

1+2 | 2013

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Hintergrund

Bedarfsplanung | Neue Sitze für Nordrhein – Details ab Juli

Schwerpunkt

Honorar | Gesamtvergütung steigt 2013 um 5,15 Prozent

Aktuell

Patientenrechte | Neues Gesetz könnte zu mehr Klagen führen

Verordnungen

Arznei- und Heilmittel | Sonderheft zu den aktuellen Vereinbarungen



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Honorar:
Gesamtvergütung steigt um 5,15 Prozent
- 4 VV der KVNO:
Notdienst-Konzept wird weiter beraten
- 6 Beschlüsse der
Vertreterversammlung
- 7 Dr. Peter Potthoff:
„Eine Grundsatz-
entscheidung“

Aktuell

- 8 Die Fallwerte
im 1. Quartal 2013
- 12 Rechte für Patienten
kodifiziert
- 14 Standpunkt Rudolf Henke:
Schonender Eingriff
- 16 2 : 0 für den
Bürokratieabbau
- 17 Tipps zum Umgang
mit Kassen-Anfragen
- 19 Mehr Einfluss für Ärzte

■ Praxisinfo

- 20 Überweisungsverfahren
bleibt
- 20 Abgabe von
Schienenverbänden
- 21 Kindervorsorge U10/U11 –
Kündigung IKK classic

- 21 Für HZV-Patienten:
Pseudoabrechnungsfall
- 21 Diabetisches Fußsyndrom:
Vertrag läuft weiter
- 21 J2 mit der Novitas BKK
vereinbart
- 21 Knappschafft:
Augenärztliche Vorsorge
für Kinder
- 22 QS Molekulargenetik und
Sozialpsychiatrie
- 22 Künstliche Befruchtung:
Nach Geburt „Zähler auf 0“
- 23 Sonstige Kostenträger:
Neues Verzeichnis
- 23 GCI und IZOM:
Verfahren geändert
- 24 EBM: Änderungen
im Laborbereich

■ Verordnungsinfo

- 25 Antirheumatika-Kombi-
Präparaten
- 25 Liste fiktiv zugelassener
Arzneimittel aktualisiert
- 26 Abgabe großer
Arzneimengen
- 26 KV Nordrhein versendet
weiter grüne Rezepte
- 27 Arzneimittel-Umsätze
steigen um 3,1 Prozent
- 27 Sonderdrucke zu Arznei-
und Heilmitteln

Hintergrund

- 28 Was bringt die neue
Bedarfsplanung?
- 30 Dr. Bernhard Gibis:
„Großer regionaler
Spielraum“

Berichte

- 32 Sicherstellung ja –
mit Bedingungen
- 33 Dr. Brigitte Schmelzer
gestorben
- 33 Die Deutschen beim Arzt
- 34 Fünf Jahre Ratgeber
Gesundheit

Service

- 36 KV Nordrhein berät zum
Thema Hygiene
- 38 Qualifikationsgebundene
Zusatzvolumen
- 40 Heilmittel richtig
verordnen
- 41 Nach der Praxisgebühr –
was wird aus
Überweisungen?
- 43 Korrektes Kodieren:
Erkrankungen in der
Schwangerschaft

In Kürze

- 46 Infos zur weiblichen
Genitalbeschneidung
- 46 Sicherer Schlaf gegen
plötzlichen Kindstod



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

das neue Jahr hat für uns alle mit einer guten Nachricht begonnen: dem erfolgreichen Abschluss unserer regionalen Honorarverhandlungen mit den nordrheinischen Krankenkassen. Mit einem Vergütungszuwachs von 5,15 Prozent liegen wir deutlich über der Vereinbarung auf Bundesebene mit ihren Vorgaben für die Verhandlungen in den Ländern. Wir sind damit ein gutes Stück vorangekommen bei der Überwindung der bisherigen Benachteiligung Nordrhein im bundesweiten Maßstab der Vergütung je Versicherten. Aber wir sind noch nicht am Ziel, gemessen an unserem Anspruch, die Lücke zum Bundesdurchschnitt vollständig und auf Dauer zu schließen.

Wir haben in der Sache hart verhandelt und haben gleichwohl unsere Linie einer verlässlichen und konstruktiven Gesprächsführung beibehalten. Der Erfolg gibt uns recht: Die Einigung ist ein Signal, das durch die bundesweite Bedeutung unserer KV weit über Nordrhein-Westfalen hinaus wahrgenommen wird. Nicht umsonst hat Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr mit Blick auf unser Verhandlungsergebnis festgestellt, dass es die Selbstverwaltung insgesamt stärke.

Gestärkt geht die ärztliche Selbstverwaltung auch aus dem Ergebnis der bundesweiten Umfrage zur Sicherstellung hervor, die die KBV initiiert hatte. Wir hatten Zweifel, ob es klug war, die Systemfrage auf diese Weise zu stellen. Das Ergebnis aber ist in jedem Fall ein

starkes Votum – allein schon durch die enorm hohe Beteiligung: Rund 80.000 Ärzte und Psychotherapeuten haben geantwortet. Drei Viertel der Befragten haben sich für den Verbleib des Sicherstellungsauftrags bei der Selbstverwaltung ausgesprochen. Allerdings unter dem unmissverständlichen Vorbehalt, dass dafür mehrere Bedingungen erfüllt werden müssen – und dabei geht es nicht allein um eine leistungsgerechte Vergütung.

Neue Bedingungen gelten seit Jahresbeginn auch in der Bedarfsplanung. Wir haben schon am 9. Januar eine Informationsveranstaltung dazu angeboten, in der wir, unterstützt durch namhafte Gäste wie NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens und Dr. Bernhard Gibis, zuständiger Dezernent der KBV, die neuen Richtlinien erläutert und kommentiert haben. Wir haben deutlich gemacht, dass wir die neue Planung als flexibleres Instrument begrüßen, dass die reformierte Richtlinie allein aber keine neuen Ärzte „produziert“. Umso wichtiger ist, dass wir die Diskussion um akzeptable Bedingungen für die vertragsärztliche Tätigkeit fortsetzen und junge Kolleginnen und Kollegen für die ambulante Versorgung gewinnen.

Herzliche Grüße

Dr. Peter Potthoff

Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier

Vorstand

Gesamtvergütung steigt um 5,15 Prozent

Die Praxen in Nordrhein erhalten 5,15 Prozent mehr Honorar. Darauf haben sich die KV Nordrhein und die Krankenkassen im Rheinland verständigt. Für die ambulante Versorgung in Nordrhein stehen im Jahr 2013 rund 3,7 Milliarden Euro zur Verfügung, das sind 128 Millionen Euro mehr als im Jahr zuvor.

Der Abschluss liegt deutlich über der Bundesvorgabe. „Wir haben ein sehr gutes Ergebnis erzielt“, bilanziert Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Zu der realen Steigerung in Höhe von 5,15 Prozent könnte man – analog zur Einigung auf Bundesebene – auch noch die erwartete Mengensteuerung bei psychotherapeutischen Leistungen und die Steigerung des Orientierungspunktwerts bei Einzelleistungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung hinzurechnen. Die strukturelle Benachteiligung Nordrhein bei den Mitteln für die ambulante ärztliche Versorgung werde damit ein Stück weit kompensiert, so Potthoff.

Die Steigerung setzt sich aus verschiedenen Komponenten zusammen.

- Der Orientierungspunktwert steigt um 0,9 Prozent auf 3,5363 Cent. Für das Jahr 2013 macht das ein Honorarplus von 23 Millionen Euro aus.
- Die Gesamtvergütung steigt um 2,15 Prozent bzw. 53,2 Millionen Euro. Diese Erhöhung basiert unter anderem auf dem nachgewiesenen Wachstum der Morbidität im Rheinland.
- In die Grundversorgung im haus- und fachärztlichen Bereich fließen 28,8 Millionen Euro im Jahr 2013. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bereitet zurzeit eine Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) vor. Diese konkretisiert, welche Leistungen der Grundversorgung zusätzlich honoriert werden. Der

neue EBM soll im 3. Quartal in Kraft treten.

- Im Jahr 2013 werden zusätzlich 23 Millionen Euro für förderungswürdige Leistungsbereiche bereitgestellt, zum Beispiel für die Behandlung von multimorbiden Patienten (drei und mehr chronische Krankheiten). Dieser Betrag wird auf die vier Quartale des Jahres 2013 aufgeteilt. Die Verhandlungen über die Details und die Höhe der Zuschläge laufen noch.

Psychotherapie ausbudgetiert

Alle antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen (Abschnitt 35.2 EBM) und die probatorischen Sitzungen bezahlen die Krankenkassen in diesem Jahr als Einzelleistungen außerhalb der sogenannten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV). Dieser Meilenstein wurde bereits auf der Bundesebene verhandelt. Damit geht die Morbiditätsentwicklung in der Psychotherapie fast vollständig auf die Krankenkassen über. Der stark steigende Leistungsbedarf in diesem Bereich hatte zuletzt die Töpfe im haus- und fachärztlichen Bereich spürbarer belastet. Damit ist es jetzt vorbei.

Die bisherigen Einzelleistungen wie auch die nordrheinischen Sonderverträge laufen im Jahr 2013 allesamt weiter. Dies gilt auch für die finanzielle Förderung des ambulanten Operierens: Ambulante Operationen nach Paragraph 115b des Sozialgesetzbuchs werden mit 3,73625 Cent und Operationen nach dem so-

genannten Zentrumsvertrag mit 4,2805 Cent vergütet.

Nordrhein erreicht altes Bundesniveau

Durch das Gesamtpaket rückt die Vergütung der Ärzte und Psychotherapeuten in Nordrhein näher an das Niveau in anderen Bundesländern heran. Für die ambulante Versorgung der Patienten im Rheinland stehen jetzt im Schnitt pro Patient und Jahr 352 Euro zur Verfügung – das entspricht in etwa dem Bundesdurchschnitt im Vorjahr. Im vergangenen Jahr lag der Wert noch bei 334 Euro. „Wir haben einen großen Schritt nach vorn gemacht. Allerdings entwickelt sich die Vergütung auch

in anderen Regionen positiv, sodass wir bei den Mitteln für die ambulante Versorgung in den kommenden Jahren weitere Fortschritte erzielen müssen“, sagt Bernhard Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein.

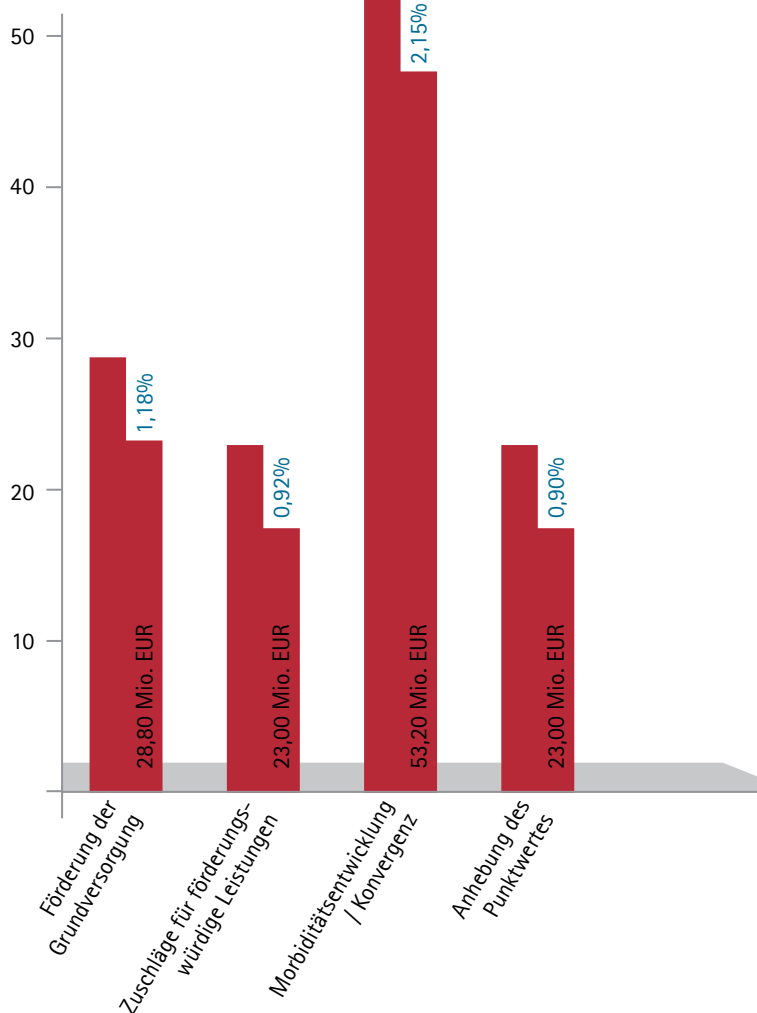
Die Honorar-Steigerung wird sich bereits in den Regelleistungsvolumen des 1. Quartals (siehe Seite 8-10) positiv bemerkbar machen. Aber nicht jede Praxis kann mit fünf Prozent mehr Umsatz rechnen. Denn einerseits sind ein Teil der Erhöhungen wie geschildert zweckgebunden, andererseits wird die Verteilung über den Honorarverteilungsmaßstab gesteuert.

■ FRANK NAUNDORF

Komponenten der Honorarerhöhung

Die Anhebung des Punktwertes, die Förderung der Grundversorgung und die Zuschläge im hausärztlichen Bereich sind bereits grundsätzlich im Honorarkompromiss im Oktober vergangenen Jahres auf Bundesebene verhandelt worden.

Steigerung in Millionen Euro



Die blauen Zahlen geben die prozentuale Erhöhung der einzelnen Bereiche an. Die gesamte Honorarsteigerung beträgt 128 Millionen Euro bzw. 5,15 Prozent.

Notdienst-Konzept wird weiter beraten

Das neue Notdienst-Konzept, die neue Bedarfsplanung und die Weichenstellungen beim Honorar waren die Themen der Vertreterversammlung der KV Nordrhein am 13. Februar. Vor allem die Planungen zu einer Neuorganisation des Notdienstes sorgten für viele kontroverse Wortbeiträge. Nach einer streckenweise sehr emotionalen Debatte wurde beschlossen, den im November vergangenen Jahres eingeschlagenen Weg fortzusetzen und das damals verabschiedete Konzept künftig in einem erweiterten Notdienst-Ausschuss der Vertreterversammlung weiter zu bearbeiten. Beim Thema Honorar überraschte der KV-Vorstand mit der expliziten Forderung nach einem Ende der Budgetierung.

Drei starke und zur Diskussion einladende Themenblöcke ergaben sich aus den Berichten des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein auf der jüngsten Vertreterversammlung – drei Blöcke, die nur auf den ersten Blick ohne Zusammenhang schienen. Beispiel Bedarfsplanung und Notdienst: Unstrittig ist, dass eine in ländlichen Gebieten häufig besonders hohe Notdienst-Belastung den Ärztenachwuchs davon abhält, sich fern der Ballungsräume niederzulassen. Um diejenigen Nachwuchsmediziner, die erwägen, sich dort niederzulassen, nicht abzuschrecken, muss die Notdienst-Belastung homogenisiert und für die Kollegen auf dem Land reduziert werden – das ist Konsens. Beispiel Notdienst und Honorar: Da sich an der prekären

Lage mehrerer Facharztgruppen in Nordrhein auch durch den erfreulichen Abschluss der Honorarverhandlungen im Januar wenig ändert, fallen die Reaktionen auf die angedachte einheitliche Umlage per Vorwegabzug vom Honorar kritisch aus – vor allem dort, wo sich Ärzte ohnehin finanziell in Schwierigkeiten wähen.

So hing am Ende vieles miteinander zusammen – die meiste Debattenenergie investierten die Delegierten während der über sechsstündigen Sitzung gleichwohl in die Diskussion über den Notdienst. Eine Diskussion, die nicht nur kontrovers, sondern auch überaus emotional geführt wurde, was die Auseinandersetzung über die konkreten Bestandteile des Konzepts bisweilen in den Hintergrund rücken ließ. Die

Kritiker bemängeln, dass das Konzept mit heißer Nadel gestrickt und unvollständig sei – dennoch werde versucht, an der Basis und der Vertreterversammlung vorbei Fakten zu schaffen. Diese Vorwürfe wies Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, vehement zurück – die Vertreterversammlung habe schließlich den Auftrag erteilt, eine neue Notdienst-Struktur zu erarbeiten. Desweiteren sei frühzeitig darüber informiert worden, wie das geplante weitere Vorgehen aussehen sollte (siehe auch Interview Seite 9). Dass einige Redner von Aufruhr und Widerstand an der ärztlichen Basis zu berichten wussten, konnten andere Delegierte weder nachvollziehen noch bestätigen. Die kolportierte Ablehnung des Konzepts in manchen Kreisstellen jedenfalls widersprach der von anderen Rednern übermittelten Haltung, dass der Änderungsbedarf beim Notdienst unbestritten und ein neues Konzept unumgänglich sei. Mit dieser Vertreterversammlung ist klar, dass am im Vorjahr von den Delegierten der KV Nordrhein beschlossenen Konzept weitergearbeitet wird – wie von der KV Nordrhein beabsichtigt. Klar ist auch, dass an der Konkretisierung des Konzepts ein erweiterter Notdienst-Ausschuss der Vertreter-



» Wir haben mit dem verabschiedeten Notdienst-Konzept eine Struktur vorgeschlagen, mit der wir die mit dem Auftrag einer Neuordnung verbundenen Ziele erreichen können.«

Dr. med. Peter Potthoff
Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein

sammlung beteiligt wird, der sich bis Mai konstituiert haben soll.

Notdienstausschuss wird erweitert

Fast alle Anträge zum Notdienst wurden gleich in den neuen Ausschuss verwiesen. Die Bandbreite der Anträge reichte von der Bildung neuer Regionalkonferenzen über die gesonderte Bilanzierung aller im Notdienst anfallenden Kosten bis hin zu dem ohne Gegenstimmen angenommenen Vorschlag, ein Gremium zu bilden, in dem weitere Mitglieder der Vertreterversammlung Gelegenheit bekommen, an der konkreten Ausgestaltung des Konzepts mitzuarbeiten. Mit großer Mehrheit angenommen wurde auch der Antrag des Vorstands der KV Nordrhein, dass alle im Notdienst tätigen Vereine oder Genossenschaften ihre Erfolgsrechnungen der KV mitzuteilen haben – überall dort, wo die von der KV beauftragte Gesundheitsmanagement-Gesellschaft (GMG) nicht an der Organisation des Notdienstes vor Ort beteiligt ist, fehlen der KV bislang die Daten zur Ermittlung der Ist-Kosten.

Begonnen hatte die Vertreterversammlung mit einem weiteren Auftritt von HNO-Ärzten, die im Haus der Ärzteschaft auf ihre unbefriedigende Honorarsituation hinwiesen und von Dr. med. Frank Bergmann, dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung der KV Nordrhein, freundlich begrüßt wurden. „Sie stehen hier mit ihrem Protest ja auch stellvertretend für viele andere Fachärzte, die sich durch zu niedrige Honorare ebenfalls in schwieriger Lage befinden“, sagte Bergmann, der anschließend eine traurige Nachricht zu überbringen hatte. Er teilte mit, dass Dr.



» Wenn wir das viel zu komplizierte Regelwerk der Honorarsystematik vereinfachen wollen, müssen wir konsequent ein Ende der Budgetierung fordern.«

Bernhard Brautmeier
Vorstand der KV Nordrhein

med. Brigitte Schmelzer, die lange Zeit Mitglied der Vertreterversammlung der KV Nordrhein und seit 23 Jahren Vorsitzende der Kreisstelle Kleve war, am 10. Februar überraschend verstorben ist.

Den Bericht des Vorstands eröffnete Potthoff, der zunächst Stellung zur neuen Bedarfsplanung und ihren Konsequenzen für Nordrhein nahm. „Was bekommen wir, um den Bedarf an Ärzten zu decken?“, fragte Potthoff und gab darauf selbst eine eher skeptische Antwort. „Die neue Bedarfsplanung ist nur ein besserer Plan und noch keine Planerfüllung. Sie wird uns nicht dabei helfen, die Ärzte, die wir brauchen oder im Land halten wollen, zu bekommen. „Wir bekommen nach der neuen Richtlinie rund 345 neue Hausarztsitze in Nordrhein. Wenn man sich aber anschaut, was die heutigen Medizinstudenten an Fächern wählen, dann bekommen wir wohl eher Neurochirurgen.“

Weg mit den Budgets

Für eine unerwartete Pointierung sorgte KV-Vorstand Bernhard Brautmeier in der Versammlung, in der er auf die jüngsten Honorarverhandlungen mit den nordrheinischen Krankenkassen einging. Er verband die detaillierte Darstellung des Verhandlungs-

ergebnisses mit äußerst kritischen Bemerkungen zur gegenwärtigen Honorarsystematik – und einem Blick in die Zukunft. „Wir haben, auch im Vergleich zu anderen KVen, mit einem Plus von 5,15 Prozent ein sehr gutes Ergebnis erzielt, von dem unsere Mitglieder schon ab dem ersten Quartal dieses Jahres profitieren“, stellte Brautmeier klar. Er fügte aber hinzu: „Wir wissen aber auch, dass dies für manche Facharztgruppen nur ein Tropfen auf den heißen Stein ist.“ Das größte Problem für die Ärztinnen und Ärzte sei neben zu niedrigen RLVs die fehlende Kalkulationssicherheit: „Die Schwankungen von Quartal zu Quartal – in Nordrhein durchschnittlich über 15 Millionen Euro – sind einfach zu groß“, so Brautmeier, der feststellte: „Das System ist so kompliziert, dass selbst wir als KV an manchen Stellen Mühe haben, das Regelwerk nachzuvollziehen.“ Der KV-Vorstand leitet daraus eine weitreichende Forderung ab: „Der Kern des Problems ist die Budgetierung, deren Abschaffung wir fordern – wohl wissend, dass wir das nicht von heute auf morgen bekommen werden“, sagte Brautmeier. Doch nur eine Abschaffung der Budgets werde dauerhaft für eine faire und leistungsgerechte Vergütung aller ärztlichen Leistungen sorgen.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Notfalldienst

Vorarbeiten zum Notdienstkonzept

„Da das Konzept zur Notdienstreform ein solch widersprüchliches und kontroverses Echo in der Vertreterversammlung (VV) und der niedergelassenen Ärzteschaft hervorgerufen hat, sollen die weiteren Vorarbeiten (unter anderem die bereits geplante Testregion) sowie eine ausführliche Kostenanalyse des derzeitigen Systems durch die KV Nordrhein nach Vorgaben aus der VV bis Ende 2013 erstellt werden. Da der Auftrag zur Erstellung des Konzeptes aus der VV kam, soll ein erweiterter Notdienst-Ausschuss aus VV-Mitgliedern ein Konzept zur Notdienstreform erarbeiten und dies der VV zur Abstimmung vorlegen. Die Erweiterung des Gremiums erfolgt analog zum HVM-Ausschuss durch Vertreter aller Fraktionen.“

Alle Ansätze zur Neuordnung des Notdienstes sollen unter dem Gebot der Kostenkontrolle und der Homogenisierung der Dienstbelastung stehen. Es sollen Zusatzkosten für die Ärzteschaft vermieden werden. Ein neues Notdienstkonzept soll die ausufernde Inanspruchnahme des Notdienstes durch geeignete Maßnahmen reduzieren und der absehbaren Problematik des Ärztemangels Rechnung tragen. Der Notdienst ist auf das gesetzliche Mindestmaß zu begrenzen. Ein zusätzlicher Vorwegabzug wird abgelehnt.“

Antrag: *Dres. Heidemarie Pankow-Culot, Jens Wasserberg und Rolf Ziskoven*

Anmerkung KV Nordrhein: Die Auswahl der Region, in der die neue Struktur modellhaft umgesetzt werden sollte, war mit den Betroffenen vor Ort besprochen und akzeptiert. Die Einberufung und Weiterarbeit im Ausschuss Notfalldienst war durch den Vorstand in der VV vorgeschlagen worden. Die übrigen Forderungen wie die ausufernde Inanspruchnahme lagen bereits dem ursprünglich erarbeiteten Konzept zugrunde.

Bekanntgabe der Erfolgsrechnungen

„Alle im Notdienst tätigen Vereine, Genossenschaften, AG, GbR und andere machen ihre Umsätze, Kosten bzw. Gewinne durch eine entsprechende Erfolgsrechnung (G+V, Bilanz, Einnahme-Überschussrechnung) fortlaufend jährlich, erstmals innerhalb der nächsten

sechs Monate für das abgelaufene Wirtschaftsjahr, der KV Nordrhein gegenüber bekannt oder überlassen sie der KV Nordrhein.“

Antrag: *Vorstand*

Honorar

Ambulante Versorgung besser finanzieren

„Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein schließt sich den vorliegenden Stellungnahmen an und stellt diese Unterversorgung ebenfalls fest. Als Ursache macht sie für die genannten Fachgruppen (Anästhesie, Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, HNO, Orthopädie und Urologie im Bereich der KV Nordrhein, Anm. d. Red.) eine, die Versorgung der GKV-Patienten verhin-dernde Unterfinanzierung verantwortlich.“

nahmen ausdrücklich freigestellt.

In Anbetracht der bestehenden grundlegenden Problematik desaströs niedriger Vergütungen innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung wird eine Beschlussfassung zu unbegrenzten Vorwegabzügen für den Notdienst ausgeschlossen.“

Antrag: *Dres. Bernd Bankamp, Wieland Dietrich, Andreas Gassen, Harald Hofer, Jürgen Klein, Andreas Waubke, Joachim Wichmann, Manfred Weisweiler, Ludger Wollring, Prof. Bernd Bertram, Christiane Friedländer, Claudia Rudroff, Angelika Haus*

Nach Auffassung der VV muss es sich hierbei um keine abschließende Liste der Fachgruppen handeln. Insoweit bleiben weiteren Fachgruppen gleich oder ähnlich lautende Stellung-

Anmerkung KV Nordrhein: Den offenen Brief der genannten Fachgruppen finden Sie als Zusatzinfo bei den VV-Beschlüssen unter www.kvno.de
KV | 130206

Fachärztliche Strukturpauschalen voll auszahlen

„Die VV der KV Nordrhein begrüßt die ausgehandelte Honorarsteigerung für das Jahr 2013. Aus den für den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Zuwächsen sollen zunächst die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beschlossenen fallbezogenen fachärztlichen Strukturpauschalen in voller Höhe gezahlt werden. Die verbleibenden Mittel sollen dann asymme-

trisch, unter besonderer Berücksichtigung der fachärztlichen Grundversorgung, verteilt werden.“

Antrag: *Dres. Andreas Gassen, Manfred Weisweiler, Joachim Wichmann, Andreas Waubke, Prof. Bernd Bertram, Ludger Wollring, Wieland Dietrich, Harald Hofer, Christiane Friedländer, Angelika Haus*

„Eine Grundsatzentscheidung“

Das Notdienst-Konzept, das die Vertreterversammlung der KV Nordrhein im vergangenen Jahr auf den Weg gebracht hat, wird jetzt in einem erweiterten Notdienst-Ausschuss weiter erarbeitet. KV- Vorstandsvorsitzender Dr. Peter Potthoff erklärt, warum die Neustrukturierung so wichtig ist.

Herr Dr. Potthoff, bei der Debatte um den Notdienst erhielt man vielfach den Eindruck, die Vertreterversammlung hätte bereits eine neue Notdienstordnung verabschiedet...

Potthoff: ...wir haben keine neue Notdienstordnung verabschiedet. Es ist bei allen Gelegenheiten, bei denen wir das neue Konzept vorgestellt haben, klar gewesen, dass wir über ein Konzept sprechen, das es nun weiter zu entwickeln gilt. Bei den Eckpunkten haben wir uns an erfolgreichen Vorbildern orientiert und Strukturen, die uns klug und sinnvoll erschienen, an die nordrheinischen Verhältnisse angepasst. Dazu gehören die Grundsatzentscheidungen, Nordrhein in sieben oder acht neue Notdienstbezirke einzuteilen, Sitz- und Fahrdienst zu trennen und die Notdienstpraxen mit einheitlichen Öffnungszeiten auszustatten.

Die Vertreterversammlung hat jetzt entschieden, in die weitere Arbeit am Konzept den Notdienst-Ausschuss einzubinden. Was halten Sie davon?

Potthoff: Das hatte der Vorstand ohnehin vorgeschlagen. Wichtig ist, dass wir weiter an einem neuen Notdienst-Konzept arbeiten. Wir brauchen die Neustrukturierung, weil es unbestrittene, von vielen Kollegen beklagte Probleme und Schief lagen in der gegenwärtigen Struktur gibt. Es geht hier nicht darum, Wünsche der KV-Spitze zu realisieren. Es geht darum, dass wir Strukturen im Notdienst verbessern, um nicht zuletzt eine geringere Dienstbelastung für die Kollegen in ländlichen Gebieten

zu erreichen. Das wäre auch ein Signal an den dringend benötigten ärztlichen Nachwuchs außerhalb der Städte und Ballungsgebiete.

Sie hatten bereits die Erprobung in einer konkreten Region angekündigt. Bleibt es dabei?

Potthoff: Wir können operativ parallel zur Arbeit des Ausschusses die nächsten Schritte tun. Wir wollen im Süden unserer Region in Abstimmung mit den Kreisstellen Rhein-Sieg, Bonn und Euskirchen starten, weil dort die Bereitschaft zu einer Erprobung sehr groß ist. Wir müssen das Konzept in einer Modellregion mindestens zwei Quartale lang erproben, um wichtige Erkenntnisse zu gewinnen, die in die Weiterentwicklung der Notdienstordnung einfließen.

Warum wird die Notdienst-Diskussion so emotional geführt?

Potthoff: Das Thema sorgt seit langem für Diskussionen. Wenn nun Kolleginnen und Kollegen aufgrund ihrer Betroffenheit über das Für und Wider einer neuen Notdienststruktur streiten, ist das völlig in Ordnung. Leider sind aber einige wenige, dafür sehr lautstarke Kritiker gar nicht an der Lösung der Probleme im Notdienst interessiert, sondern aus Prinzip dagegen. Sie haben den Eindruck erweckt, wir hätten Fakten schaffen und ohne Berücksichtigung der Verhältnisse vor Ort die Strukturen vereinheitlichen wollen. Das ist falsch.

■ DR. HEIKO SCHMITZ FÜHRTE DAS GESPRÄCH.



Dr. med. Peter Potthoff (65) ist seit 2011 Vorsitzender des Vorstandes der KV Nordrhein und lebt in Rheinbreitbach. In Bad Honnef praktiziert er als Gynäkologe. Er studierte Medizin in Bonn und Singapur und ist Bankkaufmann mit erstem juristischem Staatsexamen. Der gebürtige Leverkusener ist verheiratet und hat einen Sohn.

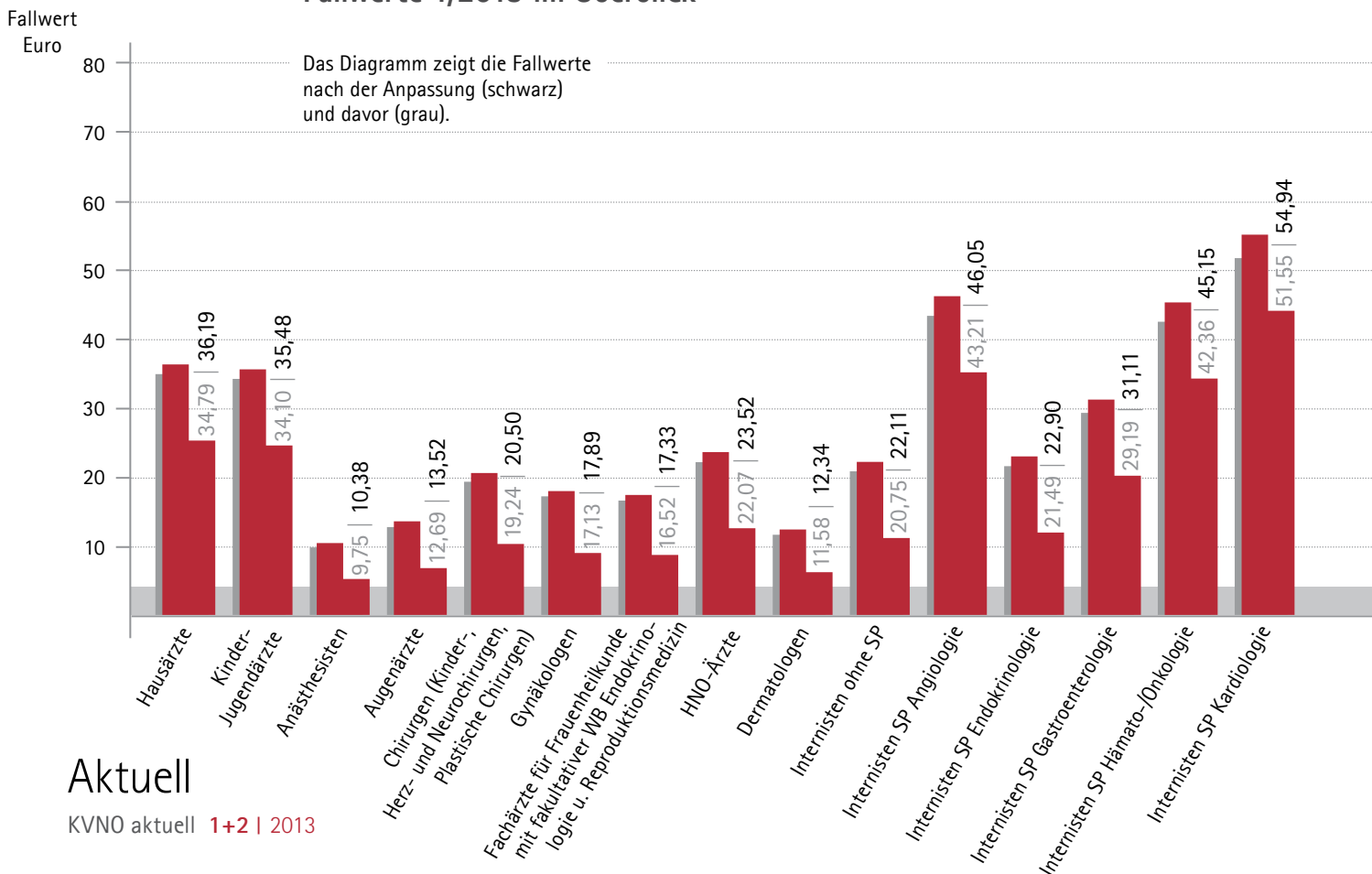
Das Ab und Auf der Fallwerte im 1. Quartal 2013

In vielen Praxen dürfte die vorweihnachtliche Stimmung durch die Ankündigung der Regelleistungsvolumen (RLV) im 1. Quartal 2013 einen argen Dämpfer erlitten haben. Betroffen waren praktisch alle Fachgruppen in Nordrhein – KVNO aktuell erklärt die Entwicklung. Immerhin: Mit der Anpassung der RLV Anfang Februar gab es für viele Gruppen ein kleines Happy End.

Doch warum sind die Fallwerte in den ersten Quartalen meist relativ niedrig? Das liegt zum einen an den Honorarverhandlungen. Denn diese sind oft nicht Ende November abgeschlossen, also bis zu dem Zeitpunkt, in dem die KV Nordrhein die Fallwerte für die Regelleistungsvolumen berechnet. So war es auch im vergangenen Jahr – obschon sich eine Einigung abzeichnete. Somit musste die KV Nordrhein für die Berechnung der RLV-Fallwerte die niedrigere Gesamtvergütung des 1. Quartals 2012 als Grundlage verwenden.

Die relativ niedrige Gesamtvergütung im ersten Quartal wiederum hängt mit der gesetzlich vorgeschriebenen Berechnung zusammen. Als Basis dient nämlich der Leistungsbedarf aus dem Jahr 2008. Und in jenem Jahr fielen die Osterferien in das 1. Quartal. Ferien wiederum bedeuten Urlaub von Praxen und Patienten – und folglich weniger abgerechnete Leistungen. Das Osterphänomen 2008 wirkt bis ins laufende Jahr nach: Das Honorar, das die KV Nordrhein an die Praxen ausschütten kann, ist im ersten Quartal um acht Millionen

Fallwerte 1/2013 im Überblick



Euro geringer als im 2. Quartal, obwohl die Menge der abgerechneten Leistungen im ersten Quartal deutlich höher liegt.

Hausärzte

Für die RLV und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) standen bei den Hausärzten im 1. Quartal 2013 knapp drei Millionen Euro (1,3 Prozent) weniger zur Verfügung als im Vorjahresquartal. Dies liegt unter anderem daran, dass die KV Nordrhein Rückstellungen bilden musste, um erwarteten Mehrbedarf bei der Vergütung der Laborleistungen zu bezahlen. Wegen der recht geringen Gesamtvergütung im hausärztlichen Bereich sank der Fallwert der Kinderärzte im Vergleich zum Vorjahresquartal deswegen zunächst um 27 Cent auf 34,10 Euro.

Bei den Hausärzten geht er um 72 Cent zurück. Dies hängt auch mit der gewünschten Überführung von mehreren Leistungen aus den RLV-Leistungen in QZV zusammen. Konkret: Prokto-/Rektoskopie, Kleinchirurgie, Langzeit-Blutdruckmessung, Spirometrie und Hyposensibilisierung. Diese Leistungen wer-

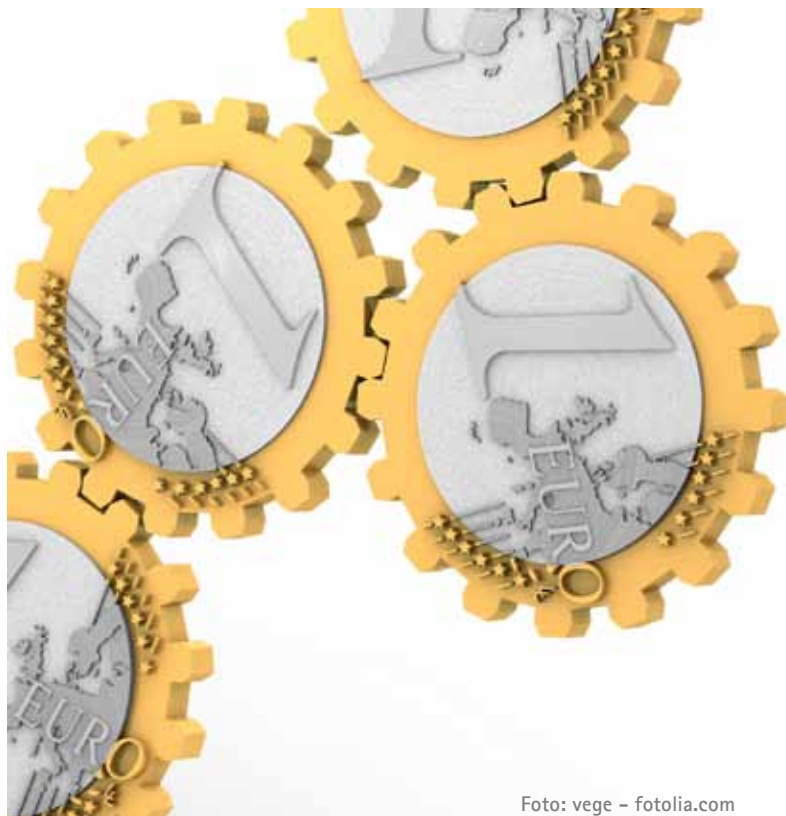
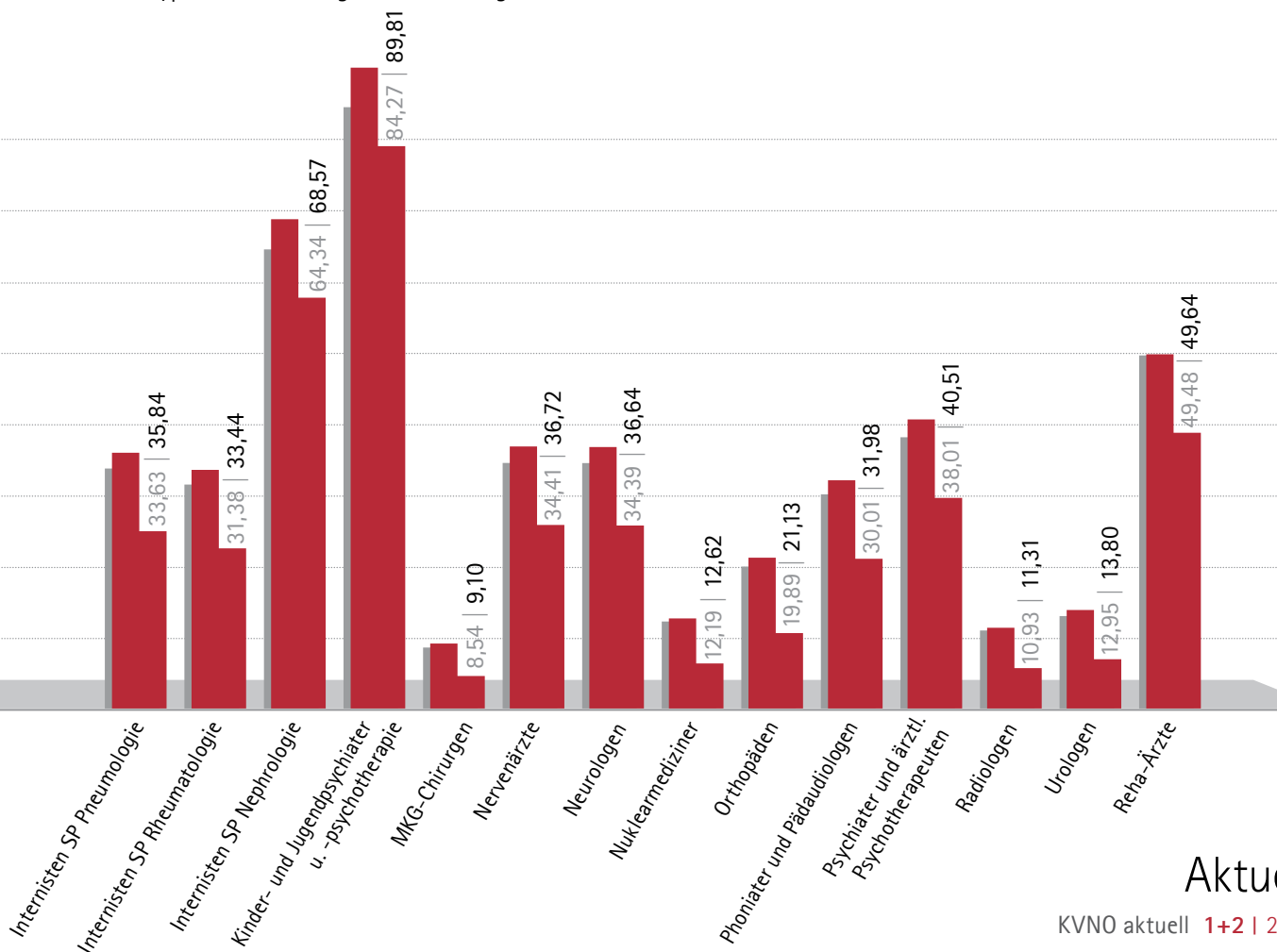


Foto: vege – fotolia.com

den nun als QZV bezahlt, stehen also in den RLV nicht mehr zur Verfügung – und lassen letztere natürlich sinken.

Eine komplexe Angelegenheit ist das Errechnen der Fallwerte. Deren Höhe bestimmen mehrere Faktoren.



Fachärzte

Bei den Fachärzten liegt die Gesamtvergütung im ersten Quartal 2013 bei 289 Millionen Euro, das sind 1,5 Millionen (0,5 Prozent) weniger als im Vorjahresquartal. Das Vergütungsvolumen für die RLV- und QZV-Leistungen sank dagegen nur um rund eine halbe Millionen Euro. Die Gründe dafür: geringere Rückstellungen für Zuschläge zu Berufsausübungsgemeinschaften (Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs). Außerdem entfiel die Rückstellung für die Stützung der Strukturpauschale Augenärzte.

Summa summarum musste die KV Nordrhein rund vier Millionen Euro weniger für Rückstellungen aufwenden. Die Liquidität nutzte sie, um die gestiegene Menge der abgerechneten Punkte in den freien und kontingentierten Leistungen zu bezahlen.

Wie wirkte sich dies bei den Fachärzten konkret aus? Das zeigt der genauere Blick auf einige Fachgruppen:

Augenärzte

Der Leistungsbedarf der Augenärzte ist um 1,5 Prozent gestiegen. Diese Steigerung liegt unter der der Fachärzte insgesamt (2,7 Prozent), so dass den Augenärzten etwas weniger Geld zur Verfügung steht. Die Fallzahl ist gegenüber dem Vergleichszeitraum stabil geblieben, so dass sich insgesamt ein um 22 Cent niedrigerer Fallwert ergibt.

Chirurgen

Der Leistungsbedarf der Chirurgen sank um 2,5 Prozent, wodurch sich die Geldmenge – angesichts steigender Zahlen im Facharzt-Durchschnitt – um mehr als fünf Prozent verringert. Der Fallwert liegt 89 Cent unter dem Vorjahresniveau.

Gynäkologen

Der Leistungsbedarf der Frauenärzte blieb stabil – im Gegensatz zur Steigerung des Facharzt-Bereichs insgesamt. Dies reduziert

die Geldmenge, die den Frauenärzten im RLV/QZV-Bereich zur Verfügung steht, um 0,5 Millionen Euro (2,8 Prozent). Die Folge: Der Fallwert sinkt bei gleichbleibender Fallzahl um 26 Cent.

Fachärzte für Nervenheilkunde

Der Leistungsbedarf der Nervenärzte stieg um 2 Prozent, etwas weniger als der Facharzt-Durchschnitt. Dies reduziert die Mittel, die in den Topf der Fachgruppe fließen, um rund ein Prozent. Da die Fallzahl mit drei Prozent spürbar steigt, sinkt der Fallwert um 1,88 Euro (5,1 Prozent).

Orthopäden

Die Zahl der Ärzte stieg mit 27 Orthopäden deutlich, wobei zu beachten ist, dass viele der neu zugelassenen Orthopäden keinen vollen Versorgungsauftrag haben. Dies erklärt, warum der Leistungsbedarf leicht und die Menge der Mittel im Orthopäden-Topf um vier Prozent sinken. Der Fallwert rutscht um 2,83 Euro ab.

Urologen

Der Leistungsbedarf der Urologen ist rückläufig, so dass der Arztgruppe weniger Geld zur Verfügung steht. Da zudem die Fallzahl um rund ein Prozent zulegt, sinkt der Fallwert um 0,28 Cent.

Die Beispiele spiegeln den gesamten Trend wider, der deutliche Umsatzrückgänge in vielen Praxen nach sich zu ziehen drohte. Zum Glück gelang in Nordrhein ein zeitiger Abschluss der Honorarverhandlungen, die zudem mit 5,15 Prozent eine Steigerung der Gesamtvergütung bringen. Anfang Februar hat die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein die Fallwerte für das 1. Quartal 2013 deswegen nachträglich anheben können. Bei den Hausärzten steigen die Fallwerte um vier Prozent, bei den Fachärzten um sechs Prozent. Damit liegen die Fallwerte in 20 von 29 Fachgruppen über den Werten des Vorjahres.

■ FRANK NAUNDORF

HNO-Ärzte: Hintergründe zur Honorarsituation

In den vergangenen Wochen haben die HNO-Ärzte auf ihre unbefriedigende Honorarsituation aufmerksam gemacht. Warum ist das so? KVNO aktuell erklärt die komplexen Ursachen für das Absacken der HNO-Honorare.

Die Probleme gehen teilweise auf länger zurückliegende Entscheidungen zurück – in erster Linie auf vom Gesetzgeber initiierte EBM-Reformen, die unter anderem zur Zusammenfassung von Leistungen in Komplexen bzw. Fall-



In blauen T-Shirts protestierten gut 200 HNO-Ärzte am 10. Januar während einer Info-Veranstaltung der KV Nordrhein zur Bedarfsplanung gegen ihre unbefriedigende Honorarsituation. Auch auf den jüngsten Vertreterversammlungen waren sie präsent.

pauschalen führten. So fielen 2008 einzelne EBM-Positionen weg, was wiederum zu Honorarverlusten für einen Teil der HNO-Praxen führte. Darüber hinaus verursachte eine deutliche niedrigere Bewertung von HNO-Leistungen weitere Honorareinbußen.

Die Situation spitzte sich mit Einführung der RLV im Jahr 2009 zu. Im Gegensatz zu anderen Fachärzten haben die HNO-Ärzte keinen stetigen Fallzahlzuwachs verzeichnen können. Mit Einführung der Praxisgebühr im Jahr 2004 verloren die HNO-Ärzte rund zwölf Prozent ihrer Fallzahlen. Diesen Verlust konnte die Gruppe nicht aufholen – anders als andere Fachgruppen.

Verschärft werden die Probleme durch die geringe Gesamtvergütung in Nordrhein und eine deutlich höhere Facharzt-Dichte. Denn beides mindert den Umsatz. Die Zahl der HNO-Ärzte in Nordrhein liegt gut 45 Prozent höher als in Westfalen, wo aber nur gut zehn Prozent weniger Menschen leben. Dies wirkt sich auf die Zahl der Behandlungsfälle je Arzt aus: in Nordrhein sind es 1.042 Fälle, 18,6 Prozent weniger als in Westfalen-Lippe. Diese Entwicklung setzt sich beim Leistungsbedarf fort: Gegenüber dem Bundesdurchschnitt rechnet ein nordrheinischer HNO-Arzt 11,4 Prozent weniger Leistungen ab.

Umfangreiche Stützung

Die Umsätze der HNO-Ärzte in Nordrhein lagen mit durchschnittlich 31.347 Euro im 3. Quartal 2011 im Bundesvergleich an letzter Stelle. Die rote Laterne behielten die Praxen, auch nachdem die KV Nordrhein im Rahmen des Verlustausgleichs knapp 1,6 Millionen Euro an die HNO-Ärzte ausgeschüttet hatte.

Das war nicht die einzige Maßnahme, die den HNO-Ärzten helfen sollte: KBV und GKV-Spitzenverband vereinbarten ab Anfang 2012 neue EBM-Positionen für die HNO-Ärzte. Die Umsätze in Nordrhein stiegen in der Folge um 6,8 Prozent. Weitere Instrumente für eine Verbesserung setzte die KV Nordrhein ein. In den Jahren 2010 und 2011 stützte sie die RLV der HNO-Ärzte mit etwa sieben Millionen Euro; für den Ausgleich im Rahmen der Konvergenzregelung wurden seit 2009 weitere 10,6 Millionen Euro aufgewendet. Insgesamt flossen also zusätzliche 17,6 Millionen für diese Fachgruppe.

Mehr geht kaum. Zumindest nicht mit Blick auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, das Stützungen ganzer Fachgruppen für unzulässig erklärt hat. Und politisch sind weitere innerärztliche Stützungen umstritten. Denn sie könnten (bewusst) missverstanden werden nach dem Motto: Die Honorarsituation der HNO-Ärzte und anderer Fachgruppen sei lediglich ein innerärztliches Verteilungsproblem.

■ NAU

Rechte für Patienten kodifiziert

Am 2. Februar ist das Patientenrechtegesetz in Kraft getreten. Es soll die Rechte der Patienten stärken und bündeln. Ärztliche Körperschaften und Verbände prognostizieren mehr Bürokratie, höhere Haftungsrisiken und eine weitere „Verrechtlichung“ der Arzt-Patienten-Beziehung. Den Oppositionsparteien, Verbraucherschützern und Patientenorganisationen geht das Gesetz nicht weit genug. Was ändert sich?

Mit den Paragraphen 603a bis 630h hat der Gesetzgeber den „Behandlungsvertrag“ als Untertitel des „Dienstvertrags“ in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) eingefügt. Die neuen Vorschriften regeln eine Fülle von Pflichten der „Behandelnden“. Sie gelten nicht nur für Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten, sondern auch für nicht-akademische Gesundheitsberufe.

Nach den Worten der Bundesregierung schafft das Patientenrechtegesetz mehr Rechtsklarheit und Transparenz – aber kein neues Recht.

Dennoch ist nicht auszuschließen, dass das Gesetz zu einer Nejustierung im Rechtsverhältnis zwischen Ärzten und Patienten führt. So könnte die Möglichkeit, sich auf geschriebenes Recht zu berufen, bei manchem Patienten die Bereitschaft erhöhen, in juristische Auseinandersetzungen einzutreten. Die neuen Regelungen im Überblick:

Informationspflichten

Ärzte, Psychotherapeuten und Co. müssen ihre Patienten umfassend und verständlich unterrichten: Über Fehler, die im Laufe der Behandlung aufgetreten sind, hat ein Arzt „auf Nachfrage“ oder „zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren“ zu informieren. Dabei braucht ein Arzt Fehler, die für den Patienten folgenlos bleiben, nicht von sich aus zu offenbaren. Führt diese Information zu einer Selbstbelastung des Arztes, darf sie nur mit seiner Zustimmung vor Gericht verwendet werden.

Über Behandlungskosten, die unter Umständen nicht von Dritten erstattet werden, muss der Arzt den GKV-Patienten schriftlich informieren. Dies gilt insbesondere für Individuelle Gesundheitsleistungen.

Auch Patienten tragen Verantwortung für das Gelingen der Behandlung, etwa durch eine vollständige Information des Arztes im Rahmen der Anamnese.

Aufklärung

Ein Arzt hat den Patienten „über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände“ aufzuklären. Dazu gehören in der Regel Art, Umfang und Durchführung der Maßnahme, ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit und Erfolgsaussichten, aber auch mögliche Folgen, Risiken und eventuelle Behandlungsalternativen.

Die Aufklärung muss verständlich und „für eine wohlüberlegte Entscheidung“ rechtzeitig erfolgen. Das Gesetz verlangt ein mündliches Aufklärungsgespräch; Merkblätter oder andere schriftliche Informationen können die mündliche Aufklärung ergänzen – aber nicht ersetzen.

Einwilligung

Jede medizinische Maßnahme, vor allem „Eingriffe in den Körper oder die Gesundheit“ erfordern die Einwilligung des Patienten. Dabei gilt eine schweigende „Duldung“ nicht als Einwilligung. Ein Arzt muss den Patienten „aus-

drücklich und unmissverständlich" fragen, ob er in die Maßnahme einwilligt.

Bei einwilligungsunfähigen Patienten bedarf es der Einwilligung durch den gesetzlichen Betreuer bzw. den Bevollmächtigten. Nur bei nicht aufschiebbaren Maßnahmen kann auf die Einwilligung verzichtet werden. Die „Behandelnden“ müssen stets den mutmaßlichen Willen des Patienten beachten.

Dokumentation

Die Dokumentation hat in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung zu erfolgen. Ärzte und Psychotherapeuten müssen die Patientenakte in Papierform oder elektronisch führen. Berichtigungen und Änderungen sind nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt und der Zeitpunkt der Änderung erkennbar bleiben. Die Dokumentation ist nach Abschluss einer Behandlung zehn Jahre lang aufzubewahren.

Einsichtnahme durch Patient

Patienten ist die Einsicht in die Behandlungsakte auf Verlangen „unverzüglich“ und „vollständig“ zu gewähren. Gegen Kostensatz können Patienten auch eine Abschrift oder eine elektronische Kopie der Patientenakte verlangen. Persönliche Aufzeichnungen, die ein Arzt neben der Akte angefertigt hat, fallen nicht unter das Einsichtsrecht des Patienten.

Behandlungs- und Aufklärungsfehler

Steht der Verdacht eines Behandlungsfehlers im Raum, sieht das Gesetz Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten vor: Kann eine „wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis“ nicht dokumentiert werden, so „wird vermutet, dass (der Arzt) diese Maßnahme nicht getroffen hat“.

Bei einem „groben Behandlungsfehler“ kommt es sogar zu einer vollständigen Beweisumkehr zu Lasten des Arztes: Bis zum Beweis des Gegenteils gilt die Vermutung, dass ein grober Behandlungsfehler für eine eingetretene Verletzung ursächlich war. Dies gilt analog für einen

versäumten Befund, soweit dieser „mit hinreichender Wahrscheinlichkeit“ Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, deren Unterlassung wiederum grob fehlerhaft gewesen wäre.

Das Gesetz könnte sich als politischer Auftakt für noch weiter reichende Regelungen erweisen. Die Opposition im Bundestag hat beim Patientenrechtegesetz eine lange Wunschliste in das parlamentarische Verfahren eingebracht: von der Beweisumkehr auch beim „einfachen“ Behandlungsfehler über massive Reglementierungen von Selbstzahler-Leistungen bis hin zu einem Entschädigungsfonds etwa bei langwierigen Auseinandersetzungen in Arzthaftungsverfahren.

Diese Forderungen, die auch von Verbraucherschützern und Patientenorganisationen mitgetragen werden, bleiben auf der politischen Agenda und könnten bei einem Wechsel der politischen Mehrheiten in Berlin schon bald erneut im Parlament beraten werden.

■ JOHANNES REIMANN

Regelungen außerhalb des BGB

Das Patientenrechtegesetz regelt nicht nur den Behandlungsvertrag im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). Es bringt weitere Neuregelungen. Die wichtigsten davon in Kurzform:

- Gesetzliche Krankenkassen „sollen“ (bisher: „können“) Versicherte bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen unterstützen.
- Krankenkassen müssen Anträge von Versicherten innerhalb von drei Wochen (fünf Wochen bei Einschaltung des MDK) bearbeiten. Andernfalls gilt die beantragte Leistung als genehmigt.
- Versicherte, die sich in Selektivverträge eingeschrieben haben, können ihre Erklärung innerhalb von zwei Wochen gegenüber ihrer Krankenkasse widerrufen.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinen Richtlinien zum Qualitätsmanagement Regelungen zur Patientensicherheit (Etablierung von Risikomanagement bzw. Fehlermeldesystemen) zu beschließen.
- Die zuständigen Behörden können das Ruhen der Approbation anordnen, wenn ein Arzt nicht über eine (ausreichende) Berufshaftpflicht verfügt.

Schonender Eingriff

Von Rudolf Henke

Unsere Patientinnen und Patienten haben Anspruch auf eine individuelle, nach bestem ärztlichen Wissen und Gewissen gestaltete Behandlung und Betreuung. Diese kann nur gelingen, wenn wir Ärztinnen und Ärzte eine höchstpersönliche Verantwortung für die kranken Menschen übernehmen, die sich uns anvertrauen, und unser ärztliches Handeln zuallererst an ihrem Wohl orientieren. Die Entscheidungen im Behandlungsverlauf sollen fallen in einer vertrauensvollen, von partnerschaftlichem Zusammenwirken geprägten Patient-Arzt-Beziehung.

Diese sensible Beziehung verträgt keine Unterordnung unter die Vorgaben Dritter in den höchstpersönlichen Entscheidungen des Patienten



Foto: Jochen Rolfes

Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein

und in den diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen. Das nennen wir Therapiefreiheit, die ja keineswegs ein Privileg für uns Ärztinnen und Ärzte ist, sondern das Recht der Patienten auf ärztliche Kompetenz pur sichert.

Wie überhaupt das hier skizzierte partnerschaftliche Modell und weitere Vorschriften unserer ärztlichen Berufsordnung unerlässlich für die

Gewährleistung der Patientenrechte sind. Hinzu kamen bisher die allgemeinen Vorschriften des Vertragsrechts und des Haftungsrechts und nicht zuletzt ein in langen Jahren entwickeltes Richterrecht, das die Patientenrechte kontinuierlich gestärkt hat.

All dies hat Deutschland eine Spitzenstellung bei den Patientenrechten eingebracht, ohne dass Behandlungs- oder Arzthaftungsrecht in eigenen Paragraphen des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) formuliert waren.

Das wird sich mit dem neuen Patientenrechtegesetz ändern, das demnächst im Bundesgesetzblatt stehen wird. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr hat stets betont, dass dieses Gesetz das vertrauensvolle Patient-Arzt-Verhältnis stärken soll. So sehr diese Absicht zu begrüßen ist – aus ärztlicher Sicht erschien die Operation zunächst nicht unbedingt indiziert, zumal ein solches Vorhaben stets mit dem Risiko einer Überregulierung und einer dadurch hervorgerufenen Defensivmedizin behaftet ist.

Allerdings konnten wir schließlich die Argumentation der Bundesregierung

nachvollziehen, dass die Bündelung der Patientenrechte in einem Gesetz mehr Transparenz für die Patientinnen und Patienten schafft. Daher haben wir uns gegen das Vorhaben nicht gesperrt, zumal die erklärte Absicht eine Kodifizierung des geltenden Rechts, nicht aber dessen substantielle Änderung war.

Im Ergebnis lässt sich von einem schonenden Eingriff sprechen, der nicht zu einer Belastung der Patient-Arzt-Beziehung führen sollte – auch weil über die beschlossenen Regelungen weit hinausgehende Forderungen, etwa nach einer deutlich zu Lasten der Ärztinnen und Ärzte erleichterten Beweislastumkehr in Haftungsprozessen, nicht durchgedrungen sind.

Auch wenn das neue Patientenrechtegesetz im Kern tatsächlich die angekündigte Bündelung der Vielzahl von Vorschriften in verschiedenen Rechtsbereichen darstellt – wie die Rechtsprechung beispielsweise die nunmehr in eigenen BGB-Paragraphen formulierten Aufklärungs- und Dokumentationspflichten in konkreten Fällen anwenden wird, behalten wir aufmerksam im Blick.

Online abrechnen – Pflicht ab 3|2013

Ab dem dritten Quartal 2013 ist die Online–Abrechnung auch in der KV Nordrhein Pflicht.

Online–Information

www.kvno.de bzw. onlineabrechnung.kvno.de

Informationsveranstaltungen

Die Informationsveranstaltungen mit individueller Beratung werden von 10 bis 14 Uhr angeboten.

Die einstündigen Informationsvorträge finden jeweils um 10 und um 12 Uhr statt.

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 (mit einem gültigen Personalausweis bzw. Reisepass) beantragen und erhalten.

- Termine**
- 4. Mai 2013 Düsseldorf** | Haus der Ärzteschaft | Tersteegenstraße 9
 - 25. Mai 2013 Köln** | Bezirksstelle KVNO | Sedanstraße 10–16
 - 8. Juni 2013 Düsseldorf** | Haus der Ärzteschaft | Tersteegenstraße 9

Hotline	Competence Center IT in der Arztpraxis	Portal–Hotline
	Telefon 0211 5970 8005	Telefon 0211 5970 8500
	Telefax 0211 5970 8004	Telefax 0211 5970 9500
	E–Mail praxisedv@kvno.de	E–Mail portal@kvno.de

Anmeldung E–Mail: onlineabrechnung@kvno.de oder Telefax: 0211 5970 9544

4. Mai 2013	Düsseldorf Haus der Ärzteschaft Tersteegenstraße 9	<input type="checkbox"/> 10 Uhr	<input type="checkbox"/> 12 Uhr
25. Mai 2013	Köln Bezirksstelle KVNO Sedanstr. 10–16	<input type="checkbox"/> 10 Uhr	<input type="checkbox"/> 12 Uhr
8. Juni 2013	Düsseldorf Haus der Ärzteschaft Tersteegenstraße 9	<input type="checkbox"/> 10 Uhr	<input type="checkbox"/> 12 Uhr

Anzahl Teilnehmer/innen: Name/Praxisstempel:



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.



2 : 0 für den Bürokratieabbau

Anfragen von Krankenkassen erreichen die Praxen in Nordrhein täglich. Die meisten davon müssen Ärzte und Psychotherapeuten im Rahmen rechtlicher Regelungen beantworten. Doch fast täglich erreichen die Redaktion Formulare oder Anfragen, die nicht zulässig sind. Dagegen wehren wir uns gemeinsam mit den Praxen – und dies oft erfolgreich.

In der letzten Ausgabe von KVNO aktuell berichteten wir über den Fall eines Versicherten der Techniker Krankenkasse, der an einer „TK-Gesundheitswoche“ teilnehmen wollte. Ein Arzt sollte bescheinigen, ob gegen die Teilnahme an Schwimmübungen, Nordic Walking und Co ärztliche Bedenken bestünden und von welchen „aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen“ abgeraten werden müsse.

Der Versicherte suchte die Hausarztpraxis von Dr. Heiner Pasch auf, der bezweifelte, dass die im Kleingedruckten notierte Vergütung zulässig ist. Denn dort schreibt die TK: „Für

maßnahme eine Bescheinigung über die Sporttauglichkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ausstellen lassen und dafür eine Vergütung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab vorsehen. Baro forderte die TK auf, den Hinweis auf die Vergütung aus der Bescheinigung zu entfernen oder dafür zu sorgen, dass diese nicht mehr verwandt wird.

Mit Erfolg. Die Landesvertretung NRW der TK bestätigt die Bewertung der KV Nordrhein und sichert zu: „Die TK wird das bisher praktizierte Verfahren umstellen und das Formular der „ärztlichen Unbedenklichkeit“

verlangte, die als Basis für eine sozialmedizinische Beratung des Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) dienen sollte. Der Gynäkologe aus Grevenbroich schaltete die Bezirksstelle Düsseldorf ein.

Susanne Koewius von der Stabsstelle Recht der Bezirksstelle lehnte das Begehren der KKH in einem Brief rundherum ab, weil es gegen datenschutzrechtliche Anforderungen verstößt. Mehr noch: Die Praxis hätte sich im Falle einer Beantwortung der unzulässigen Anfrage dem Risiko einer Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht ausgesetzt – und das hätte sogar strafrechtliche Konsequenzen haben können.

Die KKH musste einräumen, dass die KV Nordrhein in allen Punkten Recht hatte, sicherte zu, alle Niederlassungen nochmals „ausdrücklich auf die datenschutzrechtlichen Bestimmungen hinzuweisen“, damit sich ein solcher Fall nicht wiederholt und bat Dr. Leblanc „unsere ausdrückliche Entschuldigung zu übermitteln“.

Tipps zum Umgang mit Anfragen der Krankenkassen und des MDK haben wir für Sie auf der folgenden Doppelseite zusammengefasst, die Sie aus dem Heft heraustrennen können.

■ NAU

KVNO kämpft für Sie

Melden Sie Ihren Fall der Redaktion

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

die Bearbeitung dieser Vorlage ist die Nr. 01620 BMÄ/E-GO berechnungsfähig.“ Der Hausarzt aus Kürten schaltet die Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein ein.

Annemarie Baro, Leiterin der dortigen Stabsstelle Recht, teilte der Kasse mit, dass ihr Vorgehen unzulässig sei. Es sei nicht vorgesehen, dass Kassen sich vor Durchführung der Präventions-

ab sofort nicht mehr verwenden.“ Dr. Heiner Pasch freut sich über das gute Ende der Aktion: „Das zeigt, dass es Sinn macht, sich gegen ungerechtfertigte Anliegen zur Wehr zu setzen.“

Sehr zufrieden mit dem Ausgang der Auseinandersetzung ist auch Dr. Richard Leblanc, von dem die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) Informationen über eine seiner Patientinnen



Tipps zum Umgang mit Kassen-Anfragen

Vertragsärzte müssen Anfragen der gesetzlichen Krankenkassen oder des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) beantworten – allerdings nur dann, wenn diese bestimmte formale und inhaltliche Anforderungen erfüllen. Das heißt in der Regel, dass die Anfragen auf den vereinbarten, nicht individualisierten Vordrucken zu erfolgen haben. Sonst kann eine Praxis die Antwort unter Umständen verweigern, um Verstöße gegen die ärztliche Schweigepflicht auszuschließen. Die folgende Übersicht enthält die wichtigsten Regelungen rund um die Auskunftspflichten der Vertragsärzte und -psychotherapeuten.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen

Jeder Vertragsarzt weiß: Zu den Pflichten im Rahmen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gehört, ärztliche Bescheinigungen und Berichte auszustellen, die die Krankenkasse oder der MDK für ihre gesetzlichen Aufgaben benötigen (§ 73 Abs. 2 Nr. 9 Sozialgesetzbuch V). Das gilt in bestimmten Fällen auch für andere Institutionen wie Sozial- und Versorgungsämter. Die Bundesmantelverträge und die Vordruckvereinbarung konkretisieren die gesetzlichen Grundlagen zur Auskunftserteilung.

Auskünfte auf vereinbarten Vordrucken

Für schriftliche Auskünfte sind grundsätzlich die vereinbarten Vordrucke zu verwenden. Die Gebührenordnungsnummer des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), nach der die Auskunftserteilung vergütet wird, ist jeweils auf den Vordrucken aufgedruckt. Die Pflicht zur Verwendung der vereinbarten Vordrucke gilt aber nicht nur für Ärzte, sondern auch für die Kassen. Werden auf einem vereinbarten Vordruck zusätzliche Fragen gestellt oder Fragen geändert, entspricht der geänderte oder zusätzliche Teil nicht mehr den bundesmantelvertraglichen Regelungen – die Beantwortung modifizierter Anfragen, auf deren Vordrucke beispielsweise zusätzliche Fragen auftauchen, kann der Vertragsarzt ablehnen. Nicht vereinbarte Vordrucke dürfen Kassen nur in Ausnahmefällen einsetzen.

Auskünfte auf nicht vereinbarten Vordrucken

Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten dürfen von den Kassen nur dann auf nicht vereinbarten Vordrucken angefordert werden, wenn kein vereinbarter Vordruck zur Klärung der Sachverhalte zur Verfügung steht. Wird eine Anfrage auf einem nicht vereinbarten



Vordruck gestellt, muss die Kasse die Rechtsgrundlage für die Auskunftspflichtung des Arztes angeben – und mitteilen, nach welcher Gebührenordnungsposition des EBM die erbetene Information vergütet wird.

Wichtig: Fordern Krankenkassen oder der MDK Informationen auf nicht vereinbarten Vordrucken, ohne die einschlägigen Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs V oder anderer Rechtsvorschriften zu nennen oder ohne die Vergütung anzugeben, können Ärzte die Auskunft verweigern. Sie sollten es sogar, da sie sonst Gefahr laufen, gegen die ärztliche Schweigepflicht zu verstoßen.

Denn Ärzte dürfen persönliche Patientendaten nur bei gesetzlicher Erlaubnis, bei Pflicht zur Auskunftserteilung und mit Einwilligung des Patienten offen legen (§ 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB). Grundsätzlich sind sie auch gegenüber Krankenkassen, dem MDK und anderen Behörden zur Verschwiegenheit verpflichtet.

Fazit: Ein Vertragsarzt kann die Auskunftserteilung grundsätzlich verweigern, wenn Kassen Informationen auf

- nicht vereinbarten oder modifizierten Vordrucken
- ohne Nennung der Bestimmungen des SGB oder anderer Rechtsvorschriften und/oder
- ohne Angabe einer Vergütung fordern

Anfragen und Berichte für den MDK

Die Vertragsärzte sind verpflichtet, dem MDK auf Anforderung bestimmte Informationen über Patienten zur Verfügung zu stellen – aber nur im Rahmen der Aufgabenerfüllung des MDK. Dies setzt voraus, dass die zuständige Krankenkasse den MDK im konkreten Fall beauftragt hat, zum Beispiel mit der Prüfung des Leistungsanspruches.

Fordert die Kasse Patientenunterlagen nur an, um im Vorfeld zu klären, ob der MDK einzuschalten ist, ist dies nicht zulässig.

Der MDK muss bei seiner Anfrage die Rechtsgrundlagen für seine Auskunftsberechtigung und die Auskunftspflichtung des Vertragsarztes angeben. Zusätzlich muss der MDK darlegen, zu welchem Zweck die erbetene Auskunft im Rahmen der Aufgabenerfüllung benötigt wird. Außerdem muss der MDK einen an ihn adressierten Freiumschlag beifügen.

Für den ausführlichen Bericht an den MDK soll das Vordruckmuster 11 der Vordruckvereinbarung verwendet werden. Dieser ist durch den MDK zu verwenden und wird mit der EBM-Nummer 01621 vergütet. Beim Muster 52 ist die EBM-Nummer 01622 ansetzbar.

Mehr Einfluss für Ärzte

Über Gesundheitspolitik reden viele – doch wer soll sie maßgeblich gestalten? Auf diese Frage gibt eine neue Studie der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK Auskunft: Patienten, Ärzte und ihre Verbände.

Im Gesundheitsmonitor 2012 wurden gesetzlich und privat Versicherte im Alter zwischen 18 und 79 Jahren in einer repräsentativen Stichprobe dazu befragt, wie groß der Einfluss verschiedener Gruppen auf die Gesundheitspolitik in Deutschland sein sollte. 78 Prozent der Befragten wünschten sich einen sehr großen oder eher großen Einfluss von Ärzten und ihren Verbänden auf die Gesundheitspolitik. „Das Ergebnis zeigt deutlich, dass die Versicherten ihren Ärztinnen und Ärzten und deren Vertretern in der ärztlichen Selbstverwaltung großes Vertrauen entgegenbringen“, sagte Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein.

Einen höheren Prozentsatz erzielte bei der Umfrage lediglich die Gruppe der Patientenverbände, die für 84 Prozent der Befragten großen Einfluss auf die Gesundheitspolitik nehmen sollten. Nur 67 Prozent der Befragten sprachen sich dafür aus, dass die Krankenkassen und ihre Verbände großen Einfluss nehmen sollten – ein Drittel der Befragten ist dagegen.

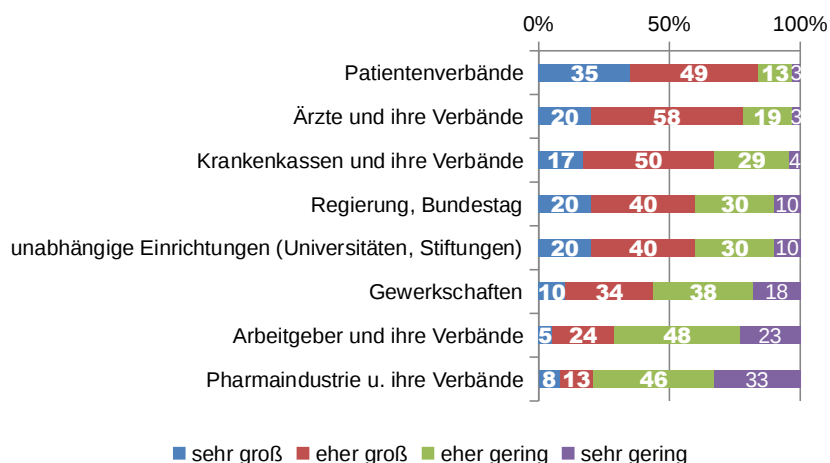
Für den Braunschweiger Professor Bandelow und sein Team, die diese und andere Fragen zur Gesundheitspolitik ausgewertet haben, waren die Ergebnisse aus der Umfrage „überraschend eindeutig“. In der Bevölkerung bestehe über parteipolitische Lager hinweg Einigkeit in wichtigen Fragen. Dagegen stoßen sowohl der politisch gewünschte Wettbewerb als auch die Gesundheitspolitiker selbst auf breite Skepsis.

Das Fazit der Forscher lautet: „Es lässt sich ein Auseinanderfallen der Überzeugungen

von Politikern und Wahlbevölkerung feststellen.“ Sie geben zu bedenken, dass wesentliche Reformstrategien der letzten Jahre im Widerspruch zu den Wünschen der Bevölkerung stehen.

Für Dr. Potthoff sind die Umfrageergebnisse keine Überraschung: „Der persönliche Kontakt zum Arzt oder Therapeuten schafft ein enges Vertrauensverhältnis, das sich nicht nur

„Wie groß sollte Ihrer Meinung nach der Einfluss folgender Einrichtungen und Verbände auf die Gesundheitspolitik sein?“



auf den Gesundheitszustand bezieht“. Das Arzt-Patienten-Verhältnis bestehe aus weit mehr als Untersuchung, Diagnose und Therapie. Ärzte wüssten am besten, was Patienten brauchen, um gesund zu bleiben oder zu werden – und das gilt auch für die Gestaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung. ■ TAM

Quelle: Gesundheitsmonitor 2012

Praxisgebühr weg – Überweisungsverfahren bleibt

Durch den Wegfall der Praxisgebühr zum 1. Januar 2013 ist bei Ärzten und Patienten die Frage aufgekommen, ob für den Besuch beim Facharzt noch eine Überweisung durch den Hausarzt notwendig ist. Diese Verunsicherung ist vor allem dadurch entstanden, dass viele Patienten die Überweisung lediglich als Quittung für die im aktuellen Quartal bereits gezahlte Praxisgebühr angesehen haben. Dadurch ist der eigentliche Zweck des Überweisungsverfahrens in den Hintergrund getreten.



Foto: Reena – fotolia.com

Am Überweisungsverfahren hat der Wegfall der Praxisgebühr nichts geändert.

Das Überweisungsverfahren ändert sich jedoch nicht durch den Wegfall der Praxisgebühr und gilt nach wie vor. Die Regelungen des Paragraphen 24 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) zum Überweisungsverfahren bleiben unverändert. Danach hat der Vertragsarzt diagnostische und therapeutische Leistungen durch einen anderen Vertragsarzt mittels Überweisung auf dem vereinbarten Vordruck zu veranlassen. Nach dem BMV-Ä sind vier verschiedene Überweisungsfälle möglich:

- Auftragsleistung
- Konsiliaruntersuchung
- Mitbehandlung
- Weiterbehandlung

Sinn des Überweisungsverfahrens und der damit verbundenen Berichtspflicht des annehmenden Vertragsarztes ist es unter anderem,

Mehrfachbehandlungen und Doppeluntersuchungen zu vermeiden und allen beteiligten Ärzten die notwendigen Informationen über die Medikation des Patienten zu liefern, um die Gefahr unerwünschter Arzneimittelinteraktionen zu verringern. Für Patienten, die in Hausarztverträgen eingeschrieben sind, ist eine Überweisung zu anderen Vertragsärzten ohnehin in den Hausarztverträgen vorgeschrieben. Es ist daher wichtig, dass alle Praxen vorgelegte Überweisungen anderer Vertragsärzte annehmen.

Ausnahme: Patienten ohne Überweisung eines Vertragsarztes dürfen mit Ausnahme der nachfolgenden Fachgruppen weder abgelehnt noch mit der Bitte um Nachreichung einer Überweisung zum behandelnden Hausarzt zurückgeschickt werden. Leistungen im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch das Mammographie-Screening sind grundsätzlich vom Überweisungsgebot ausgenommen.

Zwingend notwendig ist eine Überweisung für Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin.

Abgabe von Schienenverbänden nur in Notfällen

Gesetzliche Vorschriften schränken die Abgabe von Schienenverbänden (Knieruhigstellungsschienen und Immobilisationsschienen) durch Vertragsärzte auf Notfälle ein. Ab 1. März 2013 können Schienenverbände in der vertragsärztlichen Praxis nur noch bei der Versorgung von Notfällen abgegeben werden. Ärzte, die Schienenverbände abgeben, erhalten zur Erstattung der ihnen entstandenen Kosten eine Pauschale in Höhe von 32,55 Euro. Für die Abrechnung der Pauschale verwenden Sie bitte die Symbolnummer 90980. Wenn keine notfallmäßige Versorgung vorliegt, sind Schienen-

verbände nach den Hilfsmittelrichtlinien auf den Namen des Patienten zu verordnen.

Die Modifizierung der Vereinbarung war aufgrund der Regelungen im SGB V, die die Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte über Depots bei Vertragsärzten verbieten, notwendig geworden.

*Die Vereinbarung ist in der Dezember-Ausgabe 2012 des Rheinischen Ärzteblattes veröffentlicht und unter www.kvno.de | **KV 130221***

Kindervorsorge U10/U11 – Kündigung IKK classic

Die IKK classic hat die Kindervorsorge U10/U11 zum 1. Januar 2013 gekündigt. Im Rahmen einer Neuaufstellung des Produktangebotes richtet die IKK classic seit 2013 ein individuelles Gesundheitskonto für ihre Versicherten ein. Dieses beinhaltet auch die Vorsorgeuntersuchungen U10 und U11.

Eine Abrechnung dieser im Rahmen des Gesundheitskontos erbrachten Vorsorgen geschieht aber nicht über die Krankenversicherungskarte. Stattdessen erhalten die Erziehungsberechtigten eine Rechnung über die Untersuchung, die sie dann bei ihrer Krankenkasse zur Erstattung einreichen können.

Für HZV-Patienten Pseudoabrechnungsfall anlegen

Vertragsärzte, die Patienten versorgen, die in Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung eingeschrieben sind und ihre Leistungen nicht über die KV Nordrhein abrechnen, sollten für die Quartalsabrechnung einen sogenannten Pseudofall mit der Kennziffer 88192 anlegen. Im Rahmen der Quartalsabrechnung führt diese Kennziffer dazu, dass bei der Berechnung der Richtgrößen auch diese Fälle aus dem Selektivvertrag mit einfließen. Die Kennziffer kann ab sofort eingetragen werden und ist erforderlich, weil die KV Nordrhein diese Fälle sonst nicht erkennen kann.

Diabetisches Fußsyndrom: Strukturvertrag läuft weiter

Die KV Nordrhein hat mit der AOK Rheinland/Hamburg und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse vereinbart, dass der bisherige Strukturvertrag für die Versorgung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom auch 2013 unverändert fortgeführt wird. Die Verhandlungen zum Ordnungsmanagement, zum Beispiel für Verbandstoffe, laufen noch. Wir werden über das Ergebnis informieren.

J2 mit der Novitas BKK ab 1. Februar 2013 vereinbart

Analog zu den bereits bestehenden J2-Verträgen hat die KV Nordrhein mit der Novitas BKK ab 1. Februar 2013 einen Vertrag über die Früherkennungsuntersuchung vereinbart. Die J2-Früherkennungsuntersuchung richtet sich an Jugendliche zwischen 16 und 17 Jahren. Die Vergütung in Höhe von 50 Euro erfolgt zusätzlich zum Regelleistungsvolumen. Für die Abrechnung verwenden Sie bitte die Symbolnummer 91715. An der Vereinbarung teilnehmen können Kinder- und Jugendärzte, Fachärzte mit Nachweis über eine abgeschlossene Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin sowie Hausärzte, die jährlich mindestens sechs Fortbildungspunkte im Gebiet der Jugendmedizin nachweisen. Erbrachte Nachweise, die bereits für andere J2-Vereinbarungen vorliegen, gelten auch für den neuen Vertrag. Teilnahmeanträge erhalten Sie über Ihr Serviceteam sowie im Internet unter www.kvno.de zum Herunterladen. J2-Verträge gibt es bereits mit der Bergischen Krankenkasse, der pronova BKK, der Techniker Krankenkasse und der Knappschaft. **KV 130221**

Augenärztliche Vorsorge für Kinder mit der Knappschaft

Mit der Knappschaft hat die KV Nordrhein zum 1. Januar 2013 eine augenärztliche Vorsorgeuntersuchung zur frühzeitigen Entde-

ckung von Sehschwächen vereinbart. Diese augenärztliche Vorsorgeuntersuchung soll die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendmedizinern und Augenärzten fördern und ist als Ergänzung zu den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen gedacht. Anspruchsberechtigt sind alle Kinder zwischen dem 30. und 41. Monat sowie Kinder, die zu einer Risikogruppe gehören. Zu den Risikofaktoren zählt zum Beispiel, wenn bei den Eltern oder Geschwistern eine diagnostizierte Amblyopie, Schielen, größere Anisometropie oder eine deutliche Hyperopie vorliegen sowie Frühgeburten vor der 37. Schwangerschaftswoche. Bei Risikokindern sollte die Untersuchung bereits stattfinden, wenn die Kinder zwischen sechs und zwölf Monate alt sind.

Teilnehmen können alle niedergelassenen oder angestellten Augenärzte in Nordrhein. Die Teilnahme erfolgt durch Abrechnung der entsprechenden Leistung. Die Vorsorgeuntersuchung umfasst:

- die Anamnese des Kindes
- ophthalmologische Familienanamnese
- Sichtung eventueller Vorbefunde des Kinderarztes
- Visusbestimmung
- objektive Refraktionsbestimmung
- Untersuchung auf Stellung der Motilität
- morphologische Untersuchung
- ein entsprechendes Abschlussgespräch mit den Erziehungsberechtigten.

Über die Durchführung der Untersuchung wird ein Befundbogen erstellt. Das Original verbleibt in der Praxis, die Kopie erhält der betreuende Kinderarzt über die Erziehungsberechtigten. Sollten die Ergebnisse der Untersuchungen den Verdacht oder das Vorliegen einer Erkrankung bestätigen, sollte das Kind unverzüglich einer gezielten Diagnostik und Therapie zugeführt werden. Den Kindern soll möglichst innerhalb von sieben Tagen nach Kontaktaufnahme ein Untersuchungstermin angeboten werden, die Wartezeit für vorab vereinbarte Termine soll auf maximal 30 Mi-

nuten (Notfälle sind vorrangig zu behandeln) begrenzt werden.

Für die Durchführung der Untersuchung erhält der Augenarzt eine Vergütung von 40 Euro zusätzlich zum Regelleistungsvolumen. Die Knappschaft finanziert diese Leistung zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Für die Abrechnung verwenden Sie bitte die Symbolnummer 91721.

*Den Vertrag und den Befundbogen über die Untersuchung finden Sie unter www.kvno.de. Den Befundbogen können Sie auch über den Formularversand in Krefeld beziehen. Die Kontaktdaten finden Sie am Ende der Praxisinformation. **KV | 130222***

Qualitätssicherung Molekulargenetik und Sozialpsychiatrie

Bei der Qualitätssicherung Molekulargenetik und Sozialpsychiatrie-Vereinbarung ist ab Ende Februar 2013 eine kostengünstige Dokumentation über das KVNO-Portal möglich. Die erste Jahresstatistik der Qualitätssicherung Molekulargenetik für die Quartale II bis IV 2012 muss bis zum 31. März übermittelt werden. Wenn ein Portal-Zugang und ein eToken vorliegen, können die Daten ab Ende Februar mittels eines PDF-Formulars über das KVNO-Portal übermittelt werden. Das gleiche gilt für die Einführung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV). Hier beginnt die Datenerhebung im ersten Quartal. Zur Datenlieferung stellt die KV Nordrhein ab Ende Februar die Evaluationsbögen mit Ausfüllhilfen und Plausibilitätsprüfungen als PDF-Formulare zur Verfügung, damit eine schnelle und umfassende Auswertung der bundesweiten Evaluation erfolgen kann. Erforderlich sind ebenfalls nur ein KVNO-Portalzugang und ein eToken.

*Sie finden die PDF-Formulare unter www.kvno.de **KV | 130222***

Künstliche Befruchtung: Nach Geburt „Zähler auf 0“

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat hinsichtlich des Anspruchs auf Maßnah-

men zur künstlichen Befruchtung zu Lasten der GKV klargestellt, welcher Behandlungsanspruch nach einem erfolgreichen Behandlungsversuch, also nach der Geburt eines Kindes besteht. So hat ein Paar erneut Anspruch auf die für diese Maßnahme zulässige Höchstzahl an erfolglosen Versuchen. Die der Geburt vorangegangenen Versuche werden nicht angerechnet. Nach der Geburt eines Kindes wird der „Zähler wieder auf 0“ gestellt. Der Beschluss ist am 18. Dezember 2012 in Kraft getreten.

Sonstige Kostenträger: Neues Verletzungsartenverzeichnis

Zum 1. Januar 2013 ist das neue Verletzungsartenverzeichnis, Anhang 1 zum Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger in Kraft getreten. Die Anlage verfügt auch über ergänzende Erläuterungen, die zusätzliche Hinweise für die Zuordnung bestimmter Verletzungen geben.

Das Verletzungsartenverzeichnis und die ergänzenden Erläuterungen finden Sie unter www.kbv.de/Rechtsquellen | **KV | 130223**

Grenzüberschreitende Versorgung: GCi und IZOM

Seit über einem Jahrzehnt unterstützt die KV Nordrhein zusammen mit der AOK Rheinland/Hamburg die Aktivitäten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung im Dreiländereck Belgien, Deutschland und Niederlande. Vor allem Belgier und Niederländer profitieren von der fachärztlichen Versorgung auf deutschem Boden – verbessert wurde die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung durch die „GesundheitsCard international“ (GCi) und „IZOM – Versorgung nach Bedarf“. Jetzt hat sich das Verfahren geändert.

Parallel zur elektronischen Gesundheitskarte ist der Einsatz der GCi künftig nicht mehr möglich; deswegen musste die Gültigkeit der GCi auf das Jahr 2012 begrenzt werden – die grenzüberschreitende Versorgung aber läuft weiter.

Der Vorteil für die Praxen: Seit dem 1. Januar 2013 gibt es für Belgier und Niederländer eine elektronische Lösung und einheitliche Verfahren für die medizinische Versorgung der Versicherten der CZ (Niederlande) und der CKKVE (Belgien). So funktionieren das elektronische Verfahren eGCi und eIZOM:

- Die Versicherten der beteiligten Krankenkassenversicherer CZ (OHRA, Delta Lloyd) und CKKVE erhalten auf Antrag eine Ausweiskarte eGCi oder eIZOM mit Angaben zur Person und der (nach deutschen Regeln vergebenen) Krankenversicherungsnummer. Mit dieser Ausweiskarte kommen die Versicherten in eine fachärztliche Praxis.
- Die Praxis loggt sich auf das Web-Portal der AOK ein und gibt dort in einem geschützten Bereich die Krankenversicherungsnummer und das Geburtsdatum des Patienten ein.
- Wird die Anspruchsprüfung bestätigt, können die benötigten Unterlagen (Behandlungsschein, Verordnung etc.) in der Praxis ausgedruckt werden. Der Behandlungsschein enthält sämtliche Daten des Patienten und die Kassenummer für die Abrechnung.
- An der Abrechnungslegung gegenüber Ihrer Bezirksstelle ändert sich nichts.

Für Praxen ohne Internetzugang bietet die Geschäftsstelle der AOK in Aachen übergangsweise den Ausdruck der Unterlagen an.

*Ansprechpartner
Alexandra Classen
alexandra.classen@rh.aok.de*

*Mehr Infos unter
www.kvno.de
KV | 130223*

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



EBM: Änderungen im Laborbereich seit 1. Januar und zum 1. April 2013

Änderungen der Präambeln der Abschnitte 32.2 und 32.3 des EBM

In den Abschnitten 32.2 und 32.3 des EBM sind die vertraglich vereinbarten Kosten der laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen mit Euro-Beträgen ausgewiesen. Nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen werden seit 1. Oktober 2012 die Vergütungen der laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen nach Anwendung einer Abstaffelungsquote ausbezahlt. Im 4. Quartal 2012 betrug die Laborquote 95,36 Prozent, im 1. Halbjahr 2013 liegt die Laborquote bei 89,18 Prozent.

Seit 1. Januar 2013 wurden aus diesem Grund der Höchstpreis für die Laborleistungen des allgemeinen Labors und des Speziallabors neu festgesetzt. Dieser errechnet sich nunmehr aus den vertraglich vereinbarten Kosten nach Anwendung der Abstaffelungsquote. Der sich daraus ergebende Betrag stellt den Höchstpreis dar.

Für die Errechnung des Laborbudgets nach dem EBM werden allerdings weiterhin auch seit 1. Januar 2013 die unquotierten, vertraglich vereinbarten Kosten für die veranlassten und selbsterbrachten Laborleistungen zugrunde gelegt.

Zum 1. April: Änderungen bei Laborwirtschaftlichkeitsbonus und -budgets
Die Berechnungen des Laborwirtschaftlichkeitsbonus und des Laborbudgets werden zum 1. April 2013 vom Arzt- auf den Behandlungsfall umgestellt.

Für Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit

angestellten Ärzten werden die Höhe der Leistungsbewertung des Wirtschaftlichkeitsbonus (EBM-Nr. 32001) sowie die Fallpunktzahlen für die Errechnung des Laborbudgets nach Arztfällen gewichtet. Sind in einer Berufsausübungsgemeinschaft Ärzte einer Fachgruppe tätig, die keinen Wirtschaftlichkeitsbonus erhalten, gehen diese mit null Punkten in die arztgruppenbezogene Leistungsbewertung ein.

Des Weiteren werden ambulant-kurative Behandlungsfälle, die eine Kennnummer enthalten – zum Beispiel Kennnummer 32022 für „Manifester Diabetes mellitus“ – ab 1. April nicht mehr für den Laborwirtschaftlichkeitsbonus mitgezählt. Bislang blieben diese Fälle und deren Laborkosten lediglich bei der Bewertung der wirtschaftlichen Erbringung von Laborleistungen unberücksichtigt.

Im Falle der Behandlung von in Selektivverträgen eingeschriebenen Versicherten ohne Abrechnung von Leistungen über die KV, insbesondere bei Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, können Pseudofälle mit der Symbolnummer 88192 für selbsterbrachte oder veranlasste Fälle im Speziallabor angelegt werden. Diese so gekennzeichneten Fälle werden bei der Fallzählung für die Errechnung des Laborbudgets für das Speziallabor berücksichtigt. Der Wirtschaftlichkeitsbonus wird nicht ausgelöst, da er im Ziffernkranz enthalten ist.

Alle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomievertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen. Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter www.kvno.de **KV | 130224**

Ausnahme bei Antirheumatika-Kombi-Präparaten

Antiphlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen können nicht auf einem Kassenrezept verordnet werden. Es gibt nun eine Ausnahme: Verordnen können Sie fixe Kombinationen aus einem NSAR mit einem Protonenpumpeninhibitor (PPI) bei Patienten mit hohem gastro-duodenalen Risiko, bei denen die Behandlung mit niedrigen Dosen des NSAR und/oder PPI nicht ausreichend ist. Derzeit gibt es nur ein Handelspräparat in der fixen Kombination aus Naproxen und Esomeprazol.

NSAR-Komplikationen

Diese Änderung der Anlage 3 der Arzneimittel-Richtlinie Nr. 18 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen. In der Begründung zu der Beschlussfassung nennt der G-BA zusätzlich Risikofaktoren für die Entstehung von NSAR assoziierten Komplikationen. Hierzu zählen:

- hohes Alter
- gleichzeitige Anwendung von Antikoagulantien, Kortikosteroiden, anderen NSAR einschließlich niedrig dosierter Acetylsalicylsäure
- signifikante kardiovaskuläre Erkrankungen
- gastrische und/oder duodenale Ulcera in der Vorgeschichte

Der G-BA bestätigt erneut, dass es keine Rechtfertigung für eine Ausnahmeregelung für die

Kombination aus Diclofenac und Misoprostol wegen der schlechteren Verträglichkeit von Misoprostol im Vergleich zu PPI gebe. Das Kombinationspräparat Arthotec kann also weiterhin nicht auf einem Kassenrezept verordnet werden.

Vitamin D als Monopräparat

In der OTC-Liste (Anlage 1 der Arzneimittel-Richtlinie) wird unter Nr. 11 die Verordnungsfähigkeit von Calcium und Vitamin D erweitert um die Verordnungsfähigkeit von „Vitamin D als Monopräparat bei ausreichender Calciumzufuhr über die Nahrung“. Somit können Sie künftig auch nicht rezeptpflichtige Vitamin D-Monopräparate auf einem Kassenrezept verordnen, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Behandlung der manifesten Osteoporose
- zeitgleiche Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmonatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonequivalent bedürfen
- Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit

Die neuen Bestimmungen treten nach Prüfung durch das Bundesgesundheitsministeriums und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Liste fiktiv zugelassener Arzneimittel aktualisiert

Arzneimittel mit einer fiktiven Zulassung können aufgrund einer Entscheidung des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 2005 nicht auf einem Kassenrezept verordnet werden. Hierzu gehören beispielsweise AHP und Pentalong, bei deren Verordnung einzelne Krankenkassen Prüfanträge stellen.

Von der Liste der fiktiv zugelassenen Arzneimittel wurden Gentamycin-Salbe, Hydrocortison-POS und Laif 900 gestrichen, weil die Hersteller mittlerweile eine Zulassung erhalten haben. Gynodian Depot, das ebenfalls fiktiv zugelassen war, ist seit dem ersten Januar 2013 nicht mehr im Handel.

Eine aktuelle Liste der fiktiv zugelassenen Arzneimittel finden Sie unter www.kvno.de

KV | 130225

Mit Ausrufezeichen – Abgabe großer Arzneimengen

Seit November 2012 gelten zum Teil neue Regelungen bei der Abgabe großer Arzneimittelpackungen, da eine Übergangsfrist für die Packungsgrößen-Vereinbarung abgelaufen ist. So können Packungen nicht von der Apotheke abgegeben werden, wenn sie größer sind als die größte so genannte Normpackung.

Beim Parkinsonmittel Pramipexol beispielsweise liegt die größte Normgröße N3 bei 100 Stück; die Abgabe einer 200er Packung ist somit nicht mehr möglich. Die großen Packungen werden vom Markt genommen. Gleiches gilt beispielsweise für Levodopa/Benserazid, wohingegen bei Levodopa/Carbidopa die N3-Packung bei 200 Stück geblieben ist. Die neuen Packungsgrößen sind in der Praxissoftware hinterlegt.

Nach wie vor können Sie aber auch größere Mengen verordnen. Bei der Verordnung von Pramipexol 200 Stück müssten Sie allerdings einen gesonderten Vermerk, zum Beispiel ein Ausrufezeichen, auf dem Rezept angeben. Dann darf die Apotheker 2x100 Stück abgeben; der Patient muss auch zweimal zuzahlen. Bei der Verordnung von Paracetamol plus Codein 100 Stück auf einem Kassenrezept müsste der Apotheker nunmehr fünfmal 20 Stück abgeben – mit insgesamt 25 Euro Zuzahlung für den Patienten. Bei der Verordnung von kleinen Stückzahlen kann der Apotheker weiterhin die kleine Packung abgeben, wenn diese kleiner als die größte Normpackung ist. So können beispielsweise sieben Stück Omeprazol 20 mg verordnet und abgegeben werden, auch wenn die kleinste Normgröße 30 Stück beträgt.

KV Nordrhein versendet weiter grüne Rezepte

Die KV Nordrhein stellt Praxen auch künftig grüne Rezepte zur Verfügung. Sie können weiter über den Formularversand angefordert werden.

Auf den grünen Rezepten können Ärzte nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel verordnen, was natürlich auch auf einem Privatrezept möglich ist.

Seit Anfang 2004 kooperieren die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und der Apothekerverband Nordrhein bei der Bereitstellung von „Grünen Rezepten“ an die Praxen. Gut zwei Millionen dieser

Rezepte stellen die niedergelassenen Ärzte in Nordrhein jährlich aus. Ein Grünes Rezept dient vor allem zwei Zielen:

- Es informiert den Patienten, dass die Anwendung des so verordneten Medikamentes zwar medizinisch sinnvoll ist, die Kosten jedoch nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden.
- Es dient als Merkhilfe für den Patienten bezüglich Name, Wirkstoff- und Packungsgröße.

Die Patienten müssen die Kosten für diese Arzneien selber tragen. Häufig sind die Präparate jedoch günstiger als eine Zuzahlung von fünf bis zehn Euro bei verschreibungspflichtigen Mitteln.

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

Arzneimittel-Umsätze steigen um 3,1 Prozent

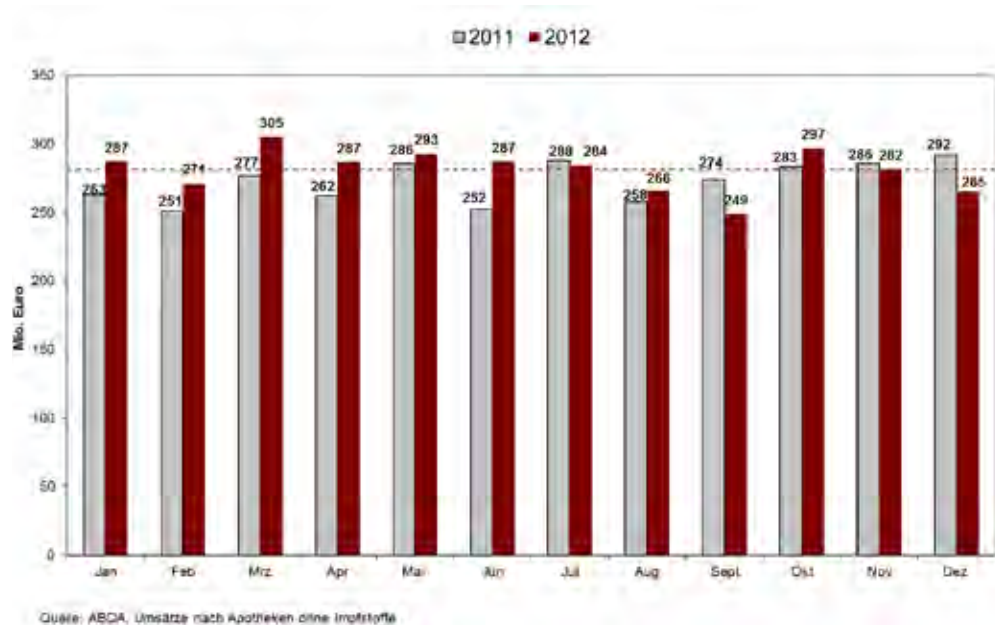
Die Ausgaben für Arznei- und Verbandmittel sind in Nordrhein in 2012 um 3,1 Prozent gegenüber dem Vorjahr gestiegen und lagen bei 3,37 Milliarden Euro. Bundesweit stiegen die Ausgaben um 1,5 Prozent. Dies geht aus aktuellen Abrechnungszahlen der Apothekenrechenzentren hervor.

den Wechsel auf neue und teure Arzneimittel zustande. Der im Vergleich zum Bundesdurchschnitt etwas stärkere Ausgabenanstieg in Nordrhein beruht hauptsächlich auf der Versorgung von Patienten mit mehr Spezialpräparaten beispielsweise im Bereich HIV oder Onkologie.

Die bundesweiten Ausgabenanstiege sind damit moderater als in den vergangenen Jahren. Dies ist nach einer Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen besonders auf den Rückgang der durchschnittlichen Arzneimittelpreise, vor allem im Festbetrags- und Generikamarkt zurückzuführen. Ausgabenzuwächse kommen somit durch Mehrverordnungen und durch

Arzneimittelausgaben in Nordrhein

Das Diagramm zeigt die monatlichen Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein.



Sonderdrucke zu Arznei- und Heilmitteln

Als Beileger dieser Ausgabe von KVNO aktuell erhalten Sie ein Sonderheft zur Arznei- und Heilmittelvereinbarung und einen Patienten-Flyer zur Verordnung von Arzneimitteln. Das Sonderheft stellt unter anderem die Änderungen gegenüber dem Vorjahr dar; besonders die Änderungen bei der Heilmittelvereinbarung (siehe auch die Fragen und Antworten auf Seite 40 und 41). Eine Patienteninformation zum Thema Arzneimittel wurde als Flyer aufbereitet und geht auf die

häufigsten Fragen zur Arzneimittelverordnung ein. Bei aut idem, Rabattverträgen und Einschränkungen durch die Arzneimittel-Richtlinie wollen wir Sie in den Diskussionen mit den Patienten unterstützen.

Weitere Flyer zur Auslage in Ihrer Praxis können Sie anfordern bei:



KV Nordrhein
Gernot Grothe
Telefon 0221 7763 6267
Telefax 0221 7763 6266
gernot.grothe@kvno.de

Was bringt die neue Bedarfsplanung?

Am 1. Januar 2013 trat die neue Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in Kraft. Neun Tage später diskutierte ein prominentes Podium im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf über die Möglichkeiten der künftigen Bedarfsplanung – und über deren Grenzen.

Neue Richtlinie – neue Hausarzt-Sitze Prognose auf Basis der neuen Verhältniszahlen

Kreis / kreisfreie Stadt	neu
Aachen, Land	24
Aachen, Stadt	0
Bonn	0
Düren	6
Düsseldorf	0
Duisburg	0
Essen	0
Euskirchen	10
Heinsberg	22
Kleve	32
Köln	0
Krefeld	0
Leverkusen	0
Mettmann	35
Mönchengladbach	0
Mühlheim (Ruhr)	0
Oberbergischer Kreis	21,5
Oberhausen	0
Remscheid	0
Rheinisch-Bergischer Kreis	18
Rhein-Erft-Kreis	45,5
Rhein-Kreis Neuss	34,5
Rhein-Sieg-Kreis	46
Solingen	6
Viersen	26
Wesel	9
Wuppertal	10
SUMME	345,5

Den Reigen eröffnete Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein (KVNO). Mit Nachdruck warb er dafür, sich im Kontext einer modernen Versorgungsplanung auf entfernte Horizonte von zwanzig oder dreißig Jahren einzustellen. Potthoff verwies auf den langen Vorlauf im Werdegang eines Vertragsarztes: „Die Neumitglieder, die wir in der KV begrüßen, haben sich vor zehn bis zwölf Jahren für ihren Berufsweg entschieden, selbst die Entscheidung für ihre Fachrichtung liegt dann schon vier bis sechs Jahre zurück.“

KVNO blickt in die Zukunft

Um ihren Anspruch als Planungs- und Sicherstellungsinstanz zu untermauern, so Potthoff, be-

nötigten die KVen spezifisches Know how in der Analyse von Versorgungsdaten. Potthoff stellte einen Versorgungsreport der KV Nordrhein in Aussicht mit Prognosedaten für künftige Ressourcen und Bedarfe der ambulanten Versorgung. Gleichzeitig schränkte Potthoff ein: „Planung ist noch keine Planerfüllung! Eine Richtlinie allein wird die Welt nicht ändern.“

Um die ambulante Sicherstellung auf Dauer zu gewährleisten, sei ein breites Portfolio an Strategien und Maßnahmen erforderlich. Potthoff: „Faire Vergütung, Planungssicherheit und gute Arbeitsbedingungen sind Faktoren, die wir als KV beeinflussen können.“ Aber auch andere Akteure seien in der Pflicht, um junge Ärztinnen und Ärzte dafür zu gewinnen, in Nordrhein zu leben und zu arbeiten.

Mehr als 200 HNO-Ärzte nutzten die Veranstaltung, um auf die Honorarsituation ihrer Fachgruppe aufmerksam zu machen. Mit den aktuellen HNO-Fallwerten sei die Sicherstellung für ihre Patienten gefährdet. Langfristige Planungen könnten sich als gegenstandslos erweisen, wenn viele HNO-Praxen bereits heute in prekärer wirtschaftlicher Lage seien.

NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens sprach sich in ihrem Statement dafür aus, die Gegenwarts- und die Zukunftsperspektive in der Bedarfsplanung nicht gegeneinander auszuspielen. Die Sorge um die aktuellen Probleme dürfe keine Rechtfertigung dafür sein, sich einer langfristigen Betrachtung zu verweigern. Keinen Hehl machte die Ministerin

aus ihrer Überzeugung, dass die Länder mehr Planungskompetenzen benötigten, als sie der Bundesgesetzgeber im Versorgungsstrukturgesetz zugestanden habe.

Sonderregelung Ruhrgebiet

Besonderes Augenmerk richtete Steffens auf die Festlegung des G-BA für das Ruhrgebiet. Dort werden die „alten“ Verhältniszahlen für weitere fünf Jahre fortgelten. Erst danach kann eine gesonderte Betrachtung des Ruhrgebiets entfallen – sofern der G-BA bis dahin nicht eine besondere Regelung trifft. Im Klartext bedeutet dies für die Städte und Kreise im Ruhrgebiet weniger Ärzte und Psychotherapeuten als in entsprechend großen Kommunen außerhalb des Ruhrgebiets.

Eine dauerhafte Benachteiligung des Ruhrgebiets, so die Ministerin, werde sie keinesfalls akzeptieren. Dagegen warb sie um Verständnis für eine Übergangsfrist. Andernfalls entstünde im Ruhrgebiet per Stichtag eine beträchtliche Anzahl freier Arzt- und Psychotherapeutenplätze; mit der Folge, dass es künftig noch schwieriger sei als heute, Ärzte und Psychotherapeuten für ländliche Kreise etwa im Sauerland oder in der Eifel zu gewinnen.

Kleinräumige Planung

Dr. Bernhard Gibis, Dezernatsleiter der KBV, erläuterte die Grundzüge der neuen Richtlinie. Ein echtes Novum ist danach die kleinräumige Planung der hausärztlichen Versorgung in „Mittelbereichen“. Davon gibt es in Nordrhein 94. In der alten Planung bildeten 27 Kreise und kreisfreie Städte die hausärztlichen Planungsbezirke.

Der Neuzuschnitt der Planungsbezirke ist laut Gibis nur einer von mehreren Bausteinen, um eine bedarfsgerechte räumliche Verteilung ambulanter Versorgungsressourcen zu erreichen. Weit mehr noch sorgen weit reichende Optionen, von den Vorgaben der Richtlinie abzuweichen, für flexible Gestaltungsmöglichkeiten vor Ort. Erlaubt sei in diesem Zusammenhang fast alles, was mit Blick auf lokale oder sonstige Besonderheiten plausibel und vor allem „gerichtsfest“ begründet werden könne.

Matthias Mohrmann, Mitglied des Vorstands der AOK Rheinland/Hamburg, unterstrich die Bedeutung einer flächendeckenden ambulanten Versorgung. Dieses Ziel sei nicht allein durch eine verbesserte Planung zu erreichen. Vielmehr müsse Ärzten für die Tätigkeit in struk-

Allgemeine fachärztliche Versorgung Prognose auf Basis der neuen Verhältniszahlen

Fachgruppe	neu	Wo?
Augenärzte	3	KLE (1,5), GL, BM, NE (je 0,5)
Chirurgen	1	KLE
Frauenärzte	1	KLE, VIE (je 0,5)
Dermatologen	3	AC (0,5), GL, NE, VIE (0,5)
HNO-Ärzte	2	AC, GL (0,5), VIE (0,5)
Kinder- und Jugendärzte	0	
Nervenärzte	0,5	GL
Orthopäden	0,5	KLE
Psychotherapeuten	28,5	KLE (22), GM (5), VIE (1,5)
Urologen	1,5	KLE (0,5), NE

Die KV Nordrhein hat eine Prognose erstellt, die die möglichen Auswirkungen der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie für das Rheinland zeigt. Die Prognose finden Sie im Internet unter www.kvno.de
KV | 130229

Mit den Vorbereitungen auf Landesebene kann zeitnah begonnen werden

Derzeit stimmen Krankenkassen, Krankenhausesellschaft und die KV Nordrhein den Bedarfsplan für das Rheinland ab; das Landesgesundheitsministerium und Patientenvertreter beraten sie dabei.

01.01.2013	Inkrafttreten der Richtlinie
15.02.2013	Beschlüsse zu Beplanung der Gesonderten Fachärztlichen Versorgung
01.07.2013	Spätester Termin zur Umsetzung der neuen Bedarfsplanung

turschwachen Regionen gezielte Hilfe und Unterstützung geboten werden. Nach Mohrmanns Ansicht ist der stationäre Sektor im Rheinland zu groß; ihn gelte es zu verschlanken – und dafür die ambulante Versorgung zu stärken.

Kommune fördert Kooperation

Aus Sicht einer Kommune erläuterte Peter-Olaf Hoffmann, Bürgermeister der Stadt Dormagen, die entsprechenden Handlungsoptionen, zeigte aber auch die Grenzen kommunalen Engagements auf. So könne etwa die Gewährung allzu großzügiger individueller Vorteile den Vorwurf der Untreue nach sich ziehen. Hoffmann lobte die Qualität der innerärztlichen Vernetzung in Dormagen und die

Kooperation der Ärzte mit anderen Professionen und Strukturen wie etwa der Pflege. Diese lokalen Strukturen fördere und unterstütze die Stadt nach Kräften.

Die Beiträge der Referenten boten Anlass zu zahlreichen Nachfragen aus dem Plenum. Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender der Vertreterversammlung, verwies in seinem Statement auf die fehlende Finanzierung derjenigen Arztsitze, die durch die Reform der Bedarfsplanung künftig neu hinzutreten. Mit Blick auf die Proteste der HNO-Ärzte stellte er fest, dass in diesem Szenario ein weiteres Absinken der Regelleistungsvolumina programmiert sei. ■ JOHANNES REIMANN

„Großer regionaler Spielraum“

Die neue Bedarfsplanung wurde mit Spannung erwartet – schließlich soll die neue Richtlinie dabei helfen, auf Lücken bei der ambulanten ärztlichen Versorgung regional besser reagieren zu können. KVNO aktuell sprach mit dem zuständigen KBV-Dezernenten Dr. Bernhard Gibis über Stärken und Schwächen der neuen Bedarfsplanung.

Herr Dr. Gibis, in der Berichterstattung über die neue Bedarfsplanung heißt es oft: guter Ansatz, aber kein großer Wurf. Wie beurteilen Sie die neue Richtlinie?

Gibis: In der Tat handelt es sich um keine Revolution, sondern um eine Evolution der Bedarfsplanung. Gewachsene Versorgungsstrukturen müssen weiterentwickelt und nicht von heute auf morgen gekappt wer-

den. Dafür ist die Versorgung hierzulande, auch im internationalen Vergleich, viel zu gut, um solche Einschnitte vornehmen zu müssen.

Ein großes Thema in der Öffentlichkeit ist der zunehmende Ärztemangel, vor allem in ländlichen Regionen. Kann die neue Planung dabei helfen, das Problem zu lösen?

Gibis: Die neue Bedarfsplanung zeigt besser auf, wo regionale Versorgungsunterschiede und auch Benachteiligungen bestehen. Es wird leichter als bisher sein, Sicherstellungszuschläge, Wegfall von Abstufungsmaßnahmen sowie weitere Instrumente zur Förderung der Niederlassung regional zu nutzen. Ob das allein ausreicht, bleibt abzuwarten – hier wird es Allianzen mit dem Land, den Kommunen und natürlich auch mit den Krankenkassen brauchen.

Für Nordrhein relevant ist der Sonderstatus des Ruhrgebiets. Aus welchen Gründen wird die Region überhaupt gesondert betrachtet?

Gibis: Aufgrund struktureller Besonderheiten – etwa großstädtische Verkehrsvernetzung und hohe Krankenhausdichte – weist das Ruhrgebiet traditionell eine geringere ambulante Arztdichte auf. Auch liegen keine belastbaren Informationen darüber vor, dass die schon lange bestehende, geringere Arztdichte in der besonderen Situation des Ruhrgebiets zu gravierenden Versorgungsbenachteiligungen geführt hat.

Das Ruhrgebiet behält seinen Sonderstatus für weitere fünf Jahre. Warum ist es dabei geblieben?

Gibis: Auf Bitten der Landesvertragspartner wurde an der Fortführung dieses Sonderstatus in der Richtlinie festgehalten – allerdings befristet. Wenn die Angleichung des Ruhrgebiets an bundesweite Einwohner/Arzt-Durchschnitte regional gewünscht wird, erfordert dies Übergänge. So etwas lässt sich nicht über Nacht ohne Verwerfungen realisieren. Die Beteiligten im Gemeinsamen Bundesausschuss waren sich einig, dass fünf Jahre für diesen Übergang ein geeigneter Zeitraum sein können.

Was wäre denn passiert, wenn die neuen Strukturen und Verhältniszahlen auch auf diese Sonderregion angewendet worden wären?

Gibis: Schon heute gibt es Versorgungspässe auch in ländlichen Regionen Nordrhein. Nehmen Sie zum Beispiel den Niederrhein: Mit einer sofortigen Öffnung des Ruhrgebiets für nahezu alle Fachgruppen wird die Versorgung in solchen Regionen noch schwieriger. Und dann ist da noch die Finanzierungsfrage: Wer kommt für hunderte neue Stellen



im Ruhrgebiet auf? Ohne die Klärung solcher Fragen ist eine Angleichung der Verhältniszahlen im Ruhrgebiet schwer vorstellbar.

Die Psychotherapeutenkammer NRW beklagt, dass im Ruhrgebiet die Schere zwischen Angebot und Nachfrage bei der Psychotherapie besonders weit auseinander geht und sich daran nichts ändert. Wie beurteilen Sie die Lage?

Gibis: In der Tat ist die psychotherapeutische Versorgungsdichte im Ruhrgebiet vergleichsweise niedrig, auch niedriger als in ländlichen Gebieten. Da hilft es auch nicht, darauf zu verweisen, dass das psychotherapeutische Versorgungsangebot im Ruhrgebiet höher ist als beispielsweise in Frankreich, da nahezu alle anderen öffentlich finanzierten europäischen Gesundheitssysteme diese Form der Versorgung nicht kennen. Kurzum: Von der Angleichung des Ruhrgebiets an die bundesweiten Verhältniszahlen würde auch die psychotherapeutische Versorgung profitieren.

■ DR. HEIKO SCHMITZ FÜHRTE DAS GESPRÄCH.

Dr. med. Bernhard Gibis ist Leiter des für die Bedarfsplanung zuständigen Dezernats bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Berlin.

Sicherstellung ja – mit Bedingungen

Nachdem der GKV-Spitzenverband die Honorarverhandlungen im vergangenen Jahr für Angriffe auf die Ärzteschaft genutzt hatte, startete die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Gegenoffensive. Sie initiierte unter anderem eine Befragung aller Vertragsärzte und Psychotherapeuten, die mitteilen sollten, ob beziehungsweise unter welchen Bedingungen sie für einen Verbleib des Sicherstellungsauftrags bei der ärztlichen Selbstverwaltung plädieren. Ergebnis: Drei Viertel der Befragten sprechen sich dafür aus – ein schlichtes „Weiter so“ aber will fast niemand.

Unumstritten war die Befragung nicht – es gab nicht wenige Stimmen, die fürchteten, dass der Schuss nach hinten losgehen könnte. Was wäre gewesen, wenn sich nur ein Bruchteil der befragten Mediziner und Therapeuten überhaupt geäußert hätte und die Aussagekraft der Umfrage in einem so zentralen Punkt zu wünschen übrig gelassen hätte? Was, wenn sich eine erhebliche Zahl der Befragten tatsächlich für die „Rückgabe“ des Sicherstellungsauftrags ausgesprochen hätte?

Große Beteiligung

Inzwischen sind die meisten Bedenken zerstreut. Erstens haben sich rund 80.000 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten an der Befragung beteiligt. Und zweitens sprechen sich 76 Prozent der Befragten dafür aus, dass der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung in den Händen der ärztlichen Selbstverwaltung bleibt.

Aber: Zwei Drittel der Ärzte und Psychotherapeuten sind nur dafür, wenn sich die Rahmenbedingungen entscheidend ändern. „Vor dem Hintergrund, dass lediglich zehn Prozent der Befragten alles so belassen wollen, wie es jetzt ist, zeigt sich, dass die Unzufriedenheit bei den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten groß ist“, sagte Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Kostendeckende Preise

Zu den Kernforderungen zählen feste, kostendeckende Preise (94 Prozent), Selbstbestimmung über Form und Inhalt der ärztlichen Fortbildung (93 Prozent) sowie Wiederherstellung der diagnostischen und therapeutischen Freiheit (85 Prozent). Die Mengensteuerung dürfe nicht zur Absenkung der Einzelleistungen führen (91 Prozent). Um den Sicherstellungsauftrag aufrechterhalten zu können, sei die ambulante Behandlung Sache der Vertragsärzte und nicht der Krankenhäuser (83 Prozent). Bei Verordnungen solle es künftig keine Regresse mehr geben. Dieser Forderung stimmten 71 Prozent der Befragten zu. Für eine Auslagerung des Sicherstellungsauftrags aus der ärztlichen Selbstverwaltung, beispielsweise in die Verantwortung des Staates oder der Krankenkassen, plädierten nur sechs Prozent der Befragten.

■ HSCH

Die Befragung

Im Auftrag der KBV hat das Meinungsforschungsinstitut infas die rund 150.000 niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland zwischen November 2012 und Januar 2013 befragt, ob und unter welchen Bedingungen sie die ambulante Versorgung künftig sicherstellen wollen und können. Mehr als die Hälfte der Mediziner, fast 80.000, beteiligte sich daran. 76 Prozent waren dafür, dass die ärztliche Selbstverwaltung den Sicherstellungsauftrag behält, 66 Prozent aber stellten Bedingungen dafür. Alle Ergebnisse unter www.kbv.de | KV | 130232

Dr. Brigitte Schmelzer gestorben

Plötzlich und unerwartet ist am 10. Februar 2013 die langjährige Vorsitzende der Kreisstelle Kleve der KV Nordrhein, Dr. Brigitte Schmelzer, im Alter von nur 63 Jahren gestorben. Die Augenärztin aus Goch engagierte sich seit vielen Jahren ehrenamtlich in der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein für die



Belange der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen. Vor 23 Jahren wurde Sie zur Kreisstellenvorsitzenden des Kreises Kleve gewählt, ein Vorsitz, den sie bis zu ihrem Tode innehatte. Drei Wahlperioden lang (1993 bis 2004) war sie Mitglied der Vertreterversammlung der KV Nordrhein sowie von 1997 bis 2000 Mitglied des Vorstandes.

Von 1989 bis zur Organisationsreform im Jahr 2005 war sie Mitglied des Verwaltungsrates der Bezirksstelle Duisburg, danach bis zu ihrem Tod im Bezirksstellenrat der Bezirksstelle Düsseldorf. Weitere Stationen ihres ehrenamtlichen Wirkens waren die Mitgliedschaft im Finanz- und Honorarverteilungsausschuss der KV Nordrhein sowie vier Jahre Vorsitz im Honorarverteilungsausschuss. Sie engagierte sich im Notfalldienstauschuss der Kreisstelle Kleve, war Mitglied der Kerngruppe des Euregionalen Forums im Kreis und vertrat die Kreisstelle auch bei der Kommunalen Pflege- und Gesundheitskonferenz. Im Kreis Kleve kannte man sie auch als Schöffin.

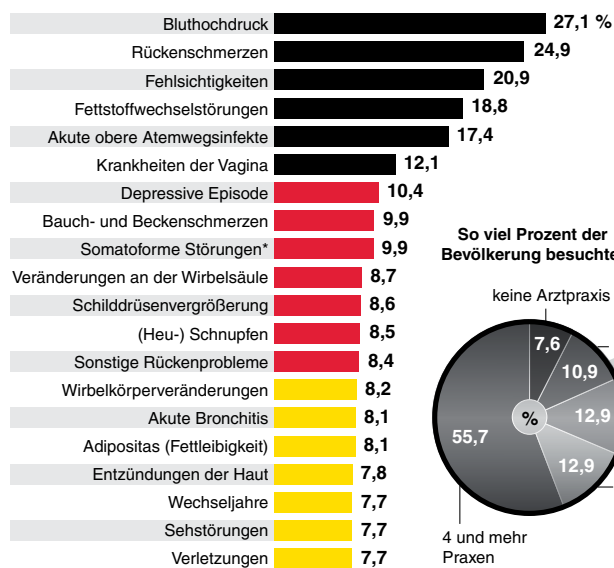
Dr. Brigitte Schmelzer hat sich mit großem Erfolg für die Belange der niedergelassenen Vertragsärzteschaft regional und überregional eingesetzt. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein wird ihr Wirken und ihr Engagement in guter Erinnerung halten und sich stets mit Wertschätzung an Brigitte Schmelzer erinnern.

Die Deutschen beim Arzt

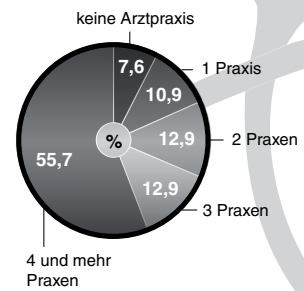
Im Jahr 2011 besuchte jeder Deutsche durchschnittlich 8,2 Ärzte. Das berechnete die Barmer GEK im neuen Arztreport 2013. Insgesamt gingen über 92 Prozent der Deutschen zu mindestens einem Arzt. Mit anderen Worten: Nur knapp acht Prozent der Deutschen gingen 2011 nicht zum Arzt.

Wie schon im Jahr zuvor lautete die am häufigsten gestellte Diagnose Bluthochdruck, 27 Prozent der Deutschen leiden daran. Jeder Vierte klagte 2011 über Rückenschmerzen und jeder Fünfte hatte Probleme mit den Augen. Die durchschnittlichen jährlichen Behandlungskosten schwanken laut Arztreport zwischen 182 Euro bei 20- bis 24-jährigen Männern und 997 Euro bei Männern im Alter von 85 bis 89 Jahren.

Im Jahr 2011 hatten so viel Prozent der Bevölkerung



So viel Prozent der Bevölkerung besuchten



* Beschwerden, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen

© Globus 5487

Quelle: Barmer GEK Arztreport 2013

Fünf Jahre Ratgeber Gesundheit

Die größten öffentlichen Sprechstunden am Niederrhein – das sind sicher die Ratgeber-Veranstaltungen der KV Nordrhein in Zusammenarbeit mit der Rheinischen Post (RP): Seit fünf Jahren treffen Hunderte von Patienten bis zu sechs Mal im Jahr auf Ärzte, die ihnen ihre Fragen beantworten. Bei den jüngsten Veranstaltungen ging es um Schlafstörungen und um den gesunden Genuss.



Foto: WavebreakmediaMicro – fotolia.com

Endlich gut schlafen – danach sehnen sich viele Menschen. Zur Veranstaltung von RP und KVNO kamen gut 200 Patienten.

Wie viel Schlaf ist normal? Und was unternimmt man bei nächtlichen Grübeleien? Das Publikum im randvoll gefüllten Saal des Hauses der Ärzteschaft in Düsseldorf war gespannt auf das, was ihm die Allgemeinmedizinerin Dr. Antje Kischk, der Hals-Nasen-Ohren-Arzt Professor Christoph Greven aus Krefeld und die Psychotherapeutin Gerlinde Bredling aus Meerbusch zu sagen hatten.

Breites Themenspektrum

Sie waren im Dezember 2012 die Experten bei der Ratgeberveranstaltung „Endlich gut schlafen“ der KV Nordrhein und der Rheini-

schen Post. Viele Fragen wurden schon durch die Kurzreferate beantwortet, mit denen ein solcher, zwei Stunden dauernder Abend stets beginnt. Dabei geben zwei bis drei niedergelassene Mediziner einen Überblick über verschiedene Aspekte des Themas. Im Lauf der Jahre ging es um Augen- und Ohrerkrankungen, um Rückenprobleme, Depressionen und Demenz. Aber auch der Umgang mit gefährlichen Keimen wurde diskutiert – und jetzt im Februar 2013 der richtige Weg zum gesunden Genuss, sogar mit einer Brotverkostung. Die Ratgeberveranstaltungen starten nicht nur in Düsseldorf, sondern auch in Kleve, Hilden oder Ratingen.

„Harmloses Phänomen oder ernsthafte Erkrankung? Ursachen von Schlafstörungen“ lautete im Dezember der Titel des Vortrags von Dr. Antje Kischk, die auf seriöse Fragebögen zur erhöhten Tagesschläfrigkeit (etwa die Epworth Sleepiness Scale, ESS) oder zu Ein- und Durchschlafstörungen (wie den Pittsburgh-Schlafqualitätsindex, PSQI) hinwies. Sie empfahl auch den Ratgeber „Schlafstörungen?“ der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM). Einer ersten Diagnostik beim Hausarzt folgt nach Worten von Kischk die Überweisung zu Fachkollegen, die den Ursachen der Probleme auf den Grund gehen.

Menschen, die unter erhöhter Tagesschläfrigkeit leiden, werden beim Hals-Nasen-Ohren-

Arzt auf nächtliche Atemaussetzer, die sogenannte Schlaf-Apnoe, untersucht. Diese treten oft während des Schnarchens auf. Deshalb beschrieb Prof. Christoph Greven bei der Veranstaltung, auf welche Weise Ursachen für Schnarchen durch eine Analyse im Schlaflabor und eine endoskopische Untersuchung der Nase herausgefunden werden.

„Mit einfachen Regeln endlich wieder gut schlafen“ hatte Psychotherapeutin Gerlinde Breidling ihren Kurzvortrag überschrieben. Negativen Gedanken und Erwartungen wie „Acht Stunden Schlaf braucht der Mensch“ stellte sie konstruktive Alternativen gegenüber wie: „Die Spannbreite der benötigten Schlafdauer ist individuell sehr unterschiedlich, bei jedem gibt es Schwankungen, auch gute Schläfer haben schlechte Nächte.“

Patienten fragen Experten

Im Anschluss an die Vorträge beginnt bei den Ratgeberveranstaltungen die Fragerunde, bei der das Publikum zu Wort kommt. Jeder, der sich meldet, bekommt ein Saalmikrofon an gereicht – was nicht bedeutet, dass Einzelfälle diskutiert werden: Allgemein gültige Fragen erhalten den Vorzug, und wenn ein Fragesteller zu sehr ins Detail geht, wird er von der Moderatorin freundlich auf die „echte“ Sprechstunde in den Praxisräumen der Ärzte verwiesen.

Viele Patienten verlassen jedoch erleichtert den Saal, weil sie eine zweite Meinung oder einen wichtigen Hinweis erhalten haben. So ging es auch im Februar bei der Ratgeberveranstaltung mit dem Titel „Einfach gesund bleiben und genießen“. Allgemeinmediziner Ralf Raßmann gab wichtige Tipps für die Umstellung der Essgewohnheiten: Er riet etwa, Mahlzeiten bewusst zu sich zu nehmen und darüber Protokoll zu führen: „Das hilft, überflüssige Zwischenmahlzeiten wegzulassen.“ Wie man dann auch noch „Lebensmittelfallen“ – zum Beispiel Produkte mit der irreführenden Bezeichnung „Balance“ – vermeidet

und sich stattdessen für gesundes Vollkornbrot entscheidet, diskutierten Diätassistentin Dagmar Lagac und Johannes Dackweiler von der Vollkorn- und Mühlenbäckerei Hercules. Sie waren bei dem Gespräch mit dem Publikum anschließend ebenso gefragt wie Allgemeinmediziner Raßmann und Professor Stephan Martin, Chefarzt am Westdeutschen Diabetes- und Gesundheitszentrum Düsseldorf. Er zeigte anhand von aktuellen Studienergebnissen, wie man effektiv abnimmt – wenn ein Schrittzähler täglich überwacht, wie viel man sich bewegt. Darüber hinaus haben sich erfolgreich erschlankte Studienteilnehmer regelmäßig gewogen und wöchentlich beraten lassen. ■ NATASCHA PLANKERMANN

Termine „Ratgeber Gesundheit“ 2013

12. Juni

**Bluthochdruck –
Gefahr für die Gesundheit,**
Haus der Ärzteschaft, Düsseldorf

6. November

**Volkskrankheit Lungenleiden –
Gefahren vermeiden und die
Atemorgane gesund halten**
Medicentrum, Mönchengladbach

4. Dezember

**Neue Therapien bei Neurodermitis
und Schuppenflechte,**
Haus der Ärzteschaft, Düsseldorf

Wer als Referent an einer der Veranstaltungen teilnehmen möchte, kann sich melden bei
KV Nordrhein
Ingrid Bollmann
Telefon 0211 5970 8281
E-Mail ingrid.bollmann@kvno.de

KV Nordrhein berät zum Thema Hygiene

Die KV Nordrhein offeriert allen Praxen eine neue Dienstleistung. Zwei qualifizierte Mitarbeiter beantworten individuell Fragen rund um das Thema Hygiene. Antje Günther und Patrick Ziech aus der Abteilung Qualitätssicherung gehen schriftlich und/oder telefonisch auf den zunehmenden Informationsbedarf der nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte ein.

Infektionserkrankungen mit gefährlichen Erregern nehmen zu. EHEC, MRSA und Noroviren sind Themen, mit denen sich nicht nur die Praxen, sondern auch Politik und Medien beschäftigen. „Ein Schlüsselbegriff im Umgang mit vorbeugenden und die Infektion begleitenden Maßnahmen ist Hygiene“, erläutert Günther. „Nicht zuletzt seit der Ende März 2012 geltende Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO) des Landes NRW möchten die Praxen genau erfahren, was sie beachten müssen.“

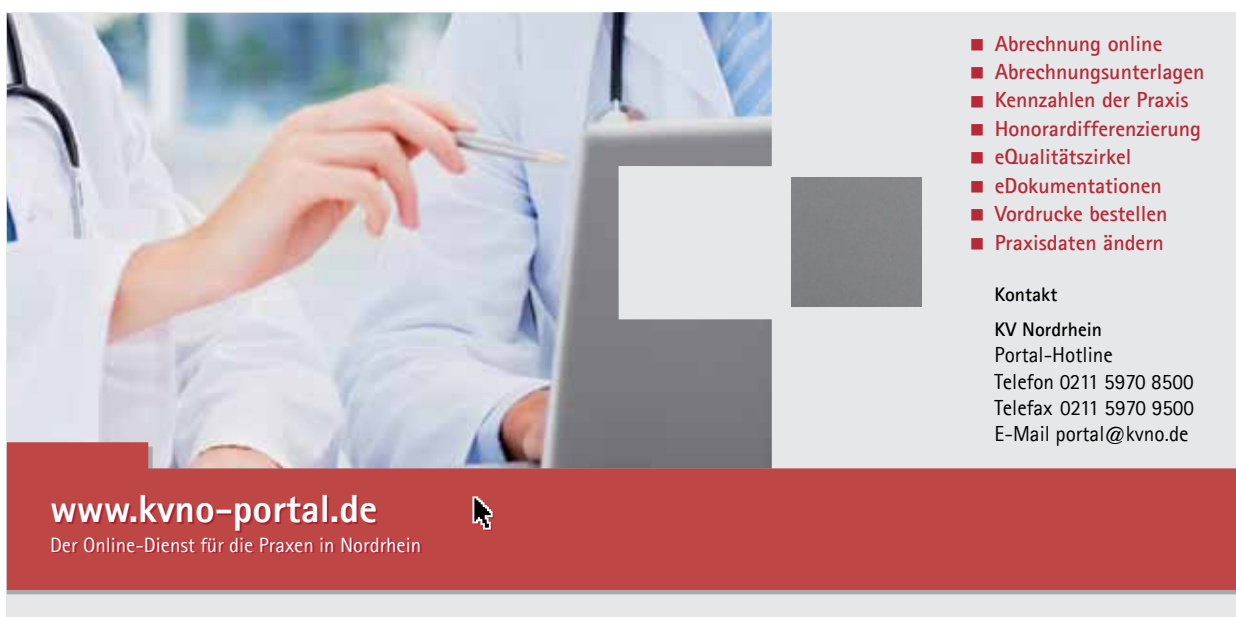
Infektionsrisiken senken

Diese jüngste gesetzliche Grundlage regelt Hygienemaßnahmen in Krankenhäusern und im niedergelassenen Bereich in Nordrhein-

Westfalen. Es geht darum, in beiden Bereichen das Infektionsrisiko zu minimieren als auch Infektionen gezielt zu erkennen, zu erfassen und zu kontrollieren.

Zur Hygiene gibt es in Deutschland auf Bundes- und Landesebene eine Fülle von Gesetzen, Verordnungen, Normen, Empfehlungen und Informationen aus Fachkreisen. Sie reichen von baulichen, technischen oder organisatorischen Maßnahmen über Vorschriften zur Reinigung, Desinfektion und Sterilisation bis hin zum Hygienemanagement.

Die Anforderungen an die Hygiene und an die hygienische Aufbereitung von Medizinprodukten sind in ihrer Gesamtheit komplex und in der Praxis nicht immer leicht umzusetzen. Die



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

Kontakt
KV Nordrhein
Portal-Hotline
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

Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben und die praktische Integration in den Praxisalltag sind aufwendig und kostenintensiv. Jedoch helfen richtig angewandte Hygienemaßnahmen, die Sicherheit der Patienten und des Praxispersonals zu erhöhen und somit langfristig die Gesundheit zu schützen.

Fragen aus den Praxen

„Wir erhalten Fragen wie: Welcher Sterilisateur wäre am sinnvollsten für meine Praxis? Was bedeutet die neue Hygieneverordnung für meinen ambulanten OP? Muss ich eine Hygienefachkraft beschäftigen?“, sagt Ziech. „Aber auch Praxishelferinnen sind dabei und erkundigen sich nach der korrekten Aufbereitung oder Lagerung von Medizinprodukten“, ergänzt Günther.

Die nordrheinischen Hygieneberater werden vom Kompetenzzentrum Hygiene und Medizinprodukte (CoC Hygiene und Medizinprodukte) mit Sitz bei der KV Baden-Württemberg unterstützt. Gegründet wurde das Zentrum im Juli 2010 durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und vierzehn KVen.

Das Kompetenzzentrum hilft den beteiligten KVen und der KBV fachlich bei Stellungnahmen zu laufenden Gesetzgebungsverfahren. Zudem vertritt es die Interessen der niedergelassenen Ärzteschaft auf Fachkongressen und bei allen mit Hygiene und Aufbereitung von Medizinprodukten befassten Organisationen. So finden die besonderen Belange der niedergelassenen Ärzte in den eher klinikdominierten Fachgremien adäquat Gehör. ■ SHAMBAVI VASUDEVA

Die KV Nordrhein plant, regelmäßig aktuelle Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte zum Thema Hygiene anzubieten. Die Nordrheinische Akademie bietet für Medizinische Fachangestellte eine Einführung „Hygiene & Arbeitssicherheit“ an sowie Fortbildungen zur Erlangung der „Sachkenntnis zur Instandhaltung von Medizinprodukten in Arztpraxen“. Der nächste 40-Stunden-Kurs findet im September 2013 statt.

Mehr Infos dazu unter www.akno.de
KV | 130237

Hygieneberatung

Wenn Sie Fragen rund um das Thema Hygiene in der Praxis haben, sprechen Sie uns an.

KV Nordrhein | Abteilung Qualitätssicherung

Antje Günther

Telefon 0211 5970 8476

E-Mail hygiene@kvno.de



Antje Günther ist ausgebildete MTA in der Funktionsdiagnostik und blickt auf eine mehrjährige Tätigkeit im Klinikbereich zurück. In ihrer jahrzehntelangen Beschäftigung in der Pharmaindustrie sammelte sie eingehende Erfahrungen im Bereich Hygiene und Aufbereitung von Medizinprodukten.

Ihre Ausbildung umfasst zudem die Fachkunde I mit Abschluss als Technische Sterilgutassistentin sowie die Weiterbildung als Hygienebeauftragte für Gemeinschaftseinrichtungen des Gesundheitswesens.

Patrick Ziech

Telefon 0211 5970 8489

E-Mail hygiene@kvno.de



Patrick Ziech ist examinierter Krankenpfleger und ausgebildeter Gesundheitsaufseher. In den vergangenen sieben Jahren arbeitete er als Hygienekontrolleur im Gesundheitsamt für die infektionshygienische Beratung und Überwachung von Arztpraxen, Krankenhäusern und Seniorenheimen.

Begleitend führte er Mitarbeiterschulungen über die Hygienevorschriften und spezielle Infektionskrankheiten durch und war als Hygienebeauftragter tätig. Seit 2012 besitzt er zudem einen Abschluss als Bachelor der Angewandten Gesundheitswissenschaften.

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen

Die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) sind noch recht jung: Sie wurden im 3. Quartal 2010 eingeführt. Innerhalb einer Arztgruppe bilden sie spezielle Qualifikationen und Besonderheiten ab. Die Budgets für die qualifikationsgebundenen Leistungen setzt die KV Nordrhein quartalsweise fest, zusätzlich zum Regelleistungsvolumen (RLV).



Foto: E. Zacherl – Fotolia.com

Für Akupunktur-Leistungen erhalten Ärzte mehrerer Fachgruppen ein leistungsfallbezogenes QZV.

Ebenso wie das RLV unterliegen die QZV der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und sind demnach mengenbegrenzt. Leistungsausweitungen einer Arztgruppe beeinträchtigen ausschließlich Ärzte der entsprechenden Arztgruppe – und nicht die Honorare anderer Gruppen.

Wie werden die QZV gebildet?

Über die Bildung der QZV entscheidet die Vertreterversammlung der KV Nordrhein. Grundsätzlich sind zwei QZV zu unterscheiden: die RLV-relevanten und die leistungsfallbezogenen QZV. Bei den leistungsfallbezogenen QZV ist die Höhe des Zusatzvolumens abhängig

von der Zahl der abgerechneten Leistungsfälle, zum Beispiel bei den Akupunkturen der Orthopäden. Anders bei den RLV-relevanten QZV. Hier löst bereits der einmalige Ansatz das QZV aus, das ist beispielsweise bei der psychosomatischen Grundversorgung durch Gynäkologen der Fall.

Die QZV-Fallwerte errechnet die Honorarabteilung der KV Nordrhein wie die RLV-Fallwerte: quartalsweise auf der Basis des Vorjahresquartals. Das funktioniert so:

- Bei den RLV-relevanten QZV ergibt sich der QZV-Fallwert aus dem bereitgestellten Verteilungsvolumen, das durch die Fallzahl der Ärzte geteilt wird, welche Anspruch auf das entsprechende QZV haben. Der QZV-Fallwert multipliziert mit der Zahl der RLV-Fälle ergibt den Euro-Betrag des QZV des Arztes.

$$\text{QZV-Fallwert} \times \text{RLV-relevante Fallzahl} = \text{QZV (RLV-relevant)}$$

- Der Fallwert der leistungsfallbezogenen QZV hängt ab von den für das Zusatzvolumen vorhandenen Mitteln. In diesem Fall geteilt durch die Leistungsfallzahl der Ärzte der Arztgruppe. Ein Leistungsfall liegt vor, wenn im Behandlungsfall mindestens eine Leistung des entsprechenden QZV abgerechnet worden ist.

$$\text{QZV-Fallwert} \times \text{Leistungsfälle} = \text{QZV (leistungsfallbezogen)}$$

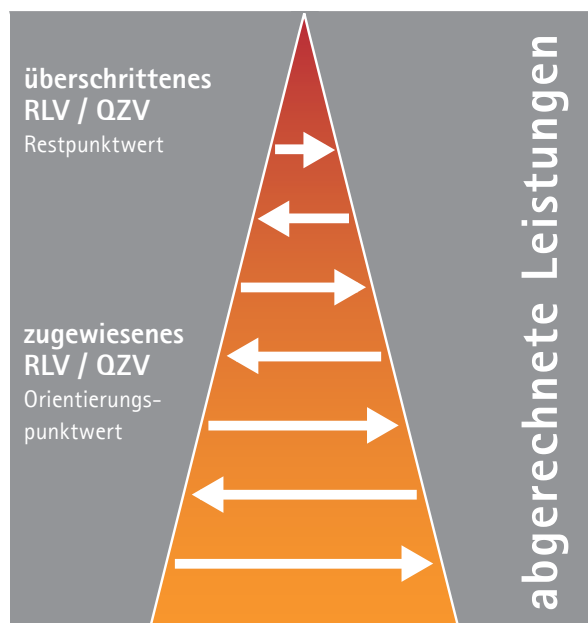
QZV und Vergütung

Jede Praxis erhält vor Quartalsbeginn eine Mitteilung über RLV und QZV; die arztbezogenen QZV finden Sie auf der zweiten Seite. Die abgerechneten Leistungen werden in beiden Blöcken addiert und bis zur festgesetzten Höhe mit dem Orientierungspunktwert vergütet. Für darüber hinausgehende Leistungen erhalten Praxen den Restpunktwert.

Bitte beachten Sie: Die einzelnen QZV können untereinander verrechnet werden. Darüber hinaus kann ein nicht ausgeschöpftes RLV mit QZV-Leistungen aufgefüllt werden und umgekehrt.

Fachliche Voraussetzungen

Die meisten QZVs setzen für die Abrechnung der jeweiligen Leistungen eine Genehmigung der Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein voraus, zum Beispiel Sonographie oder Psychosomatische Grundversorgung. In anderen Fällen ist eine entsprechende Gebiets- bzw. Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung erforderlich, beispielsweise Phlebologie bei Hausärzten oder pädiat-



risch-pneumologische Leistungen bei Kinder- und Jugendärzten. Außerdem gibt es QZV, die gemäß der Zulassung des jeweiligen Arztes abrechnungsfähig sind und keinerlei zusätzliche Qualifikationen bedürfen. Dazu zählen unter anderem Ergometrie, Physikalische Therapie oder Fluoreszenzangiografie.

■ SUSANN DEGENHARDT | OLGA LYKOVA

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

Aktuelle Fragen an die Serviceteams und deren Antworten:

Heilmittel richtig verordnen

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im Oktober fragten viele Praxen nach Heilmittel-Verordnungen. Am 1. Januar ist die Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs in Kraft getreten.

Gelten die bisherigen Symbolziffern für Praxisbesonderheiten weiter?

Nein, die bisherigen Symbolziffern und Praxisbesonderheiten für Heilmittel gelten nicht weiter. Aufgrund der gesetzlichen und bundeseinheitlichen Vorgaben hat sich die Systematik geändert.

Welche neuen Praxisbesonderheiten gelten seit 1. Januar 2013?

Es gelten jetzt die Praxisbesonderheiten, die in den Anlagen 1 und 2 der Richtgrößenvereinbarung aufgeführt sind.

Warum gibt es zwei Anlagen zu den Praxisbesonderheiten? Und was ist der Unterschied zwischen Anlage 1 und Anlage 2?

In Anlage 1 sind Praxisbesonderheiten aufgeführt, die auf Bundesebene verhandelt wurden und die bisherigen Praxisbesonderheiten und Symbolziffern in Nordrhein ablösen. In Anlage 2 sind Erkrankungen gelistet, für die ein langfristiger Heilmittelbedarf besteht. Verzichtet die Krankenkasse auf ein individuelles Genehmigungsverfahren (was für die Mehrzahl zutrifft), ist ein Antrag auf Genehmigung einer langfristigen Heilmittelbehandlung nicht mehr erforderlich.

Wie werden die neuen Praxisbesonderheiten gekennzeichnet?

Die neuen Praxisbesonderheiten für Heilmittel werden durch die bisherige Kombination aus Indikationsschlüssel, Diagnose und einem zusätzlichen ICD-10-Kode kenntlich gemacht.

Gibt es ein besonderes Feld, in dem der ICD-10-Kode eingetragen werden muss?

Die ICD-10-kodierte Diagnose muss im dreizeiligen Feld „Diagnose mit Leitsymptomatik“ unter „Indikationsschlüssel“ auf dem Verordnungsblatt aufgebracht werden. Neue Verordnungsdrucke wird es ab April 2013 geben; die alten können aufgebraucht werden.

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

Müssen Verordnungen von Heilmitteln mit langfristigem Behandlungsbedarf regelmäßig ausgestellt werden?

Bei der Verordnung von Heilmitteln mit langfristigem Behandlungsbedarf können Sie in Bezug auf die Menge, nicht aber auf die Art des Heilmittels von den Vorgaben des Heilmittelkatalogs abweichen und eine Verordnung für einen Zeitraum von jeweils bis zu zwölf Wochen ausstellen. Beispielsweise 24mal Lymphdrainage bei der Diagnose Mammakarzinom. Allerdings ist ein Arzt-Patienten-Kontakt spätestens alle zwölf Wochen erforderlich.

Mit anderen Worten: Es gibt keine Langfristverordnung. Mindestens alle zwölf Wochen muss ein neues Heilmittelrezept ausgestellt werden.

Können Heilmittel bei weiteren Erkrankungen mit langfristigem Behandlungsbedarf, die nicht in Anlage 2 gelistet sind, von Krankenkassen genehmigt werden?

Bei Erkrankungen, die nicht in der Liste des Gemeinsamen Bundesausschusses geführt sind, und für deren Heilmittelbehandlung dennoch ein langfristiger Bedarf besteht, können Kassen eine Genehmigung für eine langfristige Heilmitteltherapie ausstellen. Diese muss der Patient beantragen. Die Genehmigung sollte in Kopie der Praxisdokumentation zugeführt werden, damit im Falle einer Richtgrößenprüfung die Besonderheit gegenüber der Prüfungsstelle zusätzlich gemeldet werden kann.

Weitere Fragen und Antworten rund um die Heilmittel-Verordnungen und die Symbolnummern für die Praxisbesonderheiten finden Sie im Internet unter www.kvno.de KV | 130241

Nach der Praxisgebühr – was wird aus Überweisungen?

Die Patienten müssen seit Jahresbeginn keine Praxisgebühr mehr zahlen – egal ob sie gesetzlich krankenversichert oder bei einem sonstigen Kostenträger erstattungsberechtigt sind. Das Überweisungsgebot gilt aber noch immer.

Müssen wir noch Überweisungen ausstellen?

Ja, denn der Wegfall der Praxisgebühr setzt nicht das Überweisungsgebot nach § 24 Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) außer Kraft. Danach hat ein Vertragsarzt die Durchführung erforderlicher diagnostischer und therapeutischer Leistungen durch einen anderen Vertragsarzt mittels Überweisung auf dem vereinbarten Vordruck (Muster 6) zu veranlassen. In diesen Fällen stellen Sie bitte wie gewohnt eine Überweisung für die Patienten aus, oder nehmen Sie die bei Ihnen in der Praxis vorgelegte Überweisung an.

Unverändert gilt auch, dass Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und Transfusi-

onsmedizin und ermächtigte Krankenhausärzte nur auf Überweisung tätig werden dürfen. In den Hausarztverträgen ist fixiert, dass Patienten Fachärzte nur auf Überweisung des Hausarztes aufsuchen. Diese Vorgabe betrifft die Hausarzt-Praxen und deren Patientinnen und Patienten, die in einen Hausarztvertrag eingeschrieben sind.

Ansonsten ist die Behandlung von Patienten, die eine Praxis direkt in Anspruch nehmen, also ohne Überweisung, bei Vorlage der Krankenversicherungskarte weiter möglich.

Müssen wir noch Überweisungen annehmen?

Ja. Kommt ein Patient mit einer Überweisung in Ihre Praxis, dann nehmen Sie diese an und rechnen darauf ab. Das Überweisungsverfahren gilt weiterhin.



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.



Erkrankungen in der Schwangerschaft

Schwangerschaft ist bekanntlich keine Krankheit. Und meist sind es gesunde Frauen, die ein Kind austragen. Wenn eine Frau aber während der Schwangerschaft erkrankt, nehmen Ärzte dies besonders ernst. Dies gilt auch für unter Umständen vorhandene Begleiterkrankungen.

Im Zusammenhang mit Erkrankungen während einer Schwangerschaft muss man zwei grundlegend unterschiedliche Konstellationen unterscheiden: Eine Frau ist schwanger und wird krank, oder eine Frau ist bereits krank und wird schwanger.

Da im ICD-10-GM grundsätzlich gilt, dass beim Vorliegen spezifischerer Codes diese vorrangig gewählt werden müssen, kann es in letzterem Fall erforderlich sein, dass bisher korrekte Codes von Ihnen geändert werden müssen. Dabei sollten Sie folgende Grundsätze befolgen:

- Finden sich Codes in Kapitel XV Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00–O99), sind diese vorrangig vor Codes aus den anderen Kapiteln zu benutzen. In der Regel liegt bei allen Erkrankungen eine Beeinträchtigung der Schwangerschaft als Grund für die Behandlung vor. Diese „O-Kodes“ können Ärzte zur Spezifizierung der Komplikation mit Codes aus den Organkapiteln ergänzen.
- Bei der Behandlung einer Schwangeren sollte unter Anwendung der Mehrfachkodierung immer eine Sekundärschlüsselnummer aus O09.–! „Schwangerschaftsdauer“ zusätzlich kodiert werden.
- Bei den Beispielfällen fokussieren wir uns auf behandlungsrelevante Diagnosen in Bezug auf die Abrechnung.



Foto: luna – fotolia.com

Auch bei Schwangeren ist das korrekte Kodieren wichtig.

Schwangerschaftsdauer

Die Schwangerschaftsdauer wird wie folgt verschlüsselt:

- 009.–! Schwangerschaftsdauer
- 009.0! Weniger als 5 vollendete Wochen (weniger als 35 vollendete Tage)
- 009.1! 5 bis 13 vollendete Wochen (35 bis 91 vollendete Tage)
- 009.2! 14. Woche bis 19 vollendete Wochen (92. Tag bis 133 vollendete Tage)
- 009.3! 20. Woche bis 25 vollendete Wochen (134. Tag bis 175 vollendete Tage)
- 009.4! 26. Woche bis 33 vollendete Wochen (176. Tag bis 231 vollendete Tage)
- 009.5! 34. Woche bis 36 vollendete Wochen (232. Tag bis 252 vollendete Tage)
- 009.6! 37. Woche bis 41 vollendete Wochen (253. Tag bis 287 vollendete Tage)
- 009.7! Mehr als 41 vollendete Wochen (mehr als 287 vollendete Tage)
- 009.9! Schwangerschaftsdauer: nicht näher bezeichnet

Häufige Erkrankungen

Die Übersicht listet die übergeordneten Codes für einige der häufigsten Krankheitsgruppen, die im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft auftreten können.

- 021.- Übermäßiges Erbrechen während der Schwangerschaft
- 022.- Venenkrankheiten als Komplikation in der Schwangerschaft
- 023.- Infektionen des Urogenitaltraktes in der Schwangerschaft
- 026.- Betreuung der Mutter bei sonstigen Zuständen, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
- 026.0 Übermäßige Gewichtszunahme in der Schwangerschaft
- 026.5 Hypotonie-Syndrom der Mutter
- 026.8- Sonstige näher bezeichnete Zustände, die mit der Schwangerschaft verbunden sind
- 026.81 Nierenkrankheit, mit der Schwangerschaft verbunden
- 026.82 Karpaltunnelsyndrom während der Schwangerschaft
- 026.83 Periphere Neuritis (Neuralgie) während der Schwangerschaft
- 012.- Gestationsödeme und Gestationsproteinurie [schwangerschaftsinduziert] ohne Hypertonie
- 010.- vorher bestehende Hypertonie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert

Treten innerhalb von sechs Wochen nach der Geburt psychische Störungen im Zusammenhang mit dem Wochenbett auf, sind Codes aus F53.- (psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert) zu verwenden:

Zum Beispiel

F53.0 G *Leichte psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert, Depression postnatal o.n.A. oder postpartal o.n.A.*

Krankheiten in der Schwangerschaft

Zu den unterschiedlichen Krankheitskonstellationen während einer Schwangerschaft sieht der ICD-10 unterschiedliche Codes vor:

Diabetes mellitus in der Schwangerschaft

Zu unterscheiden ist zwischen einem vorbestehenden Diabetes mellitus und einem in der Schwangerschaft neu aufgetretenen Diabetes.

- 024.- Diabetes mellitus in der Schwangerschaft
Inkl.: Bei Geburt und im Wochenbett
- 024.0 Vorher bestehender Diabetes mellitus, primär insulinabhängig [Typ-1-Diabetes]
- 024.1 Vorher bestehender Diabetes mellitus, nicht primär insulinabhängig [Typ-2-Diabetes]
- 024.3 Vorher bestehender Diabetes mellitus, nicht näher bezeichnet
- 024.4 Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend gestationsbedingter Diabetes mellitus o.n.A.
- 024.9 Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, nicht näher bezeichnet

Komplikationslos verlaufende Schwangerschaft

Kodierfall | Eine 25-jährige Frau kommt am 18. September erstmalig wegen überfälliger Regelblutung und positivem Schwangerschaftstest in Ihre Praxis. Sie bestätigen eine Schwangerschaft, errechnet in der 6. Schwangerschafts-Woche (SSW), ohne Risikofaktoren.

Kodierung bei Erstkontakt

Z32 G Untersuchung und Test zur Feststellung einer Schwangerschaft

Z34 G Überwachung einer normalen Schwangerschaft

009.1! G Schwangerschaftsdauer: 5 bis 13 vollendete Wochen

Kodierfall | Am 20. Oktober und 25. November kommt die Patientin zu den vereinbarten Kontrollterminen. Alle Untersuchungsergebnisse sind unauffällig.

Kodierung am Quartalsende

Z34 G Überwachung einer normalen Schwangerschaft

009.1! G Schwangerschaftsdauer: 5 bis 13 vollendete Wochen

009.2! G Schwangerschaftsdauer: 14. Woche bis 19 vollendete Wochen

Hinweis: Der Datensatz enthält bei der Abrechnung zwei Codes aus 009.-! für die Änderung der Schwangerschaftsdauer.

Betreuung nach Fruchtwasseruntersuchung

Kodierfall | Eine in der 17. Woche schwangere 41-jährige Primagravida stellt sich bei ihrer Gynäkologin zur Kontrolluntersuchung vor. Es war am Vortag eine Fruchtwasseruntersuchung bei einem Zentrum durchgeführt worden.

Z35.5 G Überwachung einer älteren Erstschwangeren

Z36.0 Z Pränatales Screening auf Chromosomenanomalien

009.2! G Schwangerschaftsdauer: 14. Woche bis 19 vollendete Wochen

Auftretende Komplikationen

Kodierfall | Eine Patientin in der 39. SSW erhält bei Eisenmangelanämie Eisentabletten. Außerdem besteht bei der Schwangeren ein Risiko bei Beckenendlage.

032.1 G Betreuung der Mutter bei Beckenendlage

099.0 G Anämie, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kompliziert

009.6! G Schwangerschaftsdauer: 37. Woche bis 41 vollendete Wochen

D50.8 G Sonstige Eisenmangelanämien

Z35.2 G Überwachung einer Schwangerschaft bei sonstiger ungünstiger geburtshilflicher oder Reproduktionsanamnese

Hinweis: Die einmalige Angabe eines Kodes reicht im Datensatz aus. Es ist nicht erforderlich, jeden Kode, der eine Schwangerschaftskomplikation beschreibt, mit dem jeweils identischen Kode für die Schwangerschaftsdauer zu kombinieren.

Kodierfall | Sie betreuen eine 29-jährige adipöse Patientin (bei Erstuntersuchung 165 cm, 86 kg) in der 30. SSW. Bei der Kontrolluntersuchung fällt Zucker im Urin auf, der daraufhin bestimmte Blutzuckerwert ergibt pathologische Werte.

024.4 G Diabetes mellitus, während der Schwangerschaft auftretend (gestationsbedingter Diabetes mellitus o.n.A.)

009.4! G Schwangerschaftsdauer: 26. Woche bis 33 vollendete Wochen

E66.00 G Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 30 bis unter 35

Z35.2 G Überwachung einer Schwangerschaft bei sonstiger ungünstiger geburtshilflicher oder Reproduktionsanamnese

Kodierfall | Eine 27-jährige Patientin in der 34. SSW hat trotz intensivem Bemühen Ihrerseits ihren Zigarettenkonsum von fast zwei Packungen am Tag nicht reduziert, das Kind ist für diese SSW zu klein. Die Mutter klagt über Luftnot. Sie finden alle Anzeichen einer akuten bakteriellen Bronchitis. Sie therapieren im 3. Trimenon antibiotisch.

009.5! G Schwangerschaftsdauer: 34. Woche bis 36 vollendete Wochen

J20.9 G Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet

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

O36.5 G Betreuung der Mutter wegen fetaler Wachstumsretardierung

Z35.2 G Überwachung einer Schwangerschaft bei sonstiger ungünstiger geburtshilflicher oder Reproduktionsanamnese

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

Diagnoseprüfung bei Verordnung

Etwa 3500 Praxen haben im Februar Post von der Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen Nordrhein erhalten. In dem Schreiben werden sie gebeten, zur Vervollständigung ihrer Abrechnung einzelne Diagnosen bei Patienten zu ergänzen oder zu korrigieren, sofern die jeweils vorgenommenen Verordnungen von Arzneien ohne diese Angaben implausibel oder formal unzureichend sind.

„Diagnosen und Verordnungen stimmen häufig nicht überein“, erklärt Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Deshalb werden die angeschriebenen Praxen um Hilfe bei der genauen Dokumentation gebeten. Eine Vervollständigung der Diagnoseangabe verhindert, dass es zu unnötigen Prüfverfahren kommt – und hat eine durchaus erwünschte Nebenwirkung: Wenn korrekt kodiert wird, lässt sich mehr Morbidität dokumentieren. Eine erhöhte Morbidität schlägt sich positiv in der Gesamtvergütung nieder.

Infos rund um das korrekte Kodieren finden Sie auf der Homepage der KV Nordrhein. Darunter auch spezifische Kodiertipps für einzelne Fachgruppen: www.kvno.de | **KV | 130247**

Infos zur weiblichen Genitalbeschneidung



Die Praktik der weiblichen Genitalbeschneidung/verstümmelung (engl.: Female Genitale Mutilation, kurz: FGM) ist vor allem in afrikanischen und arabischen Ländern weit verbreitet. Durch zunehmende Migration werden Ärzte aber auch hierzulande mit Patientinnen konfrontiert, die dieses Schicksal erlitten haben. Von weltweit rund 130 bis 150 Millionen betroffenen Mädchen und Frauen leben schätzungsweise 6.000 in Nordrhein-Westfalen.

Das NRW-Gesundheitsministerium hat das Thema aufgegriffen und in Zusammenarbeit mit der KV Nordrhein,

der KV Westfalen-Lippe, den beiden Ärztekammern, dem Berufsverband der Frauen-, Kinder- und Jugendärzte sowie dem Landesverband der Hebammen NRW einen Flyer entwickelt. Dieser richtet sich an alle im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen, die mit betroffenen Mädchen und Frauen in Kontakt kommen.

Der Flyer thematisiert die Ursprünge und typischen Krankheitsbilder von FGM, enthält Informationen über die rechtlichen Grundlagen im Umgang mit Betroffenen, fachliche Empfehlungen für die verschiedenen Berufsgruppen sowie Adressen von professionellen Beratungsstellen.

Die Flyer können Sie in der Rubrik „Publikationen“ kostenlos im Internet-Angebot des Gesundheitsministeriums NRW bestellen oder herunterladen: www.mgepa.nrw.de

KV 130246

Sicherer Schlaf gegen plötzlichen Kindstod

Der plötzliche Kindstod (Sudden Infant Death Syndrome / SIDS) ist immer noch eine der

häufigsten Todesursachen bei Kindern unter einem Jahr. Zwar konnte die Inzidenzrate auch in Nordrhein-Westfalen in der Vergangenheit deutlich gesenkt werden. Mit 22 am plötzlichen Säuglingstod gestorbenen Kindern im Jahr 2011 besteht jedoch nach wie vor Handlungsbedarf.

Die Landesinitiative „Gesundheit von Mutter und Kind“ verfolgt das Ziel, durch breite Aufklärung über die Risikofaktoren für einen plötzlichen Kindstod die SIDS-Inzidenz weiter zu reduzieren – und zwar mittels Aufklärung. Dafür stehen ein Flyer und ein Plakat in zwei Größen zur Verfügung, die über Maßnahmen zum sicheren und gesunden Babyschlaf informieren.

Zielgruppe sind Schwangere und junge Eltern – aber auch andere Bezugspersonen von Säuglingen sowie Multiplikatoren. Bei der Erarbeitung des Materials, an dem die Kassenzentrale Vereinigung Nordrhein mitgewirkt hat, stand der Wunsch im Vordergrund, schwer zugängliche Gruppen besser zu erreichen. Durch den leicht verständlichen Text und die aussagekräftigen Bilder sollen besonders sozial Benachteiligte und Familien mit Migrationshintergrund erreicht werden.



Behandlung der Depressionen

Das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) lädt im Rahmen der Reihe zur Verordnungssicherheit ein zur Fortbildung: „(Pharmako)therapie der Depressionen – eine Herausforderung im Praxisalltag“. Vorgestellt werden spezifische Probleme bei der Gabe einzelner Medikamente sowie die wichtigsten Aspekte der Therapietreue bei der Einnahme von Antidepressiva. Multimorbidität und Arzneimittelsicherheit bei der Behandlung mit Antidepressiva sind ein weiteres Thema.

www.iqn.de

ZERTIFIZIERT | ■■■■ Punkte

Termin 13. März 2013,
16.00 bis 19.30 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung IQN

E-Mail iqn@aeqno.de

Telefax 0211 4302-5751

Kinderbetreuung

Info und Voranmeldung

Telefon 0211 4302-1600

Mobil 0172 2020505

Krankenhaus-Einweisung und -Entlassung

Am Freitag, 15. März, um 10.30 Uhr präsentiert die KV Nordrhein neue Ansätze einer strukturierten und bürokratiearmen Kommunikation zwischen Arztpraxis und Klinik. Im Mittelpunkt steht das Prozedere der Einweisung eines Patienten ins Krankenhaus und dessen Weg zurück in die ambulante Versorgung. In einer Live-Demonstration findet der elektronische Datenaustausch zwischen einer Praxis- und einem Krankenhaus statt. Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens, Vertreter der Krankenhäuser und der Krankenkassen diskutieren aktuelle Aspekte des großen Schnittstellen-Problems.

www.kvno.de | **KV 130251**

ZERTIFIZIERT | beantragt

Termin 15. März 2013, 10.30 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung KV Nordrhein

E-Mail anmeldung@kvno.de

Telefax 0211 5970-8100

Gesundheitskongress des Westens in Bonn

Mehr Qualität in Spitze und Breite, so lautet das Motto des Kongresses. Gesucht werden praktische Lösungen: Wie kann die Basisversorgung gesichert und die Spitzenmedizin gefördert werden? Gelingt es, Studierende der Medizin für Landarztpraxen zu begeistern und ihnen zugleich als junge Unternehmer Perspektiven zu bieten? Wie kann der Wettbewerb um bessere Versorgung die Sektorengrenzen überwinden und die Kooperation von ambulanter und stationärer Versorgung stärken? Im Veranstaltungs- und Fortbildungsteil am ersten Tag spricht der Gesundheitskongress gezielt niedergelassene Ärzte an. Die KV Nordrhein ist Kooperationspartner des Kongresses.

www.gesundheitskongress-des-westens.de

ZERTIFIZIERT | ■■■■ Punkte

Termin 20. und 21. März 2013

Ort Maritim Hotel Bonn,
Godesberger Allee

Kosten Sondertarif für
niedergelassene Ärzte
am 20. März 2013

Anmeldung Gesundheitskongress
des Westens

Kongressbüro

c/o welcome

Veranstaltungs GmbH

Bachemer Straße 6-8,

50226 Frechen

Telefax 02234 9532252

Online-anmeldung www.gesundheitskongress-des-westens.de

Veranstaltungen für Mitglieder

■	02.03.2013	KV Nordrhein: Infoveranstaltung Online-Abrechnung mit Ausgabe eArztausweis light durch die 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
	13.03.2013	Augenklinik am Universitätsklinikum Düsseldorf: Fortbildung/Update „Okuläre Adnexe – Diagnostik und Therapie“, Düsseldorf
■	15.03.2013	KV Nordrhein: Krankenhaus-Einweisung und -Entlassung. Papierloses Informationsmanagement an der Schnittstelle „ambulant-stationär“, Düsseldorf
	20.03./21.03.	WISO S.E. Consulting GmbH: Gesundheitskongress des Westens, Bonn
■	10.04.2013	KV Nordrhein: Infomarkt, Düsseldorf
■	10.04.2013	IQN: Ärztliche Dokumentationspflichten, Düsseldorf
	16./17.04.2013	KBV: Messe Versorgungsinnovation 2013, Berlin
	19./20.04.2013	Nordrheinische Akademie: Moderatorenausbildung Grundkurs, Düsseldorf

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

	01.-03.03.	Verband medizinischer Fachberufe e.V.: 26. Bundeskongress des Verbandes medizinischer Fachberufe e.V., Dortmund
	06.03.2013	Nordrheinische Akademie: ICD-10-Kodierung, Köln
	13.03.2013	Nordrheinische Akademie: Pharmakotherapie, Düsseldorf
	22.03.2013	Nordrheinische Akademie: Diagnosekodierung in der allgemeinmedizinischen und hausärztlich-internistischen und gynäkologischen Praxis – Aufbaukurs für MFA
	10.04.2013	Nordrheinische Akademie: IGe-Leistungen, Köln
	10.04.2013	KV Nordrhein/KOSA: Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis. Schwerpunkt: psychische Erkrankungen, Troisdorf
	17.04.2013	Nordrheinische Akademie: IGe-Leistungen, Düsseldorf
	17.04.2013	KV Nordrhein/KOSA: Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis. Schwerpunkt: psychische Erkrankungen, Hürth
	19.04.2013	Nordrheinische Akademie: EVA – Entlastende Versorgungsassistentin. Start des einjährigen berufsbegleitenden Lehrganges, Düsseldorf
	24.04.2013	Nordrheinische Akademie: Diagnosekodierung in der Praxis – Grundlagenwissen, Düsseldorf
	24.04.2013	KV Nordrhein/KOSA: Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis. Schwerpunkt: psychische Erkrankungen, Mönchengladbach

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

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

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

Redaktionsbeirat

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

Druck

Echo Verlag, Köln

Satz

Merzhäuser | grafik+design, Bonn

Anschrift der Redaktion

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

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

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

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 22 800

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

Vorschau „KVNO ■ aktuell“ 3+4 | 2013

■ Klargestellt:

Einweisung und Überweisung

■ Bedarfsplanung:

Neue Sitze – neue Ärzte?

■ Ärzte-Image:

Kampagne der KBV und KVen

■ Qualitätsmanagement:

Praxisnahe Fortbildungen

Die nächste Ausgabe von „KVNO aktuell“

erscheint am 27. März 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.