divertikelbildung im Dickdarm ist in westlichen Industrieländern häufig. Ihre Häufigkeit nimmt mit steigendem Alter zu. Durch die Angabe des ICD-Kodes bis zur fünften Stelle ist es möglich, die Lokalisation (Dünndarm, Dickdarm), die Unterscheidung zwischen Divertikulose und Divertikulitis, das Vorliegen von Perforation oder Abszess oder das Vorliegen einer Blutung genau anzugeben.

Kodierfall | Bei einer 68-jährigen, adipösen Patientin (BMI 35), ist seit Jahren eine koloskopisch und radiologisch gesicherte Divertikulose des Colon sigmoideum bekannt. Sie kommt jetzt in die Praxis wegen starker Schmerzen im linken Unterbauch und perianalem Blutabgang. Endoskopisch wird eine Divertikelblutung gesichert.

K57.31 G Divertikulose des Dickdarmes ohne Perforation oder Abszess, mit Blutung

E66.01 G Adipositas, BMI von 35 bis unter 40

Hinweis: Die Kodierung einer Divertikulose des Darmes (ICD-Kodes aus K57.-) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine endoskopische und/oder radiologische Untersuchung mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

Reizdarmsyndrom und funktionelle Darmstörungen

Viele Patienten klagen über Schmerzen oder Unwohlsein im Bauchraum oft zusammen mit einer Veränderung der Stuhlgewohnheiten. Sind strukturelle oder biochemische Ursachen ausgeschlossen, wird von einer funktionellen Darmerkrankung oder einem Reizdarmsyndrom gesprochen.

Für die Verschlüsselung des Reizdarmsyndroms stehen folgende ICDs zur Verfügung:

K58.0 Reizdarmsyndrom mit Diarrhoe

K58.9 Reizdarmsyndrom ohne Diarrhoe, Reizdarmsyndrom o.n.A.

Richtiges Kodieren ist wichtig

- Kodieren Sie alle Diagnosen mit der ICD-10-GM so spezifisch wie möglich – am besten bis auf die letzte nach ICD-10 vorgeschlagenen Stelle.
- Dokumentieren Sie alle vorliegenden, behandlungsrelevanten Erkrankungen, auch die Komplikationen.
- Diagnosen, die gesichert sind, mit dem Zusatz „G“ verschlüsseln.
- Passen Sie die Kodierung dem Verlauf und dem Schweregrad der Erkrankung an.
- Die chronischen Diagnosen dokumentieren Sie kontinuierlich, wenn sie behandlungsrelevant sind.

Für sonstige funktionelle Darmstörungen gibt es außerdem noch die ICDs:

K59.0 Obstipation

K59.1 funktionelle Diarrhoe

K59.2 neurogene Darmstörung, andernorts nicht klassifiziert

K59.3 Megakolon

K59.4 Analspasmus

K59.8 Sonstige näher bezeichnete funktionelle Darmstörung (Kolonatonie)

K59.9 Funktionelle Darmstörung, nicht näher bezeichnet

Appendizitis

Die Appendizitis wird mit K35.- bis K37 verschlüsselt.

Weitere Merkmale oder Komplikationen werden bei der akuten Appendizitis (K35.-) über die vierte Stelle des ICD angegeben

K35.2 Akute Appendizitis mit generalisierter Peritonitis

K35.3- Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis

K35.30 Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis ohne Perforation oder Ruptur

K35.31 Akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur

K35.32 Akute Appendizitis mit Peritonealabszess

- K35.8 *Akute Appendizitis, nicht näher bezeichnet* Akute Appendizitis ohne Angabe einer lokalisierten oder generalisierten Peritonitis
- K36 *Sonstige Appendizitis* (chronisch, rezidivierend)
- K37 *Nicht näher bezeichnete Appendizitis*

Gallenblase und Gallenwege

Häufig sehen Sie in Ihrer Praxis Patienten mit Gallensteinleiden. Zehn bis 15 Prozent der erwachsenen Bevölkerung sind Gallensteinträger, Frauen dabei etwa doppelt so häufig betroffen wie Männer. Krankheiten der Gallenblase und Gallengänge werden mit K80.- bis K83.- verschlüsselt.

- K80.- **Cholelithiasis / akute Cholelithiasis**
- K80.0- Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis
- K80.1- Gallenblasenstein mit sonstiger Cholezystitis
- K80.2- Gallenblasenstein ohne Cholezystitis
- K80.3- Gallengangsstein mit Cholangitis
- K80.4- Gallengangsstein mit Cholezystitis
- K80.5- Gallengangsstein ohne Cholangitis oder Cholezystitis
- K80.8- Sonstige Cholelithiasis

Hinweis: Die fünfte Stelle ist bei der Kategorie K80.- zu benutzen: 0 Ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion, 1 Mit Gallenwegsobstruktion

- K81.0 *Akute Cholezystitis*
- K81.1 *Chronische Cholezystitis*
- K81.9 Cholezystitis, nicht näher bezeichnet
- K82.0 *Verschluss der Gallenblase*
- K82.1 *Hydrops der Gallenblase*
- K82.2 *Perforation der Gallenblase*
- K82.3 *Gallenblasenfistel*
- K82.8 *Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Gallenblase*
- K83.- *sonstige Erkrankungen der Gallenwege*
- K83.0 *Cholangitis*
- K83.3 *Fistel des Gallenganges*

Monatliche Zu- und Abschläge für gastrointestinale Erkrankungen im Morbi-RSA

Die Übersicht zeigt die Höhe der monatlichen zusätzlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond an die Krankenkasse des Versicherten (Stand 1/2012).

Bezeichnung	Monatlicher Zuschlag
Bösartige Neubildung des Dünndarms, Peritoneums, Gallenblase, Leber, Pankreas	521,02 €
Lungenmetastasen und Metastasen der Verdauungsorgane	1.301,75 €
Lymphknotenmetastasen	682,59 €
Terminale Lebererkrankung	228,78 €
Leberzirrhose	83,23 €
Alkohol- oder Drogenabhängigkeit	136,29 €
Chronische Hepatitis	139,16 €
Leberversagen, akute Lebererkrankung	163,37 €
Sonstige virale Hepatitis (ohne HAV), akut oder nicht näher bezeichnet	
Verlauf ohne Leberkoma	83,23 €
Ileus	177,48 €
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	140,35 €

Infos rund um das korrekte Kodieren finden Sie auf der Homepage der KV Nordrhein. Darunter auch fachgruppen-spezifische Kodiertipps. Klicken Sie doch einfach mal rein: www.kvno.de

Kodierfall | Eine 52-jährige, adipöse Patientin (BMI 34) mit bekannten Gallensteinen stellt sich mit Oberbauchbeschwerden in der Praxis vor. Der behandelnde Arzt stellt eine akute Cholezystitis fest. Bei der Patientin sind außerdem eine arterielle Hypertonie und eine Hypercholesterinämie bekannt.

K80.00 G Gallenblasenstein mit akuter Cholezystitis

E66.00 G Adipositas, BMI von 30 bis unter 35

I10.90 G Essentielle Hypertonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

E78.0 G Hyperlipidämie

Hinweis: Mehrfachkodierungen dürfen nicht verwendet werden, wenn die Klassifikation eine Kombinations-Schlüsselnummer bereitstellt, die eindeutig alle in der Diagnose dokumentierten Elemente umfasst.



kaarsten - fotolia.com

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (Colitis/Crohn)

Zur Kodierung der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen stehen die ICD 10-GM K50.- bis K52.- zur Verfügung. Eine begleitende Arthritis wird mit M07.4- (Arthritis bei Crohn-Erkrankung) bzw. M07.5- (Arthritis bei Colitis ulcerosa) angegeben.

Die fünfte Stelle des ICD-Kodes steht für die Lokalisation der Arthritis (0 = mehrere Lokalisationen, 1 = Schulterregion, 2 = Oberarm, 3 = Unterarm, 4 = Hand, 5 = Beckenregion und Oberschenkel 6 = Unterschenkel 7 = Knöchel und Fuß, 8 = sonstige Lokalisation, 9 n. n. bez. Lokalisation).

Kodierfall | Ein Patient klagt seit Wochen über Durchfall, Bauchschmerzen, Schwächegefühl und Gewichtsverlust von mehr als zehn Prozent seines Körpergewichts sowie stechende Schmerzen während dem und anhaltendem Brennen nach dem Stuhlgang. Außerdem klagt er über Schmerzen im Becken. Das Blutbild weist Entzündungswerte (erhöhtes CPR) auf. Es wird weitere Diagnostik (Sonographie, Koloskopie) durchgeführt und ein Morbus Crohn des Dickdarms und des Dünndarms, eine Analfissur sowie eine Sakroileitis festgestellt.

K50.82 G Sonstige Crohn-Krankheit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes,

mehrere Teilbereiche betreffend / Crohn-Krankheit sowohl des Dünndarms als auch des Dickdarms

M07.45 G Arthritis bei Crohn-Krankheit, Lokalisation Becken

K60.0 G Akute Analfissur

R 63.4 G Abnorme Gewichtsabnahme

Kodierfall | Ein Patient weist die typischen Symptome einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung des Dickdarms auf. Die Diagnostik inkl. Koloskopie lässt keine eindeutige Unterscheidung zwischen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa zu. Im Labor zeigt sich außerdem eine Eisenmangelanämie.

K52.30 G Colitis indeterminata

D50.0 G Eisenmangelanämie nach Blutverlust (chronisch)

Gastroenteritis, Kolitis und Diarrhoe

Akute Diarrhoe

Infektiöse Gastroenteritis oder Kolitis mit nachgewiesenem Erreger ICD aus A00.- bis A08.- z. B.

- A02.0 Salmonellenenteritis
- A04.0 Darminfektion durch enteropathogene Escherichia coli
- A04.7 Enterocolitis durch Clostridium difficile
- A05.0 Lebensmittelvergiftung durch Staphylokokken
- A06.0 akute Amöbenruhr
- A08.0 Enteritis durch Rotaviren
- A08.1 akute Gastroenteritis durch Norovirus
- A08.3 Enteritis durch sonstige Viren

Wenn nicht klar ist, ob infektiös oder nicht infektiös:

- A09.9 sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis nicht näher bezeichneten Ursprungs

Nichtinfektiöse Gastroenteritis oder Kolitis

ICD aus K 50.- bis K52.- z. B.

- K50.1 Crohnkrankheit des Dickdarms
- K52.2 Allergische und alimentäre Gastroenteritis und Kolitis

Für einzelne spezifische Kolitiden stehen besondere ICDs zur Verfügung z. B.:

- K55.0 Akute Gefäßkrankheiten des Darmes
- K55.1 Chronische Gefäßkrankheiten des Darmes
- A18.3 + K93.0* Tuberkulose des Darmes, des Peritoneums und der Mesenteriallymphknoten
- A22.2 Darmmilzbrand / Kolitis durch Bacillus anthracis
- B25.80 + Infektion des Verdauungstraktes durch Zytomegalieviren
- + K93.8* Krankheiten sonstiger näher bezeichneter Verdauungsorgane bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Lebererkrankungen

Die Häufigkeit von Lebererkrankungen (Hepatitis, alkoholische Lebererkrankungen, Zirrhose, Fibrose und Leberversagen) ist nicht genau bekannt und kann daher nur geschätzt werden. Experten schätzen, dass sechs bis sieben Millionen Deutsche eine Lebererkrankung haben. Die häufigste Lebererkrankung in entwickelten Ländern ist die Fettleber; etwa fünf Millionen Deutsche sind betroffen. In 80 bis 90 Prozent der Fälle beruht die Fettleber auf Übergewicht oder einem erhöhten Alkoholkonsum.

Angaben zur Gesamthäufigkeit der Hepatitis sind wegen der vielen unterschiedlichen Arten der Erkrankung schwierig. An einer chronischen Hepatitis B oder C (zwei Formen der Virushepatitis) dürften etwa 1 Million Menschen in Deutschland leiden. Bei der Leberzirrhose wird in Deutschland mit etwa einer Million Erkrankten und etwa 200.000 neuen Fällen pro Jahr gerechnet.

Fibrose und Zirrhose der Leber

- K70.2 Alkoholische Fibrose der Leber
- K70.3 Alkoholische Zirrhose der Leber
- K76.1 Kardiale Lebersklerose
- K74.0 Leberfibrose
- K74.1 Lebersklerose
- K74.3 Primäre biliäre Zirrhose
- K74.4 Sekundäre biliäre Zirrhose
- K74.6 Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber

Virushepatitis

Die Codes für die Virushepatitiden finden sich unter B15.- bis B19.-

- B15.- Akute Virushepatitis A
- B16.- Akute Virushepatitis B
- B17.- Sonstige akute Virushepatitis
- B18.- Chronische Virushepatitis
- B19.- Nicht näher bezeichnete Virushepatitis

Bei Patienten, die keine Zeichen einer Hepatitis aufweisen, aber beispielsweise HBsAg-Träger sind, ist nur die Schlüsselnummer Z22.5 Keimträger der Virushepatitis zu kodieren. Bei Vorliegen von Komplikationen einer Hepatitis sind diese durch zusätzliche Schlüsselnummer(n) zu kodieren. Die Codes für andere Hepatitisformen (äthyltoxische, toxische, usw.) finden sich bei den Schlüsselnummern für die Krankheiten der Leber unter K70.- bis K77.-.

Kodierfall | Ein Patient stellt sich nach einem Aufenthalt in einem südeuropäischen Land mit Abgeschlagenheit, Durchfällen und Druckschmerz im rechten Oberbauch in der hausärztlichen Praxis vor. Das Anti-HAV-IgM ist erhöht, die Leber sonographisch vergrößert.

B15.9 G Akute Virushepatitis A ohne Coma hepaticum

Hinweis: Die Kodierung akuter Virushepatitiden (ICD-Kodes aus B15–B17) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine spezifische Labordiagnostik (z. B. Antigenstatus, Antikörperstatus und Viruslast) mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.

Alkoholische Lebererkrankung

- K70.- Alkoholische Leberkrankheit
- K70.0 *Alkoholische Fettleber*
- K70.1 *Alkoholische Hepatitis*
- K70.2 *Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber*
- K70.3 *Alkoholische Leberzirrhose, Alkoholische Zirrhose o.n.A.*
- K70.4 *Alkoholisches Leberversagen, Alkoholisches Leberversagen: akut, chronisch, mit oder ohne Coma hepaticum, subakut, o.n.A.*
- K70.9 *Alkoholische Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet*

Kodierfall | Eine 56-jährige Patientin, starke Raucherin, mit seit Jahren bestehender Alkoholabhängigkeit kommt in Ihre Praxis wegen Appetitlosigkeit, Übelkeit, Völlegefühl und Gewichtsabnahme. Laborchemisch und sonographisch bestätigt sich Ihr Verdacht einer alkoholischen Hepatitis.

K70.1 G Alkoholische Hepatitis

F10.2 G Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom

F17.1 G Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, schädlicher Gebrauch

Leberversagen und hepatische Enzephalopathie

- K70.4 Alkoholisches Leberversagen
- K71.1 Toxische Leberkrankheit mit Lebernekrose durch Arzneimittel oder Drogen
- K72.- Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert
- K72.0 *Akutes und subakutes Leberversagen*

- K72.1 *Chronisches Leberversagen*
 K72.9 *Leberversagen, nicht näher bezeichnet*
 O26.6 *Leberversagen bei Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett*

Soll der Schweregrad der hepatischen Enzephalopathie angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnummer aus K72.7-! (Hepatische Enzephalopathie und Coma hepaticum) zu verwenden.

K72.71! *Hepatische Enzephalopathie Grad 1*

Euphorie oder Ängstlichkeit; Aufmerksamkeitsdefizit; Schwierigkeiten, zu addieren

K72.72! *Hepatische Enzephalopathie Grad 2*

Lethargie, Apathie; minimale Desorientierung zu Zeit und Raum; subtile Persönlichkeitsveränderungen; unangepasstes Verhalten; Schwierigkeiten, zu subtrahieren

K72.73! *Hepatische Enzephalopathie Grad 3*

Somnolenz bis Stupor; Reaktion auf verbale Stimuli; Verwirrtheit; Desorientierung zu Zeit und Raum

K72.74! *Hepatische Enzephalopathie Grad 4*

Koma; keine Reaktion auf verbale Reize oder Schmerzstimulation

K72.79! *Hepatische Enzephalopathie, Grad nicht näher bezeichnet*

Kodierfall | Bei einem 63-jährigen Patienten ist eine Leberzirrhose auf dem Boden einer chronisch aktiven Hepatitis C bioptisch gesichert. Wegen einer hepatischen Enzephalopathie zweiten Grades wird der Patient mit Lactulose behandelt.

B18.2 G *Chronische Virushepatitis C*

K74.6 G *Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber*

K72.72! G *Hepatische Enzephalopathie Grad 2*

Kodierfall | Bei einem Patienten besteht ein Zustand nach Banding von Ösophagusvarizen vor acht Wochen bei bekannter äthyltoxischer Leberzirrhose. Der Patient ist gegenwärtig beschwerdefrei und kommt zur Kontroll-Ösophago-Gastro-Duodenoskopie in ihre Praxis.

K70.3G† *Alkoholische Leberzirrhose*

I98.2*G *Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung.*

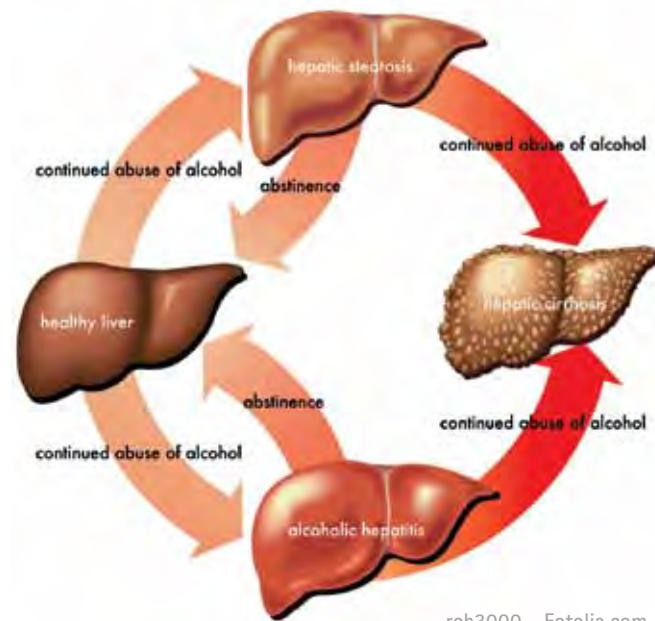
Hinweis: Die Kodierung erfolgt nach dem Kreuz-Stern-System (Ätiologie- und Manifestations-Verschlüsselung)

Bösartige Neubildungen des Verdauungstraktes

Darmkrebs ist in Deutschland bei Männern und Frauen die zweithäufigste Krebserkrankung. Kolorektale Karzinome verursachen zunächst selten Symptome, sie entstehen fast immer aus anfangs gutartigen Darmpolypen. Die Schlüsselnummern für bösartige Neubildungen des Verdauungstraktes finden Sie unter C15.- bis C26.-. Für die Lokalisation von Metastasen sind eigenständige Codes vorhanden (C77.- bis C79.-).

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

Damage of alcohol abuse on the liver



rob3000 - Fotolia.com

Neue Qualitätszirkel

Thema QZ des Medizinentrums
Poststraße
Kontakt Dr. Heinrich Tichlers
Medizinzentrum Poststraße
Poststraße 18, 2428 Jülich
Telefon 02461 509 21
Telefax 02461 314 81
Turnus ab 1. Januar 2013/6 x p. a.
Ort Medizinzentrum Poststraße

Thema QZ für interkulturelle
Psychotherapie
Kontakt Dr. Türkiz Akalin
Rolandstr. 26, 40476 Düsseldorf
Telefon 0211 139 534 75
Homepage www.dr-akalin.de
Turnus 1 x Quartal
Ort n. Vereinbarung

Thema Medizinisches Zentrum
Duisburg-Nord
Kontakt Dr. Peter Stark
Weseler Str. 92, 47169 Duisburg
E-Mail peter.stark@mzd-nord.de
Turnus monatlich
Ort Homborner Altmarkt 20-24
47166 Duisburg

Thema Hausärztlicher QZ für
klassische Homöopathie
Kontakt Bruno von Bornhaupt
Theresienstraße 29, 50931 Köln
Telefon 0221 940 496 0
Turnus 1 x monatlich
Ort KV Nordrhein
Bezirksstelle Köln

Thema Diabetes/Hypertonie –
Kreis Wesel
Kontakt Dr. Jörg Weiland
Wilhelminenstr. 22
46537 Dinslaken
Telefon 02064 164 64
Telefax 02064 318 77
E-Mail and-online@web.de
Turnus 3-4 x p. a.
Mittwoch nachmittags
Ort Dinslaken

Thema Hygiene in der dermato-
chirurgischen Arztpraxis
Kontakt Dr. Herbert Kirchesch
Venloer Strasse 107
50259 Pulheim
Telefon 02238 580 58
E-Mail dr.herbert.kirchesch@t-online.de
Turnus ab 16. Januar 2013
Ort Köln

Thema Schmerztherapie
Kontakt Dr. Hans-Ulrich Giesen M.A.
St. Lukas Klinik
Schwanenstraße 132
42697 Solingen
Telefon 0212 705 20 02
Telefax 0212 705 20 29
E-Mail giesen@k-plus-de
Turnus 4 x p. a.
Ort St. Lukas Klinik

Infos über elektronische Qualitätszirkel (eQZ)

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

Aufbaukurs Moderatoren

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

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

Kontakt

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

BEWERBUNGSSCHLUSS
FÜR AUSSTELLER:
18. JANUAR 2013

KBV  **Messe**
Versorgungsinnovation 2013

KBV

16. BIS 17. APRIL 2013 BERLIN | WWW.VERSORGUNGSMESSE.NET

Dr. jur. Ulrich Hencke gestorben

Im Alter von 86 Jahren verstarb Dr. jur. Ulrich Hencke. Fast 30 Jahre, von 1962 bis 1991, war er als Justitiar für die KV Nordrhein tätig. Mit seinem an der Sache orientierten juristischen Wirken und seiner besonderen Einsatzbereitschaft prägte er wichtige Entscheidungen in der ärztlichen Selbstverwaltung. Mit seinen herausragenden fachlichen Fähigkeiten und seiner menschlichen Art erwarb er hohe Anerkennung weit über Nordrhein hinaus. Nach seinem Eintritt in den Ruhestand war er noch weitere zwei Jahrzehnte in den ehrenamtlichen Gremien der KV Nordrhein tätig. Sein Wirken für das Ärztliche Hilfswerk und den Disziplinar-ausschuss sind nur zwei Beispiele seines Engagements. Der Vorstand der KV Nordrhein, ehrenamtliche Mitglieder und Mitarbeiter werden sich an Dr. jur. Ulrich Hencke stets mit Respekt und Wertschätzung erinnern.



AOK informiert über Knie- und Hüft-OP-Kliniken

Die AOK Rheinland/Hamburg informiert ihre Versicherten über ihre Medien ab 2013 über die medizinische Qualität der Kliniken in ihrer Umgebung, die Knie- und Hüftgelenks-OP vornehmen. Ziel ist, die Zahl typischer postoperativer Komplikationen nach der Implantation einer Endoprothese zu reduzieren. Die behandelnden Ärzte will die AOK einbeziehen; dafür sind unter anderem regionale Informationsveranstaltungen geplant.

Der Ersatz von Knie- und Hüftgelenken gehört im Rheinland zu den häufigsten Operati-

onen. Die Auswertung der Eingriffe durch die AOK Rheinland/Hamburg mittels QSR-Verfahren (Qualitätssicherung mit Routinedaten) zeigt bei den Komplikationsraten eine enorme Spannweite zwischen den behandelnden Krankenhäusern. „Sie reichen bei der elektiven Kniegelenks-Ersatz-OP von 0 bis 19 Prozent, bei der elektiven Hüftersatz-OP von zwei bis 40 Prozent“, berichtet Matthias Mohrmann, Mitglied des Vorstandes der AOK Rheinland/Hamburg. Solche Komplikationen sind beispielsweise Thrombosen, Frakturen oder Revisions-Operationen.

Ratgeber: Richtiger Umgang mit IGe-Leistungen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer haben den Ratgeber „Selbst zahlen?“ herausgegeben. Er wurde zusammen mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin und dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin entwickelt – und wird von vielen Ärzteverbänden unterstützt. Auf dreißig Seiten bietet der Ratgeber für Ärzte und Patienten hilfreiche Checklisten und Infos über die rechtlichen Anforderungen an Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL).

„Solange Krankenkassen nicht alles bezahlen, was im Einzelfall medizinisch sinnvoll ist und es darüber hinaus Leistungen wie Reise-medicin gibt, die die Kassen noch nie bezahlt haben, kann man Individuellen Gesundheitsleistungen nicht per se die Existenzberechtigung absprechen“, erläuterte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Frank Ulrich Montgomery. Wichtig sei auch, dass Ärzte verantwortungsvoll mit diesen Leistungen umgingen.

Den Ratgeber können Sie im Internet herunterladen unter www.kvno.de
KV | 121247

Betreuungspauschale und Hausbesuche

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im Oktober fragten viele Praxen nach einzelnen Abrechnungsmodalitäten im Rahmen des Hausarztvertrages von KV Nordrhein, AOK Rheinland/Hamburg und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK).

Wie oft kann ich die Symbolnummern 92306, 92307 aus dem Hausarztvertrag AOK/LKK abrechnen?

Insgesamt nur einmal im Behandlungsfall bzw. Quartal. Im ersten Quartal, in dem Sie eine ehrenamtliche Bezugsperson des Patienten bei der einfachen Behandlungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege fachlich anleiten und unterstützen, rechnen Sie bitte die Symbolnummer 92306 ab. Zur Abrechnung der weiteren Anleitung und Unterstützung in den Folgequartalen dient die Nummer 92307. Beide Nummern sind dann ansetzbar, wenn Ehrenamtliche die Pflege übernehmen. Eine Abrechnung ist nicht möglich, wenn die Pflege durch einen Pflegedienst erfolgt.

Nein, das ist nicht möglich. Beide Symbolnummern sind Pauschalen, die Sie nur einmal im Quartal abrechnen können. In dem Quartal, in dem die erste Anleitung einer Betreuungsperson zur einfachen Behandlungspflege stattfindet (Nummer 92306), ist der Ansatz der Symbolnummer 92307 ausgeschlossen.

Wie rechne ich Hausbesuche im Rahmen des Hausarztvertrages AOK/LKK ab?

Tragen Sie bei der Abrechnung die EBM-Nummer und die entsprechende Symbolnummer des Hausarztvertrages zusammen ein. Im Einzelnen:

Besuch	Abrechnung (EBM- und Symbolnummer)
Hausbesuch bis 10 km Entfernung	01410 und 92308
Hausbesuch ab 10,1 km Entfernung	01410, 92309
Dringlichkeitsbesuch Pflegeheim	01415, 92315
Dringlichkeitsbesuch nach 01411	01411, 92311
Dringlichkeitsbesuch nach 01412	01412, 92312

Selbstverständlich können Sie in diesem Zusammenhang auch Wegegeld abrechnen.

Wie rechne ich Hausbesuche ab, wenn der Patient gleichzeitig in den Hausarztvertrag AOK/LKK und den Palliativvertrag der Primärkassen eingeschrieben ist?

In diesem Fall rechnen Sie im Rahmen des Palliativ-Vertrages ab. Und zwar wie folgt:

Hausbesuch Abrechnung (EBM- und Symbolnummer)	
Routinebesuch	01410, 92111
Dringlichkeitsbesuch nach 01411	01411, 92102
Dringlichkeitsbesuch nach 01412	01412, 92102

Selbstverständlich können Sie in diesem Zusammenhang auch Wegegeld abrechnen.

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

Darf ich die Symbolnummern 92306 bzw. 92307 erneut abrechnen, wenn sich die Betreuungsperson oder die Pflegehandlung ändert?



EVA – Verstärken Sie Ihr Praxisteam

Der nächste Lehrgang zur Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA) startet im April 2013. Medizinische Fachangestellte können hier die Kompetenzen erlernen, die sie benötigen, um delegierbare Leistungen zu übernehmen.

Die Teilnehmerinnen erwerben zusätzliche medizinische Kenntnisse, zum Beispiel in den Bereichen Wundversorgung, geriatrische Diagnoseverfahren und in der Versorgung von Onkologie-Patienten. Die Ausbildung vermittelt zudem organisatorische Fähigkeiten, zum Beispiel in den Bereichen Hausbesuchs-Management.

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

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



Kassenzärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.





Anmeldung an die Nordrheinische Akademie. Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

EVA- Fortbildung

Nordrheinische Akademie
für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Anja Klaaßen
Telefax 0211 4302 2809
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Name _____ Vorname _____

PLZ _____ Ort _____ Straße _____

Telefon-Nr. _____ E-Mail _____

Die Angabe einer gültigen E-Mail-Adresse ist verpflichtend und für den weiteren Kursverlauf zwingend notwendig. Die Kommunikation zwischen der Akademie und Ihnen wird überwiegend elektronisch erfolgen!

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Fortbildung „Entlastende Versorgungsassistentin“ (EVA) an.

Wegen zu geringer Teilnehmerzahl können Kurse abgesagt werden. Ansprüche auf Schadenersatz sind ausgeschlossen. Die Erstattung der bereits gezahlten Gebühr erfolgt in voller Höhe.

Ihre schriftliche Anmeldung wird in der Reihenfolge des Posteingangs berücksichtigt. Die schriftliche Bestätigung der Anmeldung erfolgt modulweise. Bitte überweisen Sie jeweils bei Vorlage der Bestätigung die Kursgebühren. Eine Abmeldung muss ebenfalls immer schriftlich erfolgen und ist bis zu 28 Tage vor Kursbeginn kostenfrei. Bei einer Abmeldung, die 28 bis 14 Tage vor Kursbeginn bei der Akademie eintrifft, wird eine Verwaltungsgebühr von 25 Euro erhoben. Bei einer Abmeldung 13 oder weniger Tage vor Kursbeginn wird eine Verwaltungsgebühr von 60 Prozent der Kursgebühr berechnet. Erfolgt keine schriftliche Abmeldung wird die volle Kursgebühr erhoben. Telefonische An- oder Abmeldungen können nicht berücksichtigt werden. Erfüllungsort und Gerichtsstand ist Düsseldorf.

Hiermit melde ich mich für den oben genannten Kurs verbindlich an und erkenne die genannten Bestimmungen, einschließlich der Anwesenheitsregelung, an. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass bei fehlendem Zahlungseingang eine Kursteilnahme nicht gewährleistet wird.

Datum/Unterschrift

Auskunft erteilt die Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung | Tersteegenstraße 9 | 40474 Düsseldorf |
Anja Klaaßen | Telefon 0211 4302 2835 | anja.klaassen@aekno.de

Was bringt die neue Bedarfsplanung?

Am 1. Januar 2013 soll die reformierte Bedarfsplanung für den Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung in Kraft treten. Neue Instrumente sollen zu mehr Bedarfsgerechtigkeit und mehr Rationalität in der Versorgungsplanung führen. Zudem erhalten die Länder mehr Mitspracherechte. Die künftige Versorgungsplanung fällt „politischer“ aus. Neue Akteure, neue Regeln – die Bedarfsplanung wird anders. Aber wird sie auch besser? Diese Frage steht im Mittelpunkt der Veranstaltung im Rahmen der Reihe KVNO focus.

- **Sicherstellung in Nordrhein: Aktuelle Herausforderungen**
Dr. med. Peter Potthoff | Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein
- **Die Grundzüge der Bedarfsplanungsreform**
Josef Hecken | Unparteiischer Vorsitzender des G-BA
- **Gestaltung der Versorgung braucht Landeskompetenz**
Barbara Steffens | Gesundheitsministerin NRW
- **Versorgungssicherheit für Patienten, Planungssicherheit für Versorger**
Günter Wältermann | Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg

DISKUSSION

Demografische Herausforderung und ambulante ärztliche Versorgung

- **Dr. med. Peter Potthoff** | Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein
- **Günter Wältermann** | Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg
- **Josef Hecken** | Unparteiischer Vorsitzender des G-BA
- **Peter-Olaf Hoffmann** | Bürgermeister der Stadt Dormagen
- **Norbert Koch** | Hausarzt aus Alpen

ZERTIFIZIERT | ■■■■ Punkte

Infomarkt der KV Nordrhein in Köln

Experten stehen Ihnen an den Infoständen Rede und Antwort. Lassen Sie sich individuell beraten und erfahren Sie alles über Neuerungen im Jahr 2013. Haben Sie Fragen zur Abrechnung? Dann beantworten die Abrechnungsberater/-innen der KV Nordrhein sie gerne beim Infomarkt. Außerdem können Sie sich über die Wege und verschiedenen Lösungen zur Online-Abrechnung, die ab dem 3. Quartal 2013 auch in Nordrhein Pflicht wird, informieren. Kommen Sie vorbei: Von der Abrechnung bis zur Zulassung – Experten der KV Nordrhein stehen für Sie bereit.

Treffen Sie Experten an den Infoständen

- **Online-Abrechnung mit der KV Nordrhein/ IT in der Praxis**
- **Ausgabe des eArztausweises light**
Für die Beantragung bitte per E-Mail anmelden unter arztausweis@aekno.de oder per Fax unter 0211 4302 5211
- **KVNO-Portal: Online-Dienste für Praxen in Nordrhein**
- **Abrechnungsberatung**
- **Honorar**
- **Niederlassungsberatung**
- **Tipps zum Verordnen von Arznei- und Heilmitteln sowie Hilfsmitteln**
- **Serviceteams – Ansprechpartner bei allen Fragen aus dem Praxisalltag**

Termin Mi, 9. Januar 2013,
15 bis 18 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung Cognomed
Telefon 030 27 87 83 86
Telefax 030 27 87 83 80
E-Mail anmeldung@cognomed.de

Termin Mi, 9. Januar 2013,
14 bis 17 Uhr
Ort Bezirksstelle Köln
Sedanstraße 10-16
50668 Köln

Anmeldung keine

Veranstaltungen für Mitglieder

■	09.01.2013	KV Nordrhein/Cognomed: KVNO focus: Zukunft der ambulanten Versorgung: Was bringt die neue Bedarfsplanung?, Düsseldorf
■	09.01.2013	KV Nordrhein: Infomarkt, Köln
	25.01./26.01.	Nordrheinische Akademie: Moderatorenausbildung Grundkurs, Düsseldorf
■	06.02.2013	KV-Nordrhein/Rheinische Post: RP-Ratgeber Gesundheit „Gesunde Ernährung“, Düsseldorf
■	13.02.2013	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf
■	16.02.2013	KV Nordrhein: Infoveranstaltung Online-Abrechnung und Ausgabe eArztweis light von der Ärztekammer Nordrhein, Köln
■	20.02.2013	IQN: Laparoskopische Eingriffe in der Visceralchirurgie, Gynäkologie und Urologie, Düsseldorf
■	02.03.2013	KV Nordrhein: Infoveranstaltung Online-Abrechnung und Ausgabe eArztweis light von der Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf
■	06.03.2013	KV Nordrhein: Einführungsworkshop „rational und rationell verordnen für neu niedergelassene Ärzte“, Düsseldorf
■	13.03.2013	IQN: (Pharmako)therapie der Depression – eine Herausforderung im Praxisalltag, Düsseldorf
	20.03./21.03.	WISO S.E. Consulting GmbH: Gesundheitskongress des Westens, Bonn

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

	16.01.2013	Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis. Schwerpunkt: psychische Erkrankungen, Heinsberg
	23.01.2013	Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis. Schwerpunkt: psychische Erkrankungen, Düren
	23.01.2013	Diagnosekodierung in der Praxis, Düsseldorf
	30.01.2013	Multiresistente Erreger im Praxisalltag, Düsseldorf
	30.01.2013	Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis. Schwerpunkt: psychische Erkrankungen, Bonn
	06.02.2013	Abrechnung Hausärzte, Köln
	13.02.2013	Abrechnung Hausärzte, Düsseldorf
	06.03.2013	ICD-10-Kodierung, Köln
	13.03.2013	Pharmakotherapie, Düsseldorf
	22.03.2013	Diagnosekodierung in der allgemeinmedizinischen und hausärztlich-internistischen und gynäkologischen Praxis – Aufbaukurs für MFA

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

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

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

Redaktionsbeirat

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

Druck

Echo Verlag, Köln

Satz

Merzhäuser | grafik+design, Bonn

Anschrift der Redaktion

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

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

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

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 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“ 1+2 | 2013

■ Honorarvereinbarung 2013:

So entwickelt sich die Vergütung

■ Neue Bedarfsplanung:

Niederlassungs-Steuerung wird politischer

■ Arzneimittel-Vereinbarung:

Die neuen Richtgrößen im Überblick

■ Ärztebefragung:

Nordrheiner und die Sicherstellung

■ Patientenrechte:

Wichtige Änderungen für die Praxen

Die nächste Ausgabe von „KVNO aktuell“

erscheint am 6. Februar 2013.

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

www.kvno.de



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.