

Schwerpunkt

Ambulant/stationär | KVNO bietet Hilfen zur Überleitung

Hintergrund

Gesundheitskongress | Ohne PKV fehlen vier Milliarden Euro

Aktuell

Ein- und Überweisung | Was Kliniken von Praxen fordern dürfen

Praxisinfo

Dialyse | Betreuung extrabudgetär – Pauschalen für Sachkosten sinken



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Überleitungsmanagement:
Auf dem richtigen Weg

Aktuell

- 6 Onlineabrechnung:
KVNO richtet
Internetcafés ein
- 8 Imagekampagne:
Ärzte zur besten
Sendezeit
- 10 Zeit gewinnen
ohne Zeitangabe
- 12 ASV: Der dritte Sektor
erhält Kontur
- 14 Ein- oder Überweisung –
Was dürfen Kliniken
fordern?
- 16 Standpunkt:
Aufklärung tut not
- 17 J1: Landkreis
Mettmann ist spitze
- 17 Impfprogramm des
Gesundheitsamtes

■ Praxisinfo

- 18 Anpassung
Dialysesachkosten

- 18 Hörgeräte: Elektronische
Dokumentation
- 18 Tonsillotomie-Verträge
- 18 TK: Bessere Vergütung
der U10, U11 und J2
- 19 Infektionsschutzgesetz:
Neue Meldepflichten
- 19 Krankenscheine für
Asylbewerber
- 19 Röteln: Elf-Tage-
Regelung gestrichen
- 19 Unfallversicherung:
Neue Leistung

■ Verordnungsinfo

- 20 Frühe Nutzenbewertung:
Antidiabetika und orale
Antikoagulantien
- 21 Heparine zum Bridging –
wer verordnet?
- 22 ASS und ADHS: Arznei-
mittelrichtlinie geändert
- 22 Quartalspackungen
- 23 Ausgaben für Arzneimittel
im 1. Quartal gesunken
- 23 Neue Ausgaben des VIN:
Chronische Wunden

Hintergrund

- 24 Gesundheitskongress:
Plädoyer für höhere
„Ergebnisqualität“

Berichte

- 26 Bernhard Brautmeier:
Was ist eine Praxis wert?
- 28 CIRS-NRW startet

Service

- 30 So funktioniert die
BAG-Förderung
- 32 Tipps für die
Dokumentation
- 34 Pädiater kodieren
Prävention
- 38 Berichtspflicht
bleibt bestehen

In Kürze

- 39 Zehn Jahre KOSA aktuell
- 39 Neues QEP-Manual
online bestellen
- 39 Neuropsychologische
Therapie
- 40 Dr. Andreas Gassen:
Doppelt „spitze“
- 40 Der Preis für die
Gesundheit



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

die ärztliche Versorgung der Menschen in Deutschland ist im internationalen Vergleich nach wie vor vorbildlich. Wir alle wissen aus unserer täglichen Erfahrung, dass es trotzdem Raum für Verbesserungen gibt – etwa beim Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Ökonomen und Patientenvertreter monieren die Kluft zwischen den Sektoren seit langem.

In erster Linie sind es die Kolleginnen und Kollegen in den Praxen, aber auch in den Kliniken, die unter den Unzulänglichkeiten an den Nahtstellen leiden: Man denke nur an die Verlagerung der vor- und nachstationären Versorgung in die Praxen – oder an den Mehraufwand, den der mangelhafte Informationsaustausch erzeugt.

Wir haben einen großen Schritt getan, um die Zusammenarbeit zu verbessern – mit der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, den Kostenträgern und der Politik. Wir sind dabei, ein Überleitungsmanagement zu etablieren, das diesen Namen verdient – inklusive einer technischen Lösung, die wir bei Veranstaltungen im Haus der Ärzteschaft und auf dem Gesundheitskongress des Westens gemeinsam mit den Partnern vorgeführt haben. Details dazu finden Sie in dieser Ausgabe.

Auf regionaler Ebene gibt es ihn also, den sachorientierten, vernünftigen Umgang miteinander. Umso bedauerlicher ist es, mit welcher Einfalt, aber auch Dreistigkeit, der GKV-Spitzenverband die Abteilung Attacke mimt – losgelöst von aller Realität. Das Hinweisformular auf der Webseite des Verbandes, das anonyme Hinweise auf Fehlverhalten im Gesundheitswesen – gemeint sind natürlich Ärzte – mit einer kriminalisierenden Wortwahl kombiniert, ist nur noch peinlich.

Es zeigt aber auch, dass wir mit der Imagekampagne für den Arztberuf, die am 26. April bundesweit gestartet ist, das richtige Instrument zur richtigen Zeit gewählt haben. Es hat wenig Sinn, immer nur reflexartig auf Zumutungen der Kostenträger zu reagieren. Wir müssen selbst Flagge zeigen, selbst agieren und selbstbewusst darauf verweisen, welche Leistung die Niedergelassenen Tag für Tag erbringen – auch über die Öffnungszeiten der Praxen hinaus.

Herzliche Grüße

Dr. Peter Potthoff

Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier

Vorstand

Auf dem richtigen Weg

Die Klage über eine schlechte oder gänzlich fehlende Abstimmung an der Nahtstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist so alt wie die Trennung dieser beiden Sektoren selbst. Bis heute fehlt es an Konzepten, die für eine flächendeckende Umsetzung geeignet sind. In einer Fachveranstaltung der KVNO diskutierten Experten und Praktiker über die künftige Kommunikation zwischen Klinik und Arztpraxis, die digital, schnell und einfach sein wird. Bis es flächendeckend soweit ist, kommt bei einem Modellprojekt im Bergischen Land ein Papierformular zum Einsatz, das allen Beteiligten die Arbeit erleichtert.



austausch zwischen Klinik und Praxis eine große Baustelle geblieben.

Auch NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens konstatierte im Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft, dass der Informationsaustausch zwischen ambulanter und stationärer Versorgung längst nicht mehr zeitgemäß sei. Daher, so Steffens, habe sie das Überleitungsmanagement auf die Ta-

„Wenn eine Schraube versandt wird, enthält die Sendung Warenbegleitpapiere, in denen alle wesentlichen Informationen über die Schraube enthalten sind. Dagegen bewegen sich unsere Patienten in der Regel ohne eine begleitende Dokumentation durch das Versorgungssystem.“ Mit diesem Bild beschrieb KVNO-Vorstandschef Dr. Peter Potthoff in seinem Eröffnungsstatement einprägsam die Ausgangslage. Trotz ungezählter Modellprojekte und Integrationsverträge im ganzen Bundesgebiet, so Potthoff weiter, sei der Informations-

gesordnung des Landesgremiums nach Paragraph 90a SGB V gesetzt. Seit vergangenen Jahr sind dort die Spitzen von Landespolitik, Krankenkassen, Vertragsärzten sowie Patientenvertreter versammelt, um die sektorenübergreifende Versorgung voranzubringen.

Erfreut äußerte sich Steffens über den Konsens, den das Gremium darüber erzielt hat, welche Inhalte und Merkmale eine strukturierte Information zwischen Arztpraxis und Klinik mindestens enthalten müsse. *>> weiter auf Seite 4*

++ bitte abtrennen

++ bitte abtrennen

++ bitte abtrennen

++ bitte abtrennen

++ bitte abtrennen

AOK	LKK	BKK	IKK	VDEK	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten					
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status	
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum	

**Ärztlicher Kurzbericht
des niedergelassenen Arztes**

[Praxisstempel]

Einweisungsdiagnose (ICD-10): _____

Nebendiagnose(n) (ICD-10): _____

Hinweise und Empfehlungen: _____

Antikoagulation: ja nein Marcumar-Pass aktualisiert und Patient mitgegeben ja nein

Einweisungsmedikation (Name/Wirkstoff)	Verabreichung					
	Zeitpunkt				Zeitraum	
	morgens	mittags	abends	nachts	von	bis

Mitgebene Befunde

Röntgen Labor EKG Sono Sonstiges

Heil- und Hilfsmittel

Heilmittel _____
Art/verordnet/zu verordnen

Hilfsmittel _____
Art/verordnet/zu verordnen/zur Überbrückung verliehen

Information zur aktuellen Versorgung

Pflegestufe <input type="checkbox"/> [] Stufe	häusliche Krankenpflege verordnet bis _____ Datum <input type="checkbox"/>	Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ambulanter Pflegedienst <input type="checkbox"/>	_____	Telefon _____
stationäre Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/>	_____	Telefon _____
Hospiz <input type="checkbox"/>	_____	Telefon _____

Datum _____ Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____

**Musterformular
für die
Modellregion**



Die in der Modellregion zu Testzwecken verwendete Vorlage für den Kurzbericht steht auch unter www.kvno.de zum Download zur Verfügung.

**Barbara Steffens,
Gesundheitsministerin NRW**



» Wir brauchen eine klare Verbesserung der Kommunikation in der Breite. Das Projekt der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Krankenhausesgesellschaft und Kassen, dessen technische Basis von den Beteiligten selbst entwickelt worden ist, soll einen klaren Nutzen für die Patientinnen und Patienten bringen – und könnte damit beispielgebend sein.«

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



» Wir brauchen im Sinne der Ärzte und der Patienten eine bessere Vernetzung an den Schnittstellen zwischen den Sektoren. Das neue Überleitungsmanagement ist eine praxistaugliche, intelligente Lösung.«

Instrumente in den Alltag integrieren
Jochen Brink, Präsident der Krankenhausgesellschaft des Landes, und Günter van Aalst, Chef der NRW-Landesvertretung der Techniker Krankenkasse, äußerten übereinstimmend die Überzeugung, dass man bei der Verständigung über die Inhalte von Überleitungsdokumenten nicht stehen bleiben dürfe. Nun müsse es darum gehen, diese Instrumente ohne zusätzliche Bürokratie in die Routine-Abläufe der Praxen und Kliniken zu integrieren – und damit auch in deren IT-Systeme.

Wie anachronistisch nach wie vor Informationen oftmals übermittelt werden, verdeutlichte Matthias Meierhofer vom Vorstand des Bundesverbands Gesundheits-IT am Beispiel des Arztbriefs: Zwar dokumentierten über 83 Prozent der Hausärzte und 72 Prozent der Fachärzte in ihrer Praxis bereits vollständig digital. Aber nur fünf Prozent der Arztbriefe würden per E-Mail versandt, der große Rest hingegen per Post oder Fax, mit der Konsequenz, dass diese Daten beim Empfänger nicht digital verfügbar seien.

Dabei, so Meierhofer, sei die Technik für den elektronischen Arztbrief – auch sektorenübergreifend – längst vorhanden. Gehemmt werde der Fortschritt durch ungünstige Rahmenbedingungen, allen voran eine fehlende Telematik-Infrastruktur. In der Folge seien „von unten“ viele Insellösungen entstanden, jedoch ohne einheitliche und verbindliche „Spezifikationen“. Diese seien aber die Voraussetzung für eine flächendeckende Anwendung – und damit letztlich für lohnende Geschäftsmodelle der Industrie.

Dr. André Schumacher, Düsseldorfer Hausarzt und Vorsitzender seiner Kreisstelle, verwies auf die Erfahrungen, die in der Landeshauptstadt mit strukturierten Dokumenten und Verfahren gemacht wurden. Sein Fazit: Der Nutzen wächst mit der Bereitschaft möglichst vieler Akteure, diese Instrumente einzusetzen. Ein pragmatisch konzipiertes Überlei-

tungsmanagement bedeutet am Ende weniger Bürokratie. Und schließlich: Das Ziel der nun vom Land forcierten Entwicklung müsse letztlich ein gänzlich papierloses Verfahren sein.

Digital, schnell und einfach

In einer Doppelrolle als Hausarzt und Klinikarzt stand Schumacher im Mittelpunkt einer Spiel-szene, die vom Plenum aufmerksam verfolgt wurde: Am Beispiel einer fiktiven Gallenstein-Diagnose wurde der Weg eines Patienten vom Hausarzt in die Klinik, dort von der Aufnahme zur OP und schließlich vom Stationsarzt wieder zurück zum Hausarzt beschrieben. In allen Behandlungsepisoden wurden die erhobenen Befund- und Behandlungsdaten dem jeweils nächstbehandelnden Arzt übermittelt: vollständig digital, dabei auf sicherem Weg mit qualifizierter Signatur und vor allem schnell und mit einfacher Handhabung aus der Praxisverwaltung in das Kliniksystem – und umgekehrt.

Gilbert Mohr, Leiter der KVNO-Fachabteilung „IT in der Arztpraxis“, führte mit fachlichen Erläuterungen durch die Szene und verwies auf den engen Zusammenhang des Überleitungsmanagements mit weiteren eHealth-Projekten in Nordrhein. Dazu gehört etwa der jüngst in Düren vorgestellte und erfolgreich getestete elektronische Arztbrief.

Einhellig teilten die Diskutanten auf dem Podium die Meinung, dass sich die Zukunft digitaler Informationstechnologien an ihrem unmittelbaren Nutzen im Alltag entscheide. Dr. Eleftheria Lehmann, Patientenbeauftragte des Landes NRW, erinnerte daran, die Perspektive der Patienten nicht zu vernachlässigen. Technologien, die in erster Linie dazu dienen, den Behandlungstakt in Praxen und Kliniken weiter zu beschleunigen, würden von Patienten als Bedrohung und als Verlust ihrer Autonomie wahrgenommen. Sobald hingegen der Patientennutzen konkret erfahrbar sei, müsse man sich um die Akzeptanz einer modernen Informationstechnik – selbst unter betagten Patienten – nicht sorgen. ■ JOHANNES REIMANN

Dr. André Schumacher, Hausarzt in Düsseldorf und KVNO-Kreisstellenvorsitzender



»Die neu erarbeiteten, in Papierform schon existierenden und künftig elektronisch übermittelbaren Begleitformulare verbessern den Informationsfluss zwischen allen Beteiligten enorm. Das nutzt vor allem dem Patienten, aber auch den Ärzten, die einen besseren Überblick erhalten und einen geringeren Aufwand treiben müssen.«

Matthias Blum, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft NRW



»Wir müssen die chinesische Mauer, die sich zwischen den Sektoren gebildet hat, einreißen und aus Insellösungen eine flächendeckend funktionierende Schnittstelle schaffen. Wichtig ist auch, dass die Ärzte den Mehrwert eines reibungslosen Informationsaustausches erkennen, der auch den Patientinnen und Patienten zugutekommt.«

Günter van Aalst, Leiter der Landesvertretung NRW der Techniker Krankenkasse



»Mit Hilfe des standardisierten Einweisungs- und Entlassmanagements werden die Patienten künftig stärker auf dem Weg von der Arztpraxis ins Krankenhaus und zurück unterstützt. Daraus wird eine bessere Versorgungsqualität für die Patienten resultieren. Das NRW-Projekt nimmt damit eine Vorreiterrolle ein.«

KVNO richtet Internetcafés ein

Ab dem 3. Quartal 2013 müssen alle online abrechnen. Noch reichen etwa 7.000 Praxen in Nordrhein ihre Abrechnung auf CD oder DVD ein. Für sie bedeutet die Pflicht zur Onlineabrechnung: höchste Zeit, umzusteigen.

Der Umstieg lohnt sich. Wer zum Beispiel den eToken zur Abrechnung nutzt, der zahlt den reduzierten Verwaltungsbeitrag von 2,5 Prozent. Außerdem steht per Testabrechnung das amtliche Regelwerk Tag und Nacht für praxisindividuelle Prüfungen zur Verfügung.

eA-light: PIN-Eingabe nun noch sicherer

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein verbessert die Onlineabrechnung mit Hilfe des eArzttausweis light (eA-light), den die Ärztekammer Nordrhein herausgibt. Mit der Onlineabrechnung für das nächste Quartal ist die Eingabe der PIN nur noch über die Tastatur des Kartenlesegerätes möglich – und somit noch benutzerfreundlicher. Angenehmer Nebeneffekt: Die Eingabe über das Lesegerät ist sicherer als das Eintippen in die PC-Tastatur.

Die KV Nordrhein hilft Praxen bei der Umstellung. Mit dem eToken und dem KVNO-Portal führt zum Beispiel ein einfacher, unbürokratischer und preiswerter Weg zur Onlineabrechnung.

Erstmalig richtet die KV Nordrhein in ihren Bezirksstellen in Köln und Düsseldorf

parallel zur Abrechnungsabgabe Internetcafés ein, also vom 1. bis 8. Juli. Den Ärzten und Psychotherapeuten, die ihre Zugangsdaten für das KVNO-Portal und einen eToken mitbringen, helfen Beschäftigte der KV Nordrhein beim Hochladen und Absenden ihrer Abrechnungsdaten – die müssen sie natürlich auch dabei haben. Auch wer einen eArzttausweis light dabei hat und seine zugehörige PIN, kann sich in den Internetcafés zeigen lassen, wie die Onlineabrechnung funktioniert.

Die Internetcafés richtet die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein nochmal für die Onlineabrechnung des 3. Quartals ein, das heißt vom 1. bis 9. Oktober. Während dieser Tage sind in den Bezirksstellen in Köln und Düsseldorf drei Rechner aufgestellt, an denen Mitglieder ihre Onlineabrechnung durchführen können – unterstützt von Experten der KV Nordrhein. ■ NAU

Alle Infos zur Onlineabrechnung finden Sie unter onlineabrechnung.kvno.de

Extraservice rund um die Onlineabrechnung

Internetcafés

Die Internetcafés richtet die KV Nordrhein in Köln und Düsseldorf vom 1. bis 8. Juli und 1. bis 9. Oktober ein.

Beschäftigte der KV Nordrhein helfen Ihnen beim Hochladen und Übertragen Ihrer Abrechnungsdaten in das KVNO-Portal. Die Cafés sind besetzt

Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag	12 – 15 Uhr
Mittwoch	13 – 18 Uhr
Samstag	9 – 13 Uhr

Portalhotline

In den Zeiten, in denen die Abrechnung im KVNO-Portal hochgeladen werden kann, erweitert die KV Nordrhein die Erreichbarkeit der Portal-Hotline.

Vom 20. Juni bis 12. Juli zum Beispiel ist die Portal-Hotline zu folgenden Zeiten erreichbar:

Montag bis Donnerstag	8 – 20 Uhr
Freitag	8 – 16 Uhr
Samstag	8 – 14 Uhr



Online abrechnen – Pflicht ab III/2013

Informationsveranstaltung

Die Informationsveranstaltung mit individueller Beratung wird von 10 bis 14 Uhr angeboten. Der einstündige Informationsvortrag findet um 10 und um 12 Uhr statt.

Experten der KV Nordrhein beantworten Ihre Fragen rund um die Onlineabrechnung 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.

Den eToken können Sie vor Ort bestellen. Mitglieder, die bereits im KVNO-Portal registriert sind, benötigen für die eToken-Bestellung ihre Zugangsdaten. Wer noch keinen Zugang hat, kann sich vor Ort registrieren.

Hotline

Competence Center IT in der Arztpraxis

Telefon 0211 5970 8005

Telefax 0211 5970 8004

E-Mail praxisedv@kvno.de

Portal-Hotline

Telefon 0211 5970 8500

Telefax 0211 5970 9500

E-Mail portal@kvno.de

Termin | Anmeldung E-Mail: onlineabrechnung@kvno.de oder Telefax: 0211 5970 9544

8. Juni 2013 Düsseldorf | Haus der Ärzteschaft | Tersteegenstraße 9 10 Uhr 12 Uhr

Anzahl Teilnehmer/innen: Name/Praxisstempel:



Kassenzärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.



Ärzte zur besten Sendezeit

Die niedergelassenen Ärztinnen, Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland haben ihre Sprechzeiten erweitert: Seit dem 26. April äußern sie sich im Fernsehen, im Internet und auf großflächigen Plakaten in etwa 220 Städten über ihre Arbeit. „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ heißt das Motto der bundesweiten Kampagne, die selbstbewusst auf Leistung und Bedeutung der Ärzte und Therapeuten aufmerksam macht – und das mitunter schiefe Bild des Arztberufs in der Öffentlichkeit nachhaltig verbessern soll.

Am 25. April war die Auftaktpressekonferenz für die Medien in Berlin, am 26. April lief vor der Tagesschau in der ARD um kurz vor 20 Uhr der erste Fernsehspot – die große bundesweite Imagekampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der regionalen KVen läuft jetzt richtig an. Bis zum 11. Mai waren zehn Sendeplätze gebucht. Jetzt starten die Plakatkampagne und das Onlineangebot inklusive der neuen Kampagnenwebseite www.ihre-aerzte.de. Die Praxen haben ein Infopaket mit acht Broschüren, einem Plakat fürs Wartezimmer und Logo-Aufklebern erhalten. Und das ist nur der Auftakt der Kampagne. Im Herbst wird sogar ein Spot im Kino laufen. Fünf Jahre lang soll geworben werden, sollen Deutschlands Ärzte auf allen Medienkanälen ihr wahres Gesicht und im übertragenen Sinne auch Flagge zeigen.

Unter dem Motto „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ sollen die Licht- und Schattenseiten des beruflichen Alltags zur Sprache kommen. Trotz des werblichen Charakters der Kampagne geht es nicht darum, sich selbstherrlich auf die Schulter zu klopfen. Die öffentliche Wahrnehmung soll verändert und das von interessierter Seite lancierte Bild eines arroganten, ausschließlich an seinen Einkünften orientierten Berufsstands korrigiert werden. Auch wenn sich viele Patienten davon wenig beeinflussen lassen und das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten nach wie vor ein hohes Gut darstellt: Die Kampagne soll sicherstellen, dass die Öffentlichkeit den Wert der Arbeit von über 150.000 Ärzten in unserem Land nicht nur für die Gesundheit, sondern auch für Wirtschaft und Gesellschaft erkennt. Sie wurde durch mehre-

Mehr als 40 Ärztinnen und Ärzte verschiedenster Fachgruppen haben der Kampagne Gesicht und Stimme verliehen. Alle Praxen erhalten ein Starterpaket mit Material zum Auslegen und Aufhängen.



re Beschlüsse der Vertretersammlung der KBV auf den Weg gebracht und wirkt als Sprachrohr und Verstärker für ärztliche Belange und Interessen.

Die Kampagne ist zudem längst Gegenstandmunterer Debatten. So mancher runzelt die Stirn, wenn er das Gesamtpaket betrachtet, für das etwa 15 Millionen Euro investiert werden. Eine enorme Summe, die sich freilich relativiert, wenn man die Dauer der Kampagne, die Kosten für reichweitenstarke Spots, insbesondere in ARD und ZDF, und natürlich die professionelle Gestaltung betrachtet. „Immer wieder werden die KVen aufgefordert, sich medial vor die Ärzte zu stellen und für den Arztberuf zu werben – das ist mit dieser Kampagne, die natürlich mit PR-Maßnahmen und journalistischen Impulsen ergänzt werden muss, der Fall“, sagt Dr. med. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. „Natürlich kann man darüber streiten, ob und wie für unseren Beruf geworben werden muss. Klar ist aber: Wir können mit dieser Kampagne viele Menschen und Akteure, auch in Medien und Politik, erreichen, die wir mit klassischer Pressearbeit – oder Protestaktionen – nicht erreichen können. Die Kampagne, die bewusst kein Statement zum Bundestagswahlkampf ist, soll das Image der Ärzte nachhaltig positiv beeinflussen – und damit natürlich auch den Nachwuchs ansprechen, den wir für die Niederlassung gewinnen wollen.“

Ärzte und Therapeuten zeigen Profil

Zum geeigneten Zeitpunkt stehe eine Überprüfung der Mittel und Wege der Kampagne an – „jetzt warten wir aber erst einmal den Start und die Reaktionen in der Öffentlichkeit ab“, so Potthoff. Überraschen wird die Kampagne durch die Machart in jedem Fall: So offensiv haben Ärzte bisher nicht für ihren Berufsstand geworben. Für das Konzept zeichnet die Kommunikationsagentur „ressourcenmangel“ mit verantwortlich, die der Kampagne bis 2017 jedes Jahr einen neuen „Dreh“ verschaffen soll. Zum Start soll zunächst der Claim „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ allein wirken, später kommen weitere Botschaften hinzu – erst einmal geht es darum, größtmögliche Aufmerksamkeit zu erzielen und dabei authentisch zu wirken.

Eine wichtige Rolle spielen in diesem Zusammenhang die Ärzte, die gezeigt werden – keine idealisierten, lächelnden Models, sondern normale niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Etwa 70 Ärzte und Therapeuten standen im Vorfeld vor der Kamera. Weitere werden gesucht: Anmeldungen zu einem Shooting am 5. Juni dieses Jahres am „Tag der Niedergelassenen“ in Berlin können über kontakt@ihre-aerzte.de erfolgen. An diese E-Mail-Adresse können auch Anregungen, Wünsche und Fragen gerichtet werden. Zusätzliches Material kann über die Kampagnenwebseite www.ihre-aerzte.de angefordert werden. ■ DR. HEIKO SCHMITZ



Zeit gewinnen ohne Zeitangabe

Sie kommen so unscheinbar daher, die kleinen Modifikationen in den großen Paragrafenwerken. Doch mitunter haben sie gewaltige Auswirkungen auf den Arbeitsalltag in den Praxen. Der jüngste Fall in der Geschichte der Vertragsarzt-Bürokratie: die Verordnung von Hilfsmitteln zum Gebrauch.

Es ging um Hilfsmittel aus sieben Produktgruppen, um Pen-Nadeln, Windeln und Blutlanzetten zum Beispiel, Hilfsmittel, die zum Gebrauch beim Patienten bestimmt waren. Deren Abrechnung regelt „die technische Anlage für die maschinelle Abrechnung (elektronische Datenvermittlung).“ Der Titel lädt nicht gerade zum Lesen ein. Zum Glück gehört zumindest diese Anlage nicht zur Pflichtlektüre der Vertragsärzteschaft, da sie primär das Verhältnis zwischen Apotheken und den Datenannahmestellen der Kassen regelt.

ungen, was die Mengenangaben betrifft. Für die Praxen hätte dies bedeutet: Konfusion pur.

Die KV Nordrhein reagierte sofort. Am 21. März machte der Vorstandsvorsitzende Dr. Peter Potthoff die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf das aufsteigende Problem aufmerksam. „Die Änderungen haben bereits – sicherlich nicht nur im Bereich der KV Nordrhein – zu einem erheblichen bürokratischen Mehraufwand geführt.“ Die KV Nordrhein hatte zuvor die Rechtslage geprüft und wies die KBV darauf hin, dass es bei den Bestimmungen hinsichtlich der Rezepte keine Änderung gegeben habe. „Dort ist der Versorgungszeitraum in Übereinstimmung mit den weiterhin geltenden vertragsärztlichen Vorgaben (zum Beispiel Vordruckvereinbarung, Hilfsmittelrichtlinie) nicht genannt.“ Damit war der Ausweg aus dem Dilemma geebnet.

KVNO kämpft für Sie

Melden Sie Ihren Fall der Redaktion

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

Aber eben nur primär. Seit Anfang April traten die ersten Apotheken mit der Bitte an die Praxen heran, bei den genannten Hilfsmitteln Versorgungszeiträume auf den Verordnungen anzugeben. Genau dies nämlich sollte nun auf den Hilfsmittelrezepten stehen – zumindest auf denen der sieben genannten Produktgruppen.

Noch komplizierter wurde die Angelegenheit dadurch, dass ein Teil der Kassen, darunter zum Beispiel die Barmer GEK und einige Betriebskrankenkassen, auf der Basis der Richtlinie abrechnet, ein anderer Teil nicht. Ganz zu schweigen von unterschiedlichen Anforderun-

Am 18. April stellte die KBV klar: „Der Versorgungszeitraum auf den Verordnungen für Hilfsmittel zum Verbrauch ist nicht vom Vertragsarzt einzutragen.“ Ein Erfolg, der eine weitere bürokratische Belastung der Praxen verhindert. Der GKV-Spitzenverband hat diese Position inzwischen bestätigt.

Nun haben leider die Apotheken den Schwarzen Peter. Sie müssen jetzt den Zeitraum einzutragen, der sich ja aus der verordneten Menge ergibt. Inzwischen interveniert aber der Deutsche Apothekerverband gegen den bürokratischen Mehraufwand. Die KV Nordrhein wünscht viel Erfolg! ■ NAU



www.kvno-portal.de

Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

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

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

Kontakt

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



www.kvno-portal.de 

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

Der dritte Sektor erhält Kontur

Seit Ende März liegt sie vor: die Richtlinie für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). In diesem Sektor sollen Patienten mit seltenen Krankheiten oder schweren Verläufen von Ärzten aus dem ambulanten und stationären Bereich interdisziplinär versorgt werden. Die Onkologie scheint dabei als Blaupause für den neuen Sektor zu dienen.

In diesem Bereich sei der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am weitesten fortgeschritten, sagt Dr. Regina Klakow-Franck, die unparteiische Vorsitzende des eigens für die ASV geschaffenen Unterausschusses. Das bestätigt auch die erste Fassung der Richtlinie, die der G-BA im März beschlossen hat.

Onkologische Erkrankungen im Fokus

Demnach stehen bei den schweren Verlaufsformen vordringlich gastrointestinale Tumoren, Tumoren der Bauchhöhle und gynäkologische Tumoren im Blickpunkt des G-BA. Dazu kommen rheumatologische Erkrankungen und Herzinsuffizienz. Bei seltenen Erkrankungen wird die Priorität bei Tuberkulose, Marfan-Syndrom, Pulmonaler Hypertonie, Mukoviszidose und primär sklerosierender Cholangitis liegen.

Die ASV soll nach den Worten von Klakow-Franck in Form einer „patientenzentrierten Zentrumsversorgung“ stattfinden, die auf vernetzten Strukturen im ambulanten und stationären Bereich aufbaut. Diese sind unter anderem in der Onkologie längst Usus. Es gebe enge Kooperationen zwischen niedergelassenen Onkologen und ihren Kollegen in den Krankenhäusern, weiß der Vorsitzende des Berufsverbandes Niedergelassener Hämatologen und Onkologen (BNHO), Dr. Stephan Schmitz. 90 Prozent der niedergelassenen Onkologen nähmen zum Beispiel an interdisziplinären Tumorkonferenzen teil. Solche interdisziplinären Teams sieht die ASV vor.

Gutes Geld für gute Leistung?

Interessant könnte der neue Versorgungssektor wegen der Bezahlung werden. Den niedergelassenen abrechnenden Ärzten obliegt die Entscheidung, ob sie direkt mit den Krankenkassen abrechnen oder über die Kassenärztliche Vereinigung. In beiden Fällen dienen zunächst der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und der regionale Punktwert als Grundlage. Es gibt allerdings keine Budgetierung, das Morbiditätsrisiko liegt bei den Kassen.

In Zukunft sollen die Leistungen nach einer diagnosebezogenen Gebührenordnung in festen Euro-Beträgen bezahlt werden. Doch diese müssen der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung noch aushandeln – und eine gesetzliche Frist, bis zu der die ASV-Gebührenordnung stehen muss, gibt es nicht.

Die vom G-BA beschlossene Richtlinie legt bislang lediglich allgemeine Regelungen zur Struktur der interdisziplinären Teams und zu den personellen Anforderungen an die teilnehmenden Ärzte fest. Zudem hat der G-BA die sogenannten sächlichen und organisatorischen Voraussetzungen definiert, die erfüllt sein müssen, beispielsweise das Vorhandensein von Intensivstation und Notfalllabor.

Weitere Regelungen betreffen den Behandlungsumfang einschließlich der Definition schwerer Verlaufsformen, die Qualitätssicherung, die Überweisungserfordernisse sowie die Information der Patienten. „Die ambulante spezialfach-

Stichwort: ASV

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist mit dem Versorgungsstrukturgesetz Anfang 2012 geboren – zumindest als grobe gesetzliche Vorgabe. Diese sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Form einer Richtlinie konkretisieren, die eigentlich am 1. Januar 2013 die Regelungen für die ambulante Behandlung im Krankenhaus ersetzen sollte, also die Bestimmungen im § 116 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V). Laut der ASV können Vertragsärzte beziehungsweise medizinische Versorgungszentren und Krankenhäuser künftig besonders schwere Erkrankungen unter grundsätzlich denselben Anforderungen ambulant behandeln. Im März hat der G-BA eine erste Fassung beschlossen.

ärztliche Versorgung ist ein neuer, sektorenübergreifender Versorgungsbereich. Erstmals wurden von Grund auf einheitliche Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte definiert“, sagt Klakow-Franck. Sie kündigte an,

der G-BA werde auf Basis der beschlossenen allgemeinen Regelungen schrittweise die diagnose-spezifischen Anlagen überarbeiten „und so die neue Richtlinie so bald wie möglich mit Leben erfüllen.“ ■ FRANK NAUNDORF

„Die Onkologie ist nur der Anfang“

Über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) sprach KVNO aktuell mit PD Dr. Stephan Schmitz, dem Vorsitzenden des Berufsverbandes der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen (BNHO).

Wann rechnen Sie damit, dass die ersten Ärzte Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erbringen?



PD Dr. Stephan Schmitz (57) ist niedergelassener Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie und Arzt für Palliativmedizin in Köln. Der vierfache Vater ist zudem seit 2000 Vorsitzender des BNHO.

Schmitz: Die Richtlinie tritt erst in Kraft, wenn neben dem jetzt verabschiedeten Paragrafen-teil eine erste Erkrankung im Rahmen einer Anlage konkretisiert ist. Damit ist frühestens im letzten Viertel dieses Jahres zu rechnen. Erst danach können Anträge zur Teilnahme an der ASV beim erweiterten Landes-ausschuss gestellt werden.

In welchen Indikationsgebieten wird die ASV die größte Rolle spielen?

Schmitz: Man wird mit Erkrankungen aus der Onkologie beginnen. Darüber hinaus werden die Rheumatologie und wahrscheinlich neben den seltenen Erkrankungen die Gastroenterologie/Hepatologie eine größere Rolle spielen. Wann und wie HIV-Erkrankungen einbezogen werden, kann ich zurzeit nicht abschätzen.

Welchen Anteil wird die ASV an der gesamten onkologischen Versorgung haben?

Schmitz: Zunächst einmal einen eher kleinen Anteil. Der weitere Verlauf wird von den Konkretisierungen der Erkrankungen in den Anlagen, aber auch von der Honorierung abhängen. Wichtig ist, dass die ASV ein Zusatzangebot ist, welches den normalen vertragsärztlichen Bereich nicht ersetzt. Die Behandlung onkologischer Pa-

tienten im Rahmen der bisherigen vertragsärztlichen Regeln bleibt also möglich. Auch qualitätssichernde Vereinbarungen zur ambulanten Behandlung krebskranker Patienten bleiben natürlich erhalten.

Wie werten Sie die ASV?

Schmitz: Der BNHO begrüßt die Einführung des spezialfachärztlichen Sektors und die hohen Anforderungen an die interdisziplinäre Diagnostik und Therapie. Wir haben seit Jahren die Einrichtung eines dritten Sektors vorgeschlagen und die Entwicklung des Gesetzes begleitet. Trotzdem hängt die letztendliche Bewertung von der Umsetzung der Richtlinie vor Ort ab. Wenn die ASV Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten fördert, wird sie ein Erfolg. Wenn sie den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten weiter anheizt, wird sie die Versorgung nicht verbessern.

Ist die ASV nicht auch ein Risiko für niedergelassene Ärzte, weil Kliniken ihre Tätigkeit in den ambulanten Bereich ausweiten könnten?

Schmitz: Es gibt einige Regelungen in der Richtlinie, die wir durchaus kritisch sehen. So dürfen Krankenhäuser zum Beispiel über die in der ASV vorgesehenen Erkrankungen hinaus auch fachärztliche Leistungen erbringen, wenn diese in einem unmittelbaren Zusammenhang zur § 116b-Erkrankung stehen. Dies ist kaum kontrollierbar und erweitert die Möglichkeiten für die Kliniken. Aber: Kliniken können mit oder ohne den neuen § 116b ihre Tätigkeiten massiv in den ambulanten Bereich ausdehnen. Spätestens seit dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz 2004 ist das Monopol der ambulanten Versorgung für Vertragsärzte gefallen. ■ DAS GESPRÄCH FÜHRTE FRANK NAUNDORF.

Untersuchungen, Verordnungen, Ein- oder Überweisungen – Was dürfen Kliniken fordern?

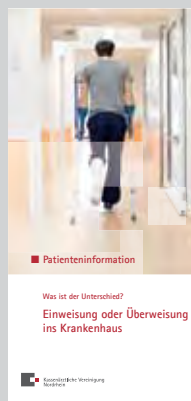
Sie haben einen Patienten ins Krankenhaus eingewiesen oder überwiesen und alles Erforderliche veranlasst. Doch plötzlich erscheint der Patient wieder in der Praxis, weil das Krankenhaus weitere Untersuchungen oder Einweisungs- oder Überweisungsscheine haben möchte. Was tun?

Grundsätzlich gilt: Ein Krankenhaus ist für die stationäre Versorgung zuständig; die stationäre Versorgung kann nur durch Krankenhäuser erfolgen. Doch Kliniken sind auch teilstationär, vor- und nachstationär tätig. Und ihnen stehen weitere Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten Bereich offen.

Sind die Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten Versorgungsbereich erschöpft und

soll der Patient in einem Krankenhaus behandelt werden, kann dort eine ambulante oder stationäre Behandlung angezeigt sein. Die Entscheidung hierüber trifft der Vertragsarzt. Die stationäre Behandlung ist dann erforderlich, wenn die notwendige medizinische Versorgung nur noch mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses durchgeführt werden kann. In jedem Fall gilt: ambulant vor stationär!

Patienteninfo: Einweisung oder Überweisung



Mit dieser Ausgabe von KVNO aktuell erhalten Sie einen Flyer, der Patienten den Unterschied zwischen Einweisungen und Überweisungen erläutert. Wenn Sie weitere Exemplare für Ihre Praxis möchten, erhalten Sie diese über:

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

Die Erforderlichkeit der Behandlung hat das Krankenhaus selbst zu prüfen. Auch wenn eine Einweisung vorliegt, muss das Krankenhaus feststellen, ob das Behandlungsziel nicht durch eine teilstationäre oder vor- und nachstationäre – oder sogar durch eine ambulante Behandlung erreicht werden kann.

Das muss die Klinik leisten

Die Krankenhausbehandlung umfasst neben der ärztlichen Behandlung, der Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung auch die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Wünsche des Krankenhauses nach diesbezüglichen Verordnungen sind unzulässig. Die Praxen sollten sie ablehnen.

Mit der Krankenhauseinweisung ist ebenfalls der Weg zur prästationären ambulanten Behandlung im Zeitraum von fünf Tagen vor der stationären Behandlung eröffnet. Die nieder-

gelassenen Ärztinnen und Ärzte müssen Patienten dafür ihre Behandlungsunterlagen, Röntgenbilder, Blutbilder usw. zur Verfügung stellen.

Hält das Krankenhaus weitere vorbereitende Untersuchungen für nötig, können diese im Rahmen der prästationären Behandlung vom Krankenhaus vorgenommen werden. Anforderungen weiterer Untersuchungen an den ambulanten Bereich sind abzulehnen.

Verträge mit Kliniken

Die Klinik könnte indes die prä- oder poststationäre Behandlung auch durch einen hierzu ausdrücklich beauftragten Vertragsarzt erbringen lassen. Dies wäre nunmehr auch in der Arztpraxis möglich. Diese Behandlung wäre vom Krankenhaus zu vergüten. Eine Vergütung durch die Kassenärztliche Vereinigung findet in diesen Fällen nicht statt. Voraussetzung für Leistungserbringung und Vergütung ist eine Vereinbarung mit dem Krankenhaus. Ein Anspruch hierauf besteht jedoch nicht. Achtung: Die mit dem Krankenhaus vereinbarte Vergütung muss angemessen sein, damit kein Verdacht einer verbotenen Einweisung gegen Entgelt aufkommen kann. Im Zweifel können Praxen entsprechende Verträge der KV Nordrhein zur Begutachtung vorlegen.

Haben Sie die Entscheidung für eine stationäre Einweisung getroffen und dem Patienten die Einweisung mitgegeben, sollten Forderungen des Krankenhauses nach weiteren Einweisungsscheinen und weiteren Untersuchungen abgelehnt werden. Dem Krankenhaus stehen aufgrund der Einweisung alle Möglichkeiten offen abzuklären, ob eine stationäre Behandlung erforderlich ist; es kann prästationäre Untersuchungen selbst durchführen oder diese im Rahmen einer Vereinbarung mit Vertragsärzten auf Krankenhauskosten vereinbaren. Gleiches gilt für die poststationäre Behandlung innerhalb von 14 Tagen.

Behandlungen im Krankenhaus außerhalb der gesetzlichen Fristen, von fünf Tagen vor und 14 Tagen nach der stationären Behandlung, bedürfen einer Überweisung. Diese kann nur ausgestellt werden, wenn eine Ermächtigung besteht. Sofern ein Krankenhausarzt, oder in Ausnahmefällen eine Institutsambulanz, nicht über eine entsprechende Ermächtigung verfügt, können durch das Krankenhaus weitere Untersuchungen nicht mehr vorgenommen werden.

Die Entscheidung über eine Überweisung ins Krankenhaus zu einer ambulanten Behandlung, wie eine ambulante Operation, treffen Sie nach medizinischen Gesichtspunkten. Wünsche nach weiteren Einweisungen sollten Sie ablehnen, zum Beispiel für eine „Spezialsprechstunde“, für die keine Ermächtigung besteht. ■ INA NEULEBEN

Behandlungen in Krankenhäusern

Bei einer Überweisung ins Krankenhaus sollten niedergelassene Ärztinnen und Ärzte die unterschiedlichen Möglichkeiten abwägen. Für eine Überweisung kommen in Betracht:

- Ermächtigung eines Krankenhausarztes im Falle einer qualitativen oder quantitativen Versorgungslücke. Hier besteht ein bestimmter Ermächtigungskatalog, der in der Arzt- und Psychotherapeutenstudie der KV Nordrhein im Wortlaut einsehbar ist.
- Ermächtigung einer Institutsambulanz. Diese ist gegenüber einer persönlichen Ermächtigung eines Krankenhausarztes nachrangig und daher selten.
- Ambulante Operationen nach einem festgelegten vereinbarten Katalog. Krankenhäuser sind nicht verpflichtet, diese Operationen ambulant zu erbringen. Voraussetzung ist, dass das Krankenhaus die Erbringung bestimmter ambulanter Operationen angemeldet hat. Ein Überweisungsschein soll ausgestellt werden, ist hier jedoch nicht zwingend erforderlich.
- Behandlung in einer Hochschulambulanz (Poliklinik). Die Ermächtigung der Polikliniken dient der Forschung und Lehre.
- Künftig auch bestimmte Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung. Einzelheiten hierzu regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (siehe Seite 12f.).

Aufklärung tut not

Von Dr. med. Frieder Götz Hutterer

Täglich spielen sich unangenehme Szenen in den Vertragsarztpraxen ab. Grund hierfür sind Wünsche und Forderungen von Patienten nach Überweisungen, Krankenhauseinweisungen oder Leistungsanforderungen durch Krankenhäuser. Das kostet wertvolle Zeit – die Diskussion beginnt bei den medizinischen Fachangestellten an der Rezeption.

Das Angebot für ein klärendes Gespräch wird meist abgelehnt, da die Krankenhausbehandlung schon terminiert ist oder gar schon stattgefunden hat. Der Patient benötigt nur noch den notwendigen „Abrechnungsschein“. Wird dieser Wunsch verweigert, führt das oft zu Ärger und Unverständnis – und nicht selten zur Beschwerde der jeweiligen Krankenkasse.

Unverständlich, sollte man meinen, denn die Krankenhauseinweisung, genauso wie die gezielte Überweisung für erforderliche Untersuchungen oder Therapien, ist doch sorgfältig durch den Vertragsarzt selbst durchzuführen oder zu veranlassen. Trotzdem werden wiederholt ohne Zuweisung des niedergelassenen Arztes Untersuchungen im Krankenhaus durchgeführt: Manchmal aufgrund eines Patientenwunsches, häufig wegen Unwissenheit des Praxispersonals.

Zudem häufen sich in letzter Zeit die Informationsveranstaltungen für Bürgerinnen und Bürger und die Werbebotschaften allerlei stationärer und ambulanter Einrichtungen. „Gut informiert“ sucht dann der Patient die Hausarztpraxis auf, um eine Überweisung zu einer „Spezialprechstunde“ oder einer „Spezialuntersuchung“ einzufordern.

Die Einsicht, dass dafür eine Indikation durch den Arzt notwendig ist, fehlt völlig. Auch kommt es zum Beispiel vor, dass eine Notfallbehandlung in der Krankenhausambulanz zu auffälligen Laborparametern führt, die weitere Untersuchungen nach sich ziehen. Diese werden dann schon terminiert und der Patient verlangt beim Haus- oder Facharzt nur noch die notwendige Überweisung oder Krankenhauseinweisung. Hier wird in eklatanter Weise die Kompetenz des Arztes untergraben und die Verantwortung nach den Paragraphen 12 und 60 des Sozialgesetzbuches V umgangen.

Ein weiteres Ärgernis stellt die spätere Einbestellung nach einem stationären Aufenthalt dar. Patienten werden zum Teil schon mit festem Termin aus dem Krankenhaus entlassen. Diese so einfach in den Praxisalltag zu integrieren, ist aber nur in seltenen Fällen und auch nur über eine entsprechende Ermächtigung möglich. Der Patient jedoch hat dafür kein Verständnis, denn der Krankenhausarzt hat ja gesagt, er müsse kontrolliert werden.

Den Höhepunkt dieser „Anforderungspraxis“ stellt die Einweisung für eine geplante ambulante Leistung dar. In jenen Fällen besteht in der Regel



Dr. Frieder Götz Hutterer

noch nicht einmal eine Ermächtigung; das betrifft Gastroskopien, Koloskopien, Gefäßuntersuchungen oder radiologische Untersuchungen.

Dass „lange Wartezeiten“ kein Argument sein dürfen, dafür müssen wir sorgen: Der Aufklärungsflyer der KVNO zum Thema „Ein-/Überweisung“ ist deshalb seit langem notwendig. Jeder Teilnehmer der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung muss über die Modalitäten informiert sein. Dies gilt nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Verantwortlichen in den stationären Einrichtungen. Der Flyer ist ein guter Service für den niedergelassenen Vertragsarzt: sowohl als Argumentationshilfe als auch für seine Sicherheit.

J1: Landkreis Mettmann ist spitze

Im Landkreis Mettmann gehen knapp 70 Prozent aller Jugendlichen zur Gesundheitsuntersuchung J1. Damit liegt der Landkreis im bundesweiten Vergleich auf Platz 1. Dies belegt erstmals eine bundesweite Studie der Wissenschaftler des Versorgungsatlas. Die Studie zeigt: Nur 43 Prozent der gesetzlich versicherten Jugendlichen nehmen die J1-Untersuchung in Anspruch. „Es muss alles getan werden, um mehr Jugendliche zur Teilnahme zu motivieren“, sagt Dr. Sandra Mangiapane, die Leiterin des Versorgungsatlas.

Dass dies möglich ist, belegen die deutlichen regionalen Unterschiede: Während in manchen Regionen nur jeder fünfte Jugendliche das Angebot in Anspruch nimmt, glänzt der Landkreis Mettmann mit Teilnahmeraten von rund 70 Prozent. Die Nachfrage der Experten vom Versorgungsatlas ergab: Die

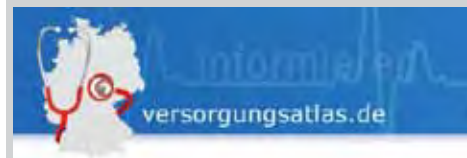
Gesundheitsbehörden hatten nicht nur die Eltern, sondern auch die Jugendlichen selbst persönlich angeschrieben. Diese direkte und persönliche Ansprache und damit Wertschätzung scheint bei den jungen Leuten gut angekommen zu sein.

Das Beispiel Mettmann belegt, dass es durch solche Maßnahmen möglich ist, die Teilnahmeraten zu erhöhen.

Stichwort: Versorgungsatlas

Der Versorgungsatlas ist eine Einrichtung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI). Er wurde institutionalisiert als öffentlich zugängliche Informationsquelle mit Studien zur medizinischen Versorgung in Deutschland. Schwerpunkt der Studien sind regionale Unterschiede in der Versorgung sowie deren unterschiedliche Strukturen und Abläufe. Die Analysen sollen Anhaltspunkte liefern, wie die Versorgung verbessert werden kann.

Mehr Infos unter www.versorgungsatlas.de



Mettmann: Impfprogramm des Gesundheitsamtes

In den zehn Städten des Kreises Mettmann finden im Mai und Juni Impfkaktionen statt – zum elften Mal seit 2003. Das Gesundheitsamt sammelt die Impfbücher der Viertklässler ein und prüft, ob die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen eingetragen sind. Die Eltern erhalten im Anschluss eine Info über den Impfstatus und die noch durchzuführenden Impfungen. „Aufgrund unserer Empfehlungen sind viele Kinder in den Praxen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erschienen, um sich impfen zu lassen“, berichtet Dr. Claudia Niederer, Leiterin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes Mettmann.

Im Schuljahr 2011/2012 besuchten in den Grund- und Förderschulen des Kreises 4.472 Kinder die vierte Klasse. Zwei Drittel legten ihre Impfausweise vor. Bei 82 Kindern bestand kein ausreichender Impfschutz gegen

Masern, gegen Hepatitis B waren 139 Kinder nicht oder nicht ausreichend geimpft, gegen Meningokokken C hatten 462 Kinder keinen Impfschutz. Seit 2009 findet in Mettmann jährlich auch ein Impfinterventionsprogramm in den Haupt- und Förderschulen der Neuntklässler statt. Von 901 Schülerinnen und Schülern legte knapp die Hälfte ein Impfheft vor. Ein Ergebnis: Bei 195 Mädchen, die einen Impfausweis vorgelegt hatten, waren nur 66 vollständig gegen HPV geimpft.

Fazit: Im Vergleich zum Jahrgang zuvor ist bei den Viertklässlern ein deutlicher Anstieg der Durchimpfungsrate bei Masern, Hepatitis B und Meningokokken C festzustellen. Um die Raten auch bei den Neuntklässlern zu erhöhen, bieten die Ärztinnen und Ärzte des Gesundheitsamtes Infoveranstaltungen in den Schulen an.

Anpassung Dialysesachkosten

Die Sachkostenpauschalen für Dialysen sinken zum 1. Juli 2013. Dafür werden die ärztlichen Betreuungsleistungen besser vergütet. Anlass für die Neuregelung war eine Untersuchung des Instituts des Bewertungsausschusses. Das Institut kam zu dem Ergebnis, dass die Sachkosten zu hoch, die ärztlichen Betreuungskosten aber zu gering bewertet seien. Die Krankenkassen haben deshalb auf eine Neuregelung der Finanzierung mit deutlich geringeren Kostenpauschalen gedrängt.

Die wesentlichen Änderungen ab 1. Juli 2013:

- Die Dialysewochen- und -einzelpauschalen werden mengenbezogen abgesenkt und in vier Preisstufen nach der Menge der abgerechneten Dialysewochen eingeteilt.
- Die Grundpauschalen und ärztlichen Betreuungsleistungen werden extrabudgetär ohne Mengenbegrenzung und zu festen Preisen vergütet. Das gilt für die ärztlichen nephrologischen Betreuungsleistungen des EBM-Abschnitts 13.3.6, für die Versichertenpauschalen 04110 bis 04122 EBM sowie für die kinderärztlichen nephrologischen Leistungen in Abschnitt 4.5.4.
- Der Patientenkreis bei chronischer Niereninsuffizienz wird erweitert (EBM-Nrn. 04560 und 13600). Die Behandlung niereninsuffizienter Patienten ist künftig bereits ab einer glomerulären Filtrationsrate unter 40ml/min/1,73 m² Körperoberfläche abrechnungsfähig.

In der neuen Fassung des EBM-Abschnittes 40.14 finden Sie die Pauschalen und Zuschläge, die neu gefassten Dialysewochenpauschalen (EBM-Nr. 40823) und -einzelpauschalen (EBM-Nr. 40824). Bei bestimmten Dialysen, wie der Heimdialyse, wird es keine mengenbezogene Abstufung geben, hier wird ab 1. Juli ein neuer fester Preis gelten. Die Kinderdialyse soll durch eine Neubewertung besser vergütet werden.

Alle Informationen finden Sie unter www.kvno.de

Hörgeräte: Formulare und elektronische Dokumentation

Ärzte mit Genehmigung zur Hörgeräteversorgung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung müssen ab 1. April 2013 bestimmte Angaben elektronisch dokumentieren. Die Fragebögen zur Bestimmung der Hörbehinderung (APHAB) vor und nach der Hörgeräteversorgung sind vom Patienten auszufüllen. Wenn Patienten dazu nicht in der Lage sind, muss der Grund dafür in der Patientenstammdaten-datei dokumentiert werden.

Mit der Angabe der Symbolnummer 99000 vor und 99001 nach der Hörgeräteversorgung ist die Abrechnung der EBM-Nummern 09372 bzw. 09373 auch dann gegeben, wenn die Bögen von den Patienten nicht ausgefüllt wurden.

Die APHAB-Formulare können Sie ab sofort über den Formularversand Muster 470 vor und Muster 471 nach der Hörgeräteversorgung beziehen oder im Internet der KV Nordrhein herunterladen.

Weitere Informationen sowie die Muster 470 und 471 zum Herunterladen finden Sie unter www.kvno.de
KV | 130518

Tonsillotomie-Verträge

Für die Durchführung von Operationen nach den Tonsillotomie-Verträgen mit der AOK Rheinland/Hamburg, den Betriebskrankenkassen, der BARMER GEK, der Kaufmännischen Krankenkasse und der Knappschaft ist es notwendig, dass die Patienten in den Vertrag eingeschrieben werden. Für die Abrechnung müssen die in der Teilnahmeerklärung geforderten Angaben zum Patienten vollständig sein.

TK: Bessere Vergütung der U10, U11 und J2

Die Techniker Krankenkasse vergütet seit dem 1. April 2013 alle erbrachten Präventionsuntersuchungen U10, U11 und J2 mit 53 Euro.

Infektionsschutzgesetz: Neue Meldepflichten

Seit Ende März 2013 gelten für Ärzte und Labore neue Meldepflichten. Meldepflichtig sind nun für Ärzte nach Paragraph 6 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod bei Pertussis (Keuchhusten), Mumps, Röteln einschließlich Rötelnembryopathie und Varizellen (Windpocken). Labore müssen nach § 7 (IfSG) den Nachweis der Erreger dieser Krankheiten an das zuständige Gesundheitsamt melden, wozu zusätzlich das Varicella-Zoster-Virus gehört. Paragraph 6 IfSG bezieht sich auf die Meldepflicht von Krankheiten, Paragraph 7 auf die Erreger.

Durch die neuen Meldepflichten können bundesweit verlässliche Daten zur Krankheitslast dieser Infektionskrankheiten erhoben werden, denen durch Impfen vorgebeugt werden kann. Die Gesundheitsämter können damit Ausbrüche dieser Erkrankungen frühzeitig erkennen und eine Ausbreitung durch entsprechende Schritte (Impfungen, Isolation) verhindern.

Die Meldebögen und weitere Materialien finden Sie unter www.lzg.gc.nrw.de im Internet des Landesentrums für Gesundheit NRW sowie unter www.rki.de
KV | 130519

Stadt Düsseldorf: Krankenscheine für Asylbewerber

Die Scheine des Amtes für soziale Sicherung und Integration der Stadt Düsseldorf für leistungsberechtigte Asylbewerber für das 2. Quartal 2013 sind trotz teilweise fehlender interner Versichertennummer gültig. Die Krankenscheine ohne Versichertennummer können Sie wie üblich über die KV Nordrhein abrechnen.

Röteln: Elf-Tage-Regelung gestrichen

Nach einem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses wurde in den Mutter-

schaftsrichtlinien im Abschnitt serologische Untersuchungen und Maßnahmen während der Schwangerschaft ein Satz gestrichen. Danach sind weiterführende serologische Untersuchungen nicht notwendig, wenn innerhalb von elf Tagen nach erwiesenem oder vermutetem Röteln-Kontakt spezifische Antikörper nachgewiesen werden. Grund für die Streichung war, dass je nach Gestationsalter der betroffenen Schwangeren nicht in jedem Fall auszuschließen ist, dass eine Infektion stattgefunden hat und damit weitere Untersuchungen erforderlich werden.

Neue Leistung in der gesetzlichen Unfallversicherung

Die gesetzlichen Unfallversicherungsträger übernehmen seit dem 1. April 2013 im Hautarztverfahren und in der dermatologischen Begutachtung die Vergütung von Fotos, die den im jeweiligen Bericht und im Gutachten beschriebenen Hautbefund dokumentieren und auf CD/DVD zur Verfügung gestellt werden.

Die Fotos können Sie unter der Gebührennummer 196 UV-GOÄ mit 8,50 Euro abrechnen. Die Vergütung erfolgt unabhängig von der Anzahl der Fotos. Eine darüber hinausgehende notwendige Fotodokumentation kann durch den Unfallversicherungsträger nach Rücksprache genehmigt werden.

Den Beschluss der Ständigen Gebührenkommission der Ärzte und Unfallversicherungsträger finden Sie im Deutschen Ärzteblatt. Die aktuelle Gebührenordnung mit den Änderungen finden Sie unter www.kbv.de

Kontakt

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

Frühe Nutzenbewertung: Antidiabetika und orale Antikoagulantien – Bestandsmarkt wird geprüft

Bei der frühen Nutzenbewertung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für Linagliptin erneut keinen Zusatznutzen festgestellt. Denn in der Studie zum direkten Vergleich gegenüber Glimepirid wurden zwei unterschiedliche Therapieregime (aufdosieren versus feste Dosis) gegenübergestellt, die nach Auffassung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) nicht miteinander vergleichbar sind. Linagliptin (Trajenta) ist im deutschen Markt nicht verfügbar, sodass der Beschluss zunächst keinen direkten Einfluss auf die Versorgung hat.

Jedoch mussten die Hersteller von Sitagliptin (Januvia, Xelevia), Saxagliptin (Onglyza) und Vildagliptin (Galvus) bis zum 1. April 2013 ebenfalls ein Dossier zur frühen Nutzenbewertung vorlegen. Die Bewertungen und Beschlüsse zu diesen Gliptinen, die schon im Markt verfügbar sind, werden zeigen, ob ein Zusatznutzen für diese Substanzklasse in Deutschland anerkannt wird – und welchen Einfluss der zu fixierende Preis auf die Verfügbarkeit der Prä-

parate haben wird. Die ersten DPP-4-Hemmer/Gliptine sind seit sechs Jahren im Handel; es ist offen, ob die Hersteller bereits Daten für harte Endpunkte im Vergleich zu Sulfonylharnstoffen vorlegen können.

Weitere Nutzenbewertung für Antidiabetika

Der G-BA sieht für das Kombinationspräparat Komboglyce (Saxagliptin plus Metformin) einen Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen gegenüber der Vergleichstherapie Glimepirid oder Glibenclamid plus Metformin. Besonders in der relevanten Vermeidung von Hypoglykämien erkennt der G-BA einen Vorteil des Kombinationspräparates.

Für Dapaglifozin (Forxiga), das die Reabsorption von Glucose in der Niere hemmt, konnte das IQWiG keinen Zusatznutzen anerkennen. Unter anderem entsprach die Population in der placebokontrollierten Studie nicht der Zulassung, oder als vergleichender Sulfonylharnstoff wurde Glipizid herangezogen, der in Deutschland nicht zugelassen ist. Auf der Basis dieser Nutzenbewertungen wird der G-BA im Juni Beschlüsse über den Zusatznutzen fassen.

Auf dem Prüfstand

Wirkstoffe und Indikationsgruppen aus dem Bestandsmarkt, für die der G-BA eine Nutzenbewertung durchführen will.

Wirkstoff (Handelsname)	Indikationsgebiet
Tapentadol (Palexia)	starke Schmerzen
Denosumab (Prolia), Strontiumranelat (Protelos), Parathyroidhormon (Preotact), Teriparatid (Forsteo)	Osteoporose
Rivaroxaban (Xarelto), Dabigatran (Pradaxa)	Schlaganfallprophylaxe bei Vorhofflimmern (u. a.)
Liraglutid (Victoza), Exenatid (Byetta, Bydureon)	Typ-2-Diabetes
Agomelatin (Valdoxan), Duloxetine (Cymbalta)	Depression
Toclizumab (Roactemra), Golimumab (Simponi), Certolizumab pegol (Cimzia)	rheumatoide Arthritis

Neues OAK mit Zusatznutzen

Das orale Antikoagulans (OAK) Apixaban (Eliquis) wurde zum 1. Januar 2013 in Deutschland zusätzlich zur Prävention von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern und Risikofaktoren zugelassen. Hierzu musste der Hersteller ein Dossier vorlegen, auf dessen Grundlage das IQWiG eine frühe Nutzenbewertung durchgeführt hat. Im Vergleich zu Vitamin-K-Antagonisten bei Personen über 65 Jahren und im Vergleich zu ASS sieht das IQWiG einen Hinweis auf einen beträchtlichen

Zusatznutzen. Der G-BA wird hierzu Mitte Juni einen Beschluss fassen.

Aufrufen des Bestandsmarktes

Das Anfang 2011 in Kraft getretene Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) sieht neben der frühen Nutzenbewertung für neu eingeführte Wirkstoffe vor, dass der Bestandsmarkt aufgerufen wird. Der G-BA hat in einem aktuellen Beschluss festgelegt, für welche Arzneimittelgruppen zusätzlich der Nutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie ermittelt werden soll.

Für die Auswahl der Wirkstoffe wird das erwartete Marktpotenzial nach Umsatz und Zahl der Verordnungen bis zum jeweiligen Patentablauf als Kriterium herangezogen. In zunächst sechs Indikationsgruppen werden die Hersteller aufgefordert, ein Dossier zu erarbeiten. Jeweils ein halbes Jahr später will der G-BA mit einem Beschluss über den Zusatznutzen entscheiden. Der Beschluss und die nachfolgenden Preisverhandlungen werden die Ärzte bei der wirtschaftlichen Verordnung dieser umsatzstarken Präparate unterstützen.

Heparine zum Bridging – wer verordnet?

Bei der Verordnung von niedermolekularen Heparinen (NMH) beim sogenannten Bridging stehen zwei Fragen im Mittelpunkt: Wer verordnet die Heparine? Und ist die Anwendung außerhalb der Zulassung (off label) zulässig?

Off label: Vor größeren Operationen werden Patienten, die regelmäßig Aggregationshemmer wie beispielsweise Phenprocoumon (Marcumar) einnehmen, auf Heparine umgestellt, um das Risiko von Blutungen unter der Operation zu verringern. Diese Verordnung von Heparinen geschieht außerhalb der Zulassung. Das Bridging mit Heparinen ist jedoch gängige Praxis, die dem Stand der Wissenschaft entspricht. Die meisten Krankenkassen in Nordrhein haben daher gegenüber der KV Nordrhein erklärt, keine Regressanträge wegen der Verordnung von Heparinen beim Bridging zu stellen. Ebenso übernehmen die Hersteller die Produkthaftung. Die Indikation zum Bridging sollte aber klar gestellt werden, da die Umstellung selbst auch ein Risiko birgt. Bei kleineren chirurgischen Eingriffen stellt das Bridging unter Umständen ein größeres Risiko als die Operation dar. Hierauf weist beispielsweise die Deutsche Gesellschaft

für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in einer Stellungnahme hin.

Wer verordnet? Das Bridging mit niedermolekularen Heparinen sollte von dem Arzt durchgeführt werden, der auch die Therapie mit dem oralen Antikoagulans durchführt – in der Regel ist es also eine interistische Indikation. Denn es handelt sich weiter um eine Therapie oder Prophylaxe von Thrombosen oder Embolien, die nicht vorübergehend vom Operateur übernommen wird. Dies ist auch gegeben, wenn ein Patient für eine Operation kurzfristig stationär aufgenommen wird. Auch dann bleibt das Bridging vor und nach der Operation beim behandelnden niedergelassenen Arzt.

Mehr Infos unter www.kvno.de

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

ASS und ADHS: Arzneimittelrichtlinie geändert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Arzneimittel-Richtlinie ergänzt. Die Ergänzungen betreffen die Verordnung von ASS und Vitamin D gemäß OTC-Ausnahmeliste und die Verordnung von Stimulantien bei ADHS für Erwachsene. Die Änderungen treten nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Verordnung von Acetylsalicylsäure (ASS) in einer Dosis bis zu 300 mg/Einheit auf einem Kassenrezept ist nun auch möglich bei der Indikation koronare Herzkrankheit, die durch Symptomatik und eine ergänzende nicht-invasive oder invasive Diagnostik gesichert wurde. Somit können Sie ASS als Thrombozyten-Aggregationshemmer in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall, nach arteriellen Eingriffen und zusätzlich in der neuen Indikation auf einem Kassenrezept verordnen.

Neben Calcium und Vitamin D kann künftig auch nicht rezeptpflichtiges Vitamin D als Monopräparat verordnet werden, wenn die Calciumzufuhr über die Nahrung ausreichend ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die OTC-Ausnahmeliste unter dem Punkt Calciumverbindungen und Vitamin D entsprechend ergänzt. Somit können Sie Calciumverbindungen (mindestens 300 mg Calcium-Ion/Dosiereinheit) und Vitamin D (freie oder fixe Kombi-

nation) sowie Vitamin D als Monopräparat bei ausreichender Calciumzufuhr über die Nahrung auf einem Kassenrezept verordnen:

- zur Behandlung der manifesten Osteoporose,
- zeitgleich zur Steroidtherapie bei Erkrankungen, die voraussichtlich einer mindestens sechsmoatigen Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent bedürfen,
- bei Bisphosphonat-Behandlung gemäß Angabe in der jeweiligen Fachinformation bei zwingender Notwendigkeit.

Die Verordnung von Stimulantien für Erwachsene mit hyperkinetischer Störung bzw. ADH/ADHS wurde in Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie geregelt. Somit muss die Erkrankung bereits im Kindesalter bestanden haben. Außerdem müssen für die (retrospektive) Diagnose bestimmte Kriterien erfüllt sein, und die Arzneimittel dürfen nur von einem Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Erwachsenen und unter dessen Aufsicht angewendet werden.

Detaillierte Infos finden Sie unter www.g-ba.de

KV | 130522

Verordnung von Quartalspackungen

Die meisten Arzneimittelpackungen sind für die Versorgung eines Patienten für ein Quartal ausgelegt. So reichen beispielsweise 98er oder 100er Packungen, um die tägliche Tabletteneinnahme über drei Monate zu garantieren. Es gibt aber auch Einzelfälle, in denen die Packungsgröße diesen Zeitraum nicht abdeckt. Beispielsweise sind vie-

le Augentropfen nach Anbruch nur 28 Tage haltbar, so dass die Verordnung von drei Flaschen nur für 84 Tage reichen würde. In diesem und ähnlichen Fällen, zum Beispiel bei Pillenpräparaten, müssten Sie einmal im Jahr eine zusätzliche Packung verordnen, um die kontinuierliche Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

Ausgaben für Arzneimittel im 1. Quartal gesunken

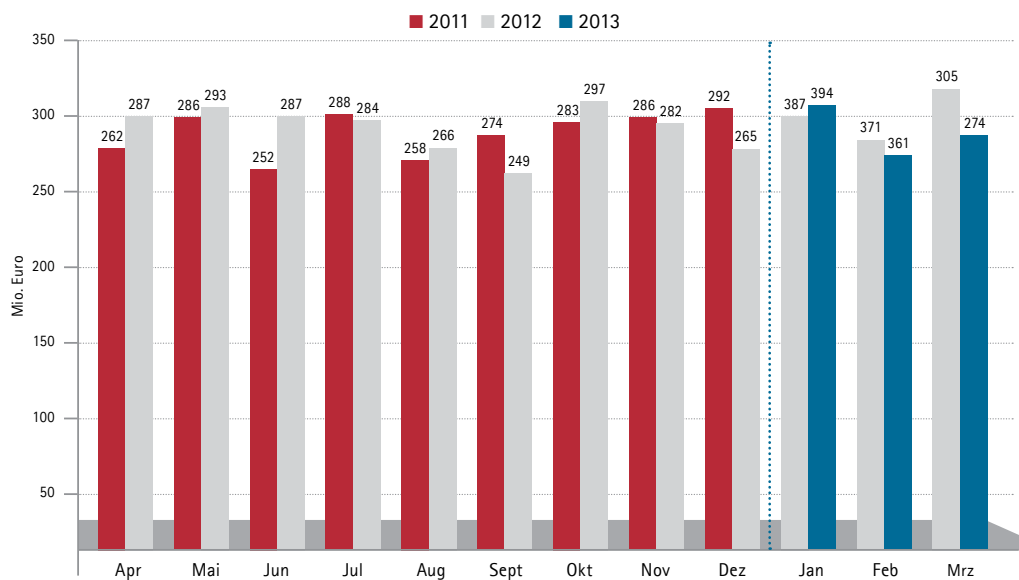
Die gesetzlichen Kassen in Nordrhein haben im ersten Quartal dieses Jahres 828 Millionen Euro für Arzneimittel ausgegeben. Gegenüber dem Vorjahresquartal sind die Ausgaben um 4,2 Prozent gesunken. Deutschlandweit betragen die Arzneimittel-Ausgaben im ersten Quartal 6,94 Milliarden Euro; sie liegen nach Angaben der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) 0,6 Prozent über dem ersten Quartal 2012.

Im Jahr 2012 gaben die Kassen in Nordrhein nach den Auswertungen der ABDA 3,37 Milliarden Euro für Arzneimittel aus, was einem Anstieg von 3,11 Prozent gegenüber dem Vorjahr ent-

spricht. Bundesweit beliefen sich die Kosten für die Arzneimittel-Versorgung gesetzlich Versicherter auf 27,59 Milliarden Euro; dies entspricht einem Zuwachs von 1,48 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Arzneimittelausgaben in Nordrhein

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



Quelle: ABDA, Umsätze nach Apotheken ohne Impfstoffe

Neue Ausgaben des VIN: Chronische Wunden



Die aktuelle Ausgabe der Arzneimittelnewsletters VIN – VerordnungsInformationen Nordrhein thematisiert die Behandlung chronischer Wunden und enthält unter anderem eine Preisübersicht zu gängigen Wundaufgaben. In den weiteren VIN-Ausgaben in diesem Jahr griff die KV Nordrhein die Probleme beim Langzeitgebrauch von Benzodiazepinen auf und informierte über die Ausschreibung des Grippeimpfstoffs für die kommende Saison.

Die VIN-Ausgaben finden Sie auf der Homepage der KV Nordrhein. Hier können Sie den VIN und die anderen fünf KVNO-Newsletter auch abonnieren: www.kvno.de
KV | 130523

Plädoyer für höhere „Ergebnisqualität“

Rund 800 Teilnehmer diskutierten in Bonn über aktuelle Qualitätsfragen im Gesundheitswesen. Dazu war zunächst zu klären, was Qualität ist – und welche Voraussetzungen es für eine optimale „Ergebnisqualität“ braucht. Eine Innovation war das elektronische Überleitungsmanagement, das die KV Nordrhein mit Partnern präsentierte (siehe Seite 2 bis 5).

Über die Qualität der Versorgung sei zu sprechen, lautete das Motto des zweitägigen Debattenmarathons. Und über eine Frage, ohne deren Beantwortung jede Qualitätsdiskussion graue Theorie bleibt: Gelingt es, den Medizinnachwuchs für Landarztpraxen zu begeistern und sich abzeichnende Lücken in der Versorgung zu schließen?

Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, redete Klartext – und setzte bei der Ausbildung an: „Wir bekommen einfach nicht die Ärzte, die wir bräuchten. Wir brauchen Hausärzte, bekommen aber Neurochirurgen und Anästhesisten.“ Hinzu kommen strukturelle Veränderungen. „Wir bekommen mehr Frauen, mehr Teilzeitarbeit und damit weniger Arztstunden“ – wenn überhaupt. Denn den Medizinnachwuchs zieht es nicht in die Praxen. Melissa Camara Romero, frühere Präsidentin der Bundesvertretung der Medizinstudierenden, berichtete, dass der Schwerpunkt im Studium „immer stärker auf die Klinik“ gerichtet sei und die Dozenten primär der Forschung verbunden seien. Die Herausforderung, die viele suchten, fänden die wenigsten in der Allgemeinmedizin: „Die Niederlassung steht nicht im Fokus“, sagte Camara. Das Krankenhaus sei die Umgebung, in der man bleiben und weiter lernen wolle.

Hausarztmangel: Falsche Köder für den Nachwuchs

„Viele Medizinstudenten sagen am Anfang, dass sie in die Versorgung wollen, aber sie kommen nicht dort an. Unter den Endsemes-

tern haben nur noch 25 Prozent Interesse an Allgemeinmedizin“, weiß auch Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer. Er meint, dass „falsche Köder“ ausgelegt werden: „Das Bild des Hausarztes ist zu negativ. Die Studenten hören nur von Unterfinanzierung und hoher Arbeitsbelastung.“

Auch eine angemessene Vergütung sei wichtig, ergänzte Prof. Dietrich Grönemeyer: Es mache keinen Spaß, 57 Euro pro Quartal zu bekommen und dafür einen Patienten 20 Mal zu behandeln. „Für eine solche Bezahlung würde der Klempner nicht mal den Gesellen schicken.“ Dazu kommen zu viele Verwaltungsaufgaben, die Zeit kosten, die dann für die Patienten fehlt. „Es geht um das Wohlbefinden des Patienten. Es muss ihm nach dem Arztbesuch besser gehen“, so Grönemeyer. Auch NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens beklagte, dass die Ergebnisqualität zu wenig Beachtung finde: „Jedes Glied unserer Versorgungskette wird geprüft – nur die Ergebnisqualität nicht“, so Steffens. Wirtschaftlichkeit sei inzwischen wichtiger als ein Mehr an Lebensqualität.

Höherer Stellenwert für ambulante Versorgung

Konsequent war insofern ihr Plädoyer für die ambulante Versorgung, deren Wertschätzung sie in der Debatte um „Ziele und Vorhaben der Landesregierung in der Gesundheitspolitik“ nicht nur mit den KV-Chefs Peter Potthoff und Wolfgang-Axel Dryden aus Westfalen-Lippe teilte. Dryden wies darauf hin, dass „90 Pro-

zent der Versichertenprobleme im ambulanten Bereich gelöst" würden. AOK Rheinland/Hamburg-Chef Günter Wältermann überraschte mit der Aussage, dass „die ambulante Versorgung einen größeren Bereich einnehmen" müsse. Der Krankenhausplan sei nur der Beginn eines Weges, bei dem Kliniken mit wenig Qualität vom Markt genommen werden müssten – eine Aussage, die Jochen Brink, Präsident der Krankenhausesgesellschaft Nordrhein-Westfalen, so kommentierte: „Auch Krankenhäuser in ländlichen Bereichen brauchen eine faire Chance.“ Allerdings werde die Hälfte der Krankenhäuser in NRW dieses Jahr Verluste verbuchen.

Eine Qualitätsdebatte anderer Art entwickelte sich in einer Diskussion zur Systemkonkurrenz zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Moderiert von Prof. Jürgen Wasem, Gesundheitsökonom an der Universität Duisburg-Essen und unparteiischer Vorsitzender des erweiterten Bewertungsausschusses, stritt das Podium über die Frage, wie ein gemeinsames Vergütungssystem für ein einheitliches Krankenversicherungssystem aussehen könnte.

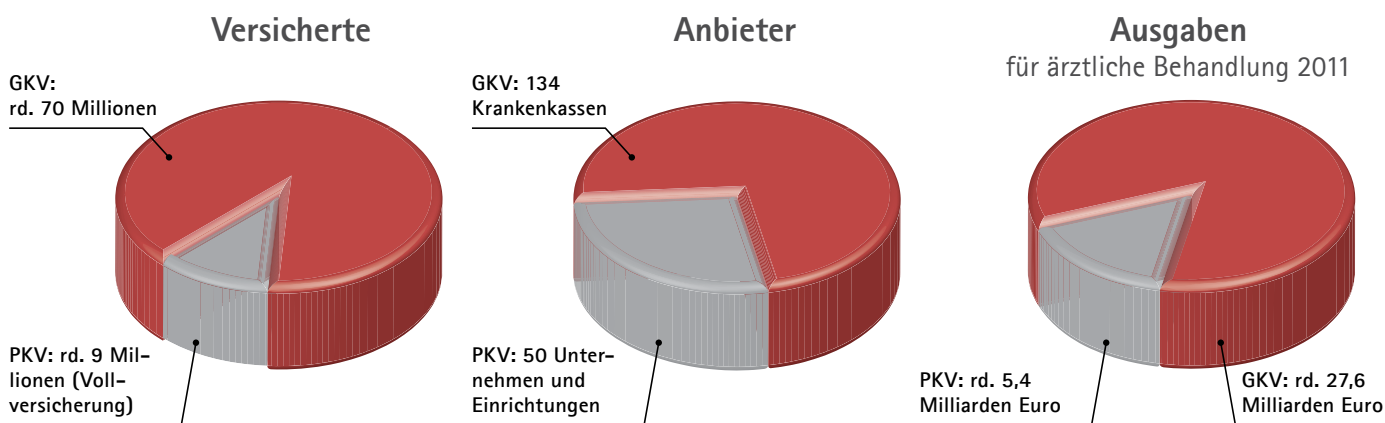
Ohne PKV vier Milliarden Euro Honorar weniger

Wasem hatte im Auftrag der Techniker Krankenkasse erst jüngst mehrere Varianten der ambulanten Versorgung und Vergütung unter dem Szenario einer Systemkonvergenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung untersucht. So wäre bei sofortiger Auflösung der PKV und damit auch der Gebührenord-

nung für Ärzte (GOÄ) mit Honorarverlusten der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten von jährlich etwa vier Milliarden Euro zu rechnen.

Davon wäre auch Dr. Klaus Reinhardt, Allgemeinmediziner in Bielefeld und Chef des Hartmannbundes, betroffen. Nach seiner Einschätzung sei ein einheitliches Vergütungssystem denkbar – allerdings nur auf Basis exakter Einzelleistungsbeschreibungen, einer konsequenten Kostenerstattung und einer intelligenten Mengensteuerung. Diesem Szenario trat Prof. Herbert Rebscher, Vorstandschef der DAK, entgegen: Kostenerstattung sei „ineffizient und unterlegen" und „eine Gebührenordnung ohne Qualitätsaspekte inakzeptabel." Eine einheitliche Vergütung sei nur auf Basis des EBM vorstellbar.

Dr. Volker Leienbach, Direktor des Verbandes der PKV und bewährter „Sparringspartner" Rebschers, konterte: Eine Einheitsvergütung gehe stets auch mit einer Einheitsversorgung einher, die von den Deutschen mehrheitlich nicht gewollt werde. Ohnehin sei das GKV-Vergütungssystem inzwischen derart unlogisch, dass es keinesfalls als Blaupause für eine einheitliche Vergütungssystematik gelten könne. Aber selbst Leienbach räumte ein, dass auch die PKV prinzipiell eine qualitätsabhängige Vergütungskomponente wünsche. Somit erweise sich das Rezept „pay for performance", also die Vergütung nach Qualität, gewissermaßen als Minimalkonsens zwischen GKV und PKV. ■ DR. HEIKO SCHMITZ, SIMONE GRIMMESEN



Quelle: PKV-Verband, BMG

Was ist eine Praxis wert?

Die neue, seit Jahresbeginn geltende Bedarfsplanungsrichtlinie soll die Versorgung verbessern – durch neue Planungsgruppen und Verhältniszahlen, neu gegliederte Planungsbereiche, neu definierten Sonderbedarf und größere regionale Gestaltungsspielräume. KVNO aktuell sprach mir KV-Vorstand Bernhard Brautmeier über die Auswirkungen auf Nordrhein, Nachwuchssorgen und die Option, frei werdende Sitze stillzulegen und Praxisinhaber zu entschädigen.



Bernhard Brautmeier ist seit 2010 Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, deren Hauptgeschäftsführer er zuvor 18 Jahre lang war. Brautmeier ist der erste Vorstand in der Geschichte der KV Nordrhein, der kein Arzt ist.

Herr Brautmeier, die neue Bedarfsplanung gilt seit Jahresbeginn. Welche Konsequenzen ergeben sich daraus?

Brautmeier: Zunächst einmal gilt es, die neue Richtlinie bis zum 1. Juli auf unsere regionalen Begebenheiten an-

zuwenden und auszurechnen, was sich aus der neuen Bedarfsplanung in Sachen Sitze ergibt.

Wie verändert sich die Situation in Nordrhein?

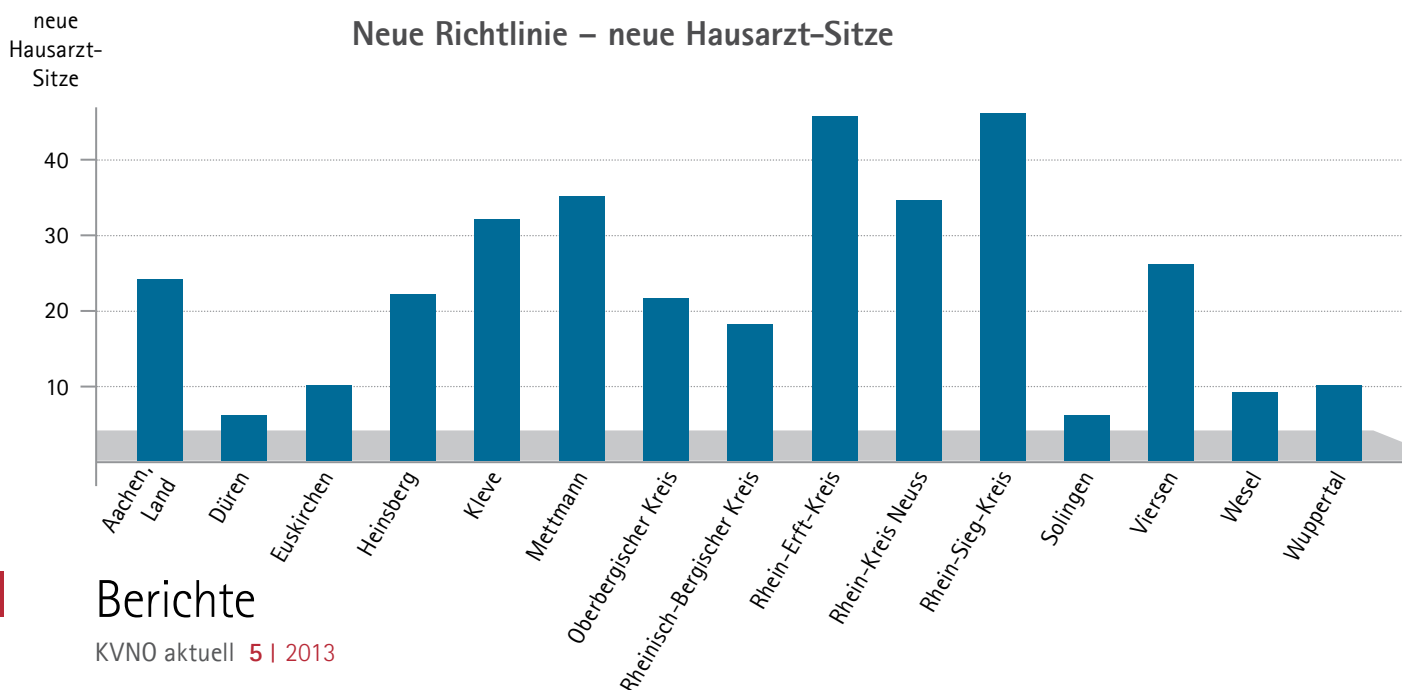
Brautmeier: Wir bekommen rechnerisch etwa 350 neue Hausarztsitze in Nordrhein, dazu rund 30 Sitze für Psychotherapeuten, davon allerdings zwei Drittel am linken Niederrhein. Bei den Fachärzten tut sich wenig.

Das klingt, abgesehen von dem Plus an Hausarztsitzen, unspektakulär. Wie beurteilen Sie die neue Planung insgesamt?

Brautmeier: Wie die Bezeichnung Bedarfsplanung schon deutlich macht, handelt es sich um einen neuen Plan, um geänderte Rahmenbedingungen und zusätzliche Handlungsoptionen. Ich halte die neue Planung tatsächlich für besser geeignet, Lücken in der Versorgung zu erkennen und zu beheben. Gut ist, dass vor Ort flexiblere Möglichkeiten bestehen, den Plan an die Realität anzupassen. Die entscheidende Frage aber kann auch der beste Plan nicht beantworten: Woher nehmen wir die Hausärzte, die wir brauchen, um diese Sitze zu besetzen? Und: Woher nähmen wir die Mittel, die wir bräuchten, um diese zusätzlichen Mediziner zu honorieren?

Die neue Bedarfsplanung bietet auch die Möglichkeit, in überversorgten Regionen

Neue Richtlinie – neue Hausarzt-Sitze



frei werdende Sitze stillzulegen. Die KVen entschädigen dann den ausscheidenden Arzt. Wie beurteilen Sie dieses Mittel?

Brautmeier: Das kann in Einzelfällen eine sinnvolle Variante sein in Bereichen, in denen auf Basis der Verhältniszahlen ein besonders großes Angebot an Ärzten einer Fachgruppe besteht. Wir wissen ja, dass wir in Nordrhein nicht nur große Unterschiede haben, was die Attraktivität einzelner Standorte betrifft, sondern in einzelnen Fachgruppen auch sehr viel mehr Ärzte als etwa in Westfalen-Lippe. Dennoch muss das Instrument wohlbedacht eingesetzt werden, zumal die Berechnung des jeweiligen Verkehrswertes schwierig ist.

Der Wert der Praxis muss im Einzelfall ermittelt werden. Gibt es dazu bereits verbindliche Methoden oder wird danach noch gesucht?

Brautmeier: Es gibt noch keine verbindliche Methode. Unsere Rechtsabteilung beschäftigt sich intensiv mit dem Thema. Ein Problem ist zum Beispiel, dass im Gesetz von „Entschädigung“, aber auch von „Verkehrswert“ die Rede ist. Es gibt die Ertragswertmethode, beziehungsweise seit 2008 die „modifizierte Ertragswertmethode“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, nach der auch ein Großteil der Gutachter vorgeht. Die Ertragswertmethoden haben im Vergleich zu anderen Bewertungsverfahren zumindest den Vorteil

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

einer nachvollziehbaren theoretischen Grundlage. Sie sind aber umstritten.

Welche Berechnungsgrundlage favorisieren Sie?

Brautmeier: Plausibel finde ich die Formel vom durchschnittlichen Quartalsumsatz der Kassenpraxis, der mit zwei multipliziert wird. Allerdings darf man nicht vergessen, dass auch andere Einnahmen oft eine wesentliche Rolle spielen und dass die Praxis eben auch ein Stück Altersversorgung darstellt. Ich gehe davon aus, dass es unabhängig vom von uns zu wählenden Berechnungsverfahren auf eine richterliche Klärung hinausläuft.


■ DAS GESPRÄCH FÜHRTE DR. HEIKO SCHMITZ.

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

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

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

Das Meldeformular finden Sie im Internet unter www.kvno.de | [KV | 130527](http://www.kvno.de)



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**
Gute Versorgung. Gut organisiert.

Antwortfax

Bitte faxen oder schicken Sie diese Antwort an Ihre Bezirksstelle:

<p>Bezirksstelle Düsseldorf</p> <p>Arztregister Friedberger Str. 2 40229 Düsseldorf Telefon: 0211 9701 8888 E-Mail: arztregister.duesseldorf@kvno.de</p>	<p>Bezirksstelle Köln</p> <p>Arztregister Bismarck-Str. 10-16 50667 Köln Telefon: 0221 7163 0000 E-Mail: arztregister.koeln@kvno.de</p>
---	--

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

Meine E-Mail-Adresse: _____

Meine Fax-Nummer: _____

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

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

CIRS-NRW startet

„Der schlimmste aller Fehler ist, sich keines solchen bewusst zu sein.“ So formulierte es der schottische Essayist und Historiker Thomas Carlyle im 19. Jahrhundert. Damit Ärzte und Praxispersonal aus kritischen Ereignissen und Fehlern systematisch lernen können, gibt es ein neues Meldesystem: das CIRS-NRW.

CIRS NRW

Die Abkürzung CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Solche Systeme gibt es in Deutschland an den meisten Kliniken, aber eben nur isoliert für das jeweilige Haus. Das CIRS-NRW bündelt Meldungen aus dem gesamten Bundesland – und bezieht auch die Praxen mit ein. Denn Patientensicherheit hat auch im ambulanten Bereich höchste Priorität.

Aus Fehlern lernen

Der Idee „Lernen aus den Fehlern anderer“ folgend, haben die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe und die Krankenhausgesellschaft NRW unter dem Namen CIRS-NRW das öffentliche, internetbasierte Berichts- und Lernsystem für kritische Ereignisse ins Leben gerufen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe sind nun als Träger hinzugekommen.

„Unser Ziel ist es, das gemeinsame Lernen aus Fehlern zu fördern, die Haltung im Umgang mit unerwünschten Ereignissen zu verändern und zu einer neuen Fehlerkultur zu gelangen“, sagt Dr. med. Peter Potthoff. Der Vorstandsvorsitzende der KV Nordrhein bestärkt seine Kolleginnen und Kollegen, das Angebot zur Unterstützung und Ergänzung ihres praxisinternen Risikomanagementsystems zu nutzen. Es könne ein wirksames Werkzeug zur Behandlungsfehlerprophylaxe sein.

Die Plattform steht allen in Klinik und Praxis Tätigen offen, richtet sich also nicht nur an Ärztinnen und Ärzte, sondern auch an Pflegende und medizinische Fachangestellte. Wer ein Ereignis melden möchte, kann auf der Startseite einfach den Reiter „Berichten und Lernen“ anklicken und landet direkt auf dem Berichtsformular.

Absolut anonym

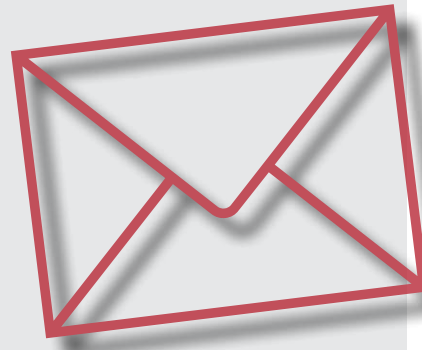
Seit November 2012 besteht im CIRS-NRW die Möglichkeit, kritische Ereignisse anonymisiert zu melden. Die Meldungen sind nicht rückverfolgbar, die IP-Adresse des Rechners wird nicht übermittelt. Auf der Plattform sind bislang schon über 200 Einträge zu finden – mit entsprechenden Analysen und Lösungsvorschlägen zur Fehlervermeidung für Kliniken, Pflegeeinrichtungen und jetzt auch Praxen. Die eingegangenen Meldungen analysiert ein Fachbeirat, der sie kommentiert und Hilfen bietet.

■ NAU

Mehr Infos erhalten Sie im Juni auf dem Postweg. In Vorbereitung sind Fortbildungen, auf denen besonders lehrreiche Fälle vorgestellt, analysiert und Lösungsansätze zur Fehlervermeidung diskutiert werden können.

Die Plattform finden Sie unter www.cirs-nrw.de





Neues auf den Punkt gebracht

Besser informiert mit den Newslettern der KV Nordrhein

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

KVNO-Ticker
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Praxis & Patient
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

VIN VerordnungsInfo Nordrhein
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

D2D-Newsletter
6. Februar 2011

D2D-Statistik steigt
Bundesweit exakt 11.232 Anwender in 8.918 Einrichtungen (Praxen/Krankenhausbildungen) nutzten im Dezember 2010 die Telematik-Plattform. ...

Verordnungsinweis
Dabigatran (Pradaxa) bei Vorhofflimmern
Der Novartis-Herzer Dabigatran ist seit 2010 in Deutschland zugelassen zur Primärprävention von venösen thromboembolischen Ereignissen bei erwachsenen Patienten nach akktivem abnormalem HFrEF- oder Kongenitalerzatz. ...

	Ergebnis 2010	Ergebnis 2009	Ergebnis 2008
Praxis-Indizes	102 %	117 %	154 %
Schwerfmetalle von elementare Erdsäure	0,1 %	0,1 %	0,2 %
Silber-Nachfrage	207 %	210 %	216 %
Mineralwasser-Schwarzpulver	0,1 %	0,1 %	0,2 %
Menschenhaar	0,22 %	0,2 %	0,1 %
Wasser	0,1 %	0,4 %	0,1 %



So funktioniert die BAG-Förderung

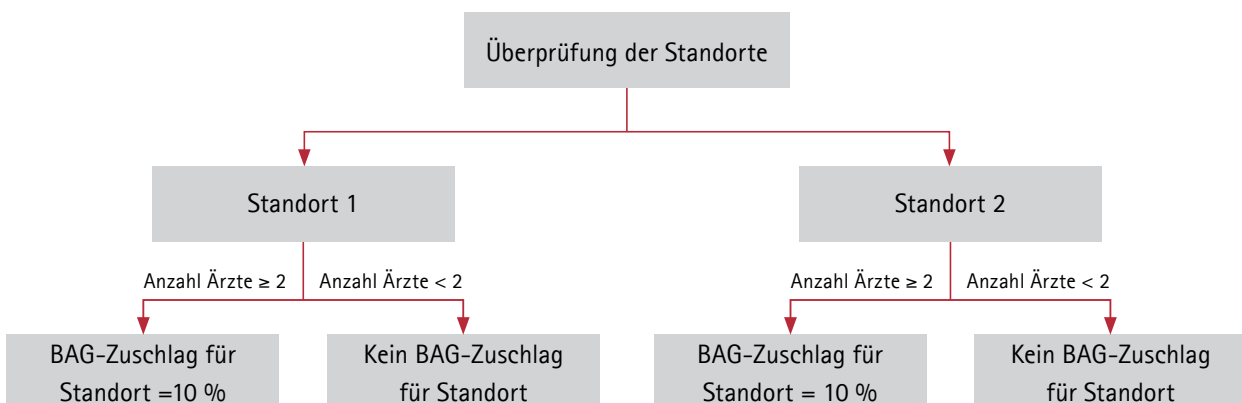
Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) erhalten Zuschläge auf die Regelleistungsvolumen (RLV). Damit werden Kooperationen gefördert. Wir stellen klar, wer welchen Zuschlag erhält.

Die Zuschläge gibt es bereits seit Einführung der Regelleistungsvolumen im Jahr 2009. Davon profitieren Kooperationen wie Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ).

gruppen innerhalb einer Betriebsstätte oder der tatsächliche Kooperationsgrad.

Seit dem 4. Quartal 2012 ist der Zuschlag einheitlich. Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

BAG-Zuschlag ab dem vierten Quartal 2012



Der BAG-Zuschlag wird zum Regelleistungsvolumen des Arztes respektive der Praxis gewährt, was das Budget des RLV erhöht. Für die Höhe des Zuschlags waren in der Vergangenheit unterschiedliche Kriterien maßgeblich, etwa die Anzahl der vertretenen Arzt-

definiert es wie folgt (§ 5 Abs. 3a HVM): „Die Höhe des zutreffenden RLV für BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten wird unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von zehn Prozent je Standort berechnet, soweit dort mindestens zwei Ärzte zugelassen und/

Auszug aus dem RLV-Bescheid

2.18	Regelleistungsvolumen in EUR (2.14 + 2.15 + 2.17)	24.886,50
2.19	Standortbezogener BAG-Zuschlag	1,1000
2.20	Regelleistungsvolumen inkl. Förderung in EUR (vorläufig) (2.18 x 2.19)	27.375,15

oder als Angestellte an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen ihrer Zulassung und/oder Genehmigung zur Anstellung teilnehmen; andere Tätigkeiten, zum Beispiel in Zweigpraxen bleiben unberücksichtigt ..."

Keinen Zuschlag gibt es für Jobsharing-Ärzte. Dies bestimmt das Sozialgesetzbuch V (§ 101 Abs. 1 Nr. 4 und 5). Die Regelung gilt seit dem dritten Quartal 2011.

■ SUSANN DEGENHARDT, OLGA LYKOVA

Fallbeispiele

Beispiel 1 | Vertragsarzt A mit Einzelpraxis

» kein BAG-Zuschlag

Beispiel 2 | Vertragsarzt A mit Einzelpraxis und angestelltem Arzt B am gleichen Standort

» BAG-Zuschlag 10 % für Arzt A und B

Beispiel 3 | Vertragsarzt A mit Einzelpraxis, zugelassen am Standort A, angestellter Arzt B, tätig in der Zweigpraxis B

» BAG-Zuschlag 10 % für Arzt A und B

» Der Tätigkeitsumfang des angestellten Arztes ist hier irrelevant

Beispiel 4 | Standortgleiche BAG mit Vertragsarzt A und Vertragsarzt B

» BAG-Zuschlag 10 % für Arzt A und B

» Auch bei hälftiger Zulassung der Vertragsärzte wird der Zuschlag gewährt

Beispiel 5 | Standortübergreifende BAG mit Vertragsarzt A, zugelassen am Standort A, und Vertragsarzt B, zugelassen am Standort B

» kein BAG-Zuschlag für Arzt A und B

Beispiel 6 | Standortübergreifende BAG / MVZ mit Vertragsarzt A und Vertragsarzt B, beide zugelassen am Standort A, und Vertragsarzt C, zugelassen am Standort C

» BAG-Zuschlag 10 % für Arzt A und B, aber kein Zuschlag für Arzt C

Beispiel 7 | Standortgleiche BAG mit Vertragsarzt A und Vertragsarzt B, wobei Arzt B im Job-Sharing ist

» kein BAG-Zuschlag für Arzt A und B

Beispiel 8 | Standortübergreifende BAG / MVZ mit Vertragsarzt A und Vertragsarzt B, mit Zulassung am Standort A, und Vertragsärzte C und D, zugelassen am Standort C

» BAG-Zuschlag von 10% für alle Vertragsärzte

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

So viel wie nötig, so wenig wie möglich

Die Dokumentation in der Praxis ist wichtig – und könnte im Kontext des Patientenrechtegesetzes noch an Bedeutung gewinnen. Wie viel Dokumentation ist nötig? Diese Frage stand im Mittelpunkt der Veranstaltung „Ärztliche Dokumentationspflichten.“



Eine gute Dokumentation hat nichts mit lästiger Bürokratie zu tun. Sie ist Teil einer sorgfältigen Behandlung.

Ein brisantes Thema lockte 160 Ärztinnen und Ärzte zu der Veranstaltung des Instituts für Qualitätssicherung (IQN) ins Haus der Ärzteschaft. Denn durch das Ende Februar in Kraft getretene Patientenrechtegesetz hatten viele Besucher die Befürchtung, die Anforderungen hätten sich erhöht. Dies aber stimme nur zum Teil, betonte Dr. Dirk Schulenburg: „Das Patientenrechtegesetz kodifiziert zu 90 Prozent präexistentes Richterrecht“, sagte der Justitiar der Ärztekammer Nordrhein. Doch das ist kein Grund, die Dokumentation in der Praxis zu vernachlässigen.

Die ärztliche Dokumentation ist Bestandteil der geschuldeten Sorgfalt bei der Behandlung. Sie soll vollständig, klar formuliert (Vorsicht mit Abkürzungen) und leserlich sein und zeitnah erstellt werden. Stellen Sie sich am besten vor, was Sie selbst an Informationen wünschen würden, wenn Sie zum Beispiel der Nachbehandler wären.

Die Dokumentation dient primär der ärztlichen Befundssicherung und Verlaufsdokumentation, im Schadensfall aber erlangt sie Beweiskraft. Ärztliche Sachverständige müssen dann anhand der Dokumentation rekonstruieren können, mit welchen Beschwerden der Patient

kam und wie darauf reagiert wurde. Dies funktioniert natürlich nur, wenn sich hierzu etwas in der Akte findet. Beachten Sie: Untersuchungen, die nicht dokumentiert werden, sind aus juristischer Sicht nicht durchgeführt worden.

Dokumentation und Behandlungsfehler
Dr. Werner Jörgenshaus, Hausarzt aus Schwalmatal und Mitglied der Gutachterkommission, wies darauf hin, dass Mängel in der Dokumentation in bis zu 15 Prozent der Fälle der Gutachterkommission eine Rolle spielen. Anhand von mehreren Fällen, die die Kommission zu begutachten hatte, stellte Jörgenshaus Dokumentation dar – und zeigte auf, was alles fehlte, um entscheiden zu können, ob die Handlungsweise zulässig war. Sein Fazit: Ärztinnen und Ärzte dürfen sich irren, aber ob dieser Irrtum zum damaligen Zeitpunkt erklärbar war, sollte sich aus den Akten ergeben.

Die Frage, ob eine bestimmte Maßnahme dokumentiert werden muss oder nicht, konnten die Juristen in den wenigsten Fällen mit einem generellen Ja oder Nein beantworten. Es komme, wie so oft bei Juristen, auf den Fall an, erläuterte Rainer Rosenberger, ehemaliger vorsitzender Richter am Oberlandesgericht Köln. Er betonte, dass nicht Richter entscheiden, was an Dokumentation erforderlich ist, sondern immer sachverständige Ärztinnen und Ärzte.

Jörgenshaus illustrierte die Anforderungen an Beispielen. So wäre die ärztliche Entscheidung, bei einem Jungen mit Bauchschmerzen

zuzuwarten, zulässig gewesen – wenn in der Dokumentation Hinweise enthalten gewesen wären, dass ein Verdacht auf Appendizitis abgeklärt wurde. Es fanden sich aber keine Angaben darüber, ob der Bauch weich war oder bei Druck Schmerzen auftraten. Da diese fehlten, konnte der Sachverständige nur mangelnde Sorgfalt bei der Diagnosestellung unterstellen. Der Vorwurf eines Behandlungsfehlers war damit bestätigt. Intraoperativ lag die Appendix retrocoecal, sodass die Untersuchung nicht zwangsläufig ein „klassisches Bild“ ergeben hätte – und das Zuwarten eine zulässige Entscheidung darstellte.

Fatale Folgen kann ein Dokumentationsfehler nicht nur bei der Akutbehandlung haben. Bei einem Diabetiker (Typ II) kam es zu einer Rötung am Zeh. Der Hausarzt überwies zum Spezialisten, da keine Besserung eintrat. Von dort kam es zur stationären Einweisung, da der Zeh gangränös geworden war und amputiert werden musste. Die Akut-Therapie der behandelnden Ärzte war eigentlich korrekt, jedoch handelte es sich um einen Patienten im Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes, bei dem über Jahre hinweg vom Hausarzt ein HBA1C von über 10 Prozent dokumentiert war. Es fanden sich in den Unterlagen aber keine Hinweise auf die Bemühungen des Hausarztes, eine etwaige mangelnde Kooperation des Patienten zu beeinflussen oder zu der in den DMP-Verträgen geforderten Überweisung in eine Schwerpunktpraxis bei längerfristig erhöhtem HBA1C über 7,5 Prozent zu raten. Die Gutachter mussten eine mangelnde Sorgfalt bei der Behandlung unterstellen, die zur Amputation geführt hat – ein Behandlungsfehler.

Auffällige Laborwerte, bei denen der Patientenakte nicht zu entnehmen ist, ob und wie darauf reagiert wurde, sind ebenfalls ein häufiges Problem. Aber auch die Dokumentation der Aufklärung birgt Risiken, besonders die Aufklärung zur Medikation. Außerdem fehlt oft die Angabe für den Grund eines Arzneiwechsels.

Was die Neuregelungen aus dem Patientenrechtegesetz betrifft, so wurde gerade im Zusammenhang mit der Aufklärung intensiv diskutiert. Die anwesenden Ärztinnen und Ärzte empfanden die Forderungen des Gesetzes teilweise als nicht erfüllbar. Die Forderung, bei der Verordnung von Medikamenten über alle für den Patienten relevanten Nebenwirkungen aufzuklären und dies zu dokumentieren, stufte die Teilnehmer als unrealistisch ein.

Eine Gynäkologin schilderte, dass der Zeitaufwand für eine Aufklärung zur Gabe von Hormonpräparaten und die neuen Auflagen durch das Gendiagnostikgesetz massiv das Praxisgeschehen belasteten. Die Handhabung von Aufklärungsbögen werfe neue Probleme auf, da das Gesetz die Aushändigung einer Kopie vorsieht, wenn Patienten diese Unterlagen unterschreiben müssen.

Trotz der verschiedenen Forderungen betonten alle Referenten, dass es darauf ankomme, dass das Wichtige dokumentiert werde – und nicht immer alles. So können sich beispielsweise nach der richtigen Dokumentation eines Erstbefundes die weiteren Einträge allein aus Informationen zu Veränderungen oder einem „ditto“ beschränken. Die Kunst bestehe darin, so viel wie nötig und so wenig wie möglich zu schreiben und damit auch im Schadensfall die eigenen Entscheidungswege auch noch nach Jahren nachvollziehbar dokumentiert zu haben.

Tipps für die Dokumentation

Trotz der Zurückhaltung, die bei generellen Aussagen geboten erscheint, kristallisierten sich im Laufe der Veranstaltung einige „Kernsätze“ heraus:

- „Negative“ Befunde müssen nur in Ausnahmefällen dokumentiert werden, zum Beispiel bei Ausschlussdiagnostik eines Herzinfarkts – EKG o. B.
- Routinemaßnahmen müssen nicht dokumentiert werden, zum Beispiel Hautdesinfektion bei jeder Blutentnahme.
- Eine Aufklärung ist immer individuell.
- Es muss nur dokumentiert werden, was aus medizinischer Sicht erforderlich ist.
- Die Sicherungsaufklärung ist immer zu dokumentieren.
- Einer vollständigen, zeitnah erstellten Dokumentation wird von juristischer Seite (erst einmal) geglaubt.

■ DR. DAGMAR M. DAVID, DR. MARTINA LEVARTZ

Pädiater kodieren Prävention



Die Handlungsfelder der Pädiatrie decken den kurativen und den präventiven Behandlungsbereich ab. Die Zahl von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen ist hoch. Die präventiven Leistungen werden in der Kinder- und Jugendmedizin unter den sogenannten „Z“-Diagnosen oder Verschlüsselungen zur sachgerechten Darstellung der Morbidität herangezogen.

Eine Krankheit, die durch eine Prophylaxe verhindert wird, ist nicht als Behandlungsdiagnose zu kodieren. Die spezifischen Schlüsselnummern für Impfungen sind in der folgenden Übersicht aufgeführt, Sie finden sie im ICD-10-GM, Kapitel XXI: „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen.“

Präventive Leistungen kodieren Pädiater mit den „Z“-Diagnosen.

Spezifische Schlüsselnummern für Impfungen

Diphtherie-Pertussis-Tetanus	Z27.1	Diphtherie-Pertussis-Tetanus [DPT]
Diphtherie	Z23.6	Diphtherie, nicht kombiniert
Tetanus	Z23.5	Tetanus, nicht kombiniert
Pertussis	Z23.7	Keuchhusten [Pertussis], nicht kombiniert
Haemophilus influenzae Typ b	Z23.81	sonstige einzelne bakterielle Krankheiten
Poliomyelitis	Z24.0	Poliomyelitis
Hepatitis B	Z24.6	Virushepatitis
Kombi DPT-Polio	Z27.3	Diphtherie-Pert.-Tetanus mit Poliomyelitis
Kombi Masern-Mumps-Röteln	Z27.4	Masern-Mumps-Röteln [MMR]
Masern	Z24.4	Masern, nicht kombiniert
Mumps	Z25.0	Mumps, nicht kombiniert
Röteln	Z24.5	Röteln, nicht kombiniert
Windpocken	Z25.81	sonstige, näher bezeichnete einzelne Viruskrankheiten
Influenza	Z25.1	Grippe [Influenza]
Pneumokokken	Z23.81	sonstige einzelne bakterielle Krankheiten
Meningokokken	Z23.81	sonstige einzelne bakterielle Krankheiten
Humane Papillomaviren (HPV)	Z25.81	sonstige näher bez. einzelne Viruskrankheiten
Impfberatung ohne Durchführung	Z28	nicht durchgeführte Impfung (Immunisierung)

Spezifische Schlüsselnummern für Vorsorgeuntersuchungen

U1 - U11 Z00.1 Gesundheitsvorsorgeuntersuchung eines Kindes
J1 - J2 Z00.3 Untersuchung aufgrund des Entwicklungsstandes während der Adoleszenz

Neben diesen präventiven Leistungen, die zumindest sicher zu verschlüsseln sind, kommt aber noch die Morbidität der „neuen Kinderkrankheiten.“ Ein Beispiel: Bei einem Trennungskind (Z63.4G) kommt es zu Sozialkonflikten (Z65.3G) und zu einer Interaktionsstörung Mutter-Kind (Z63.2G). Pädiatrische Aufgabe ist es, zu entscheiden, ob der Verdacht auf Verhaltensstörung (dissoziales Verhalten) (Z03.2 G) oder unsoziales Verhalten beim Kind oder Erwachsenen (Z72.8 A) vorliegt. In der Absicht, korrekt zu kodieren, weil bekanntlich „Z“-Verschlüsselungen für die Morbidität keine Bedeutung haben, müsste nach anderen Lösungen gesucht werden. Bei „Z“-Verschlüsselungen geht es um Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen. Diese gelten als ganz typische Vorzeichen für die „neuen Kinderkrankheiten“. Ebenso sollen „8“- oder „9“-Verschlüsselungen möglichst nicht vorkommen. Folglich müsste der Pädiater die aktuelle Lebenssituation psychiatrisieren und so verschlüsseln: aggressives Fehlverhalten (F91.1 G) oder emotionale Verhaltensstörung im Kindes- und Jugendalter auf den familiären Rahmen beschränkt (F91.0 G).

Neben der Kritik an einer mangelhaft auf die Gesamtleistung der Pädiatrie zugeschnittenen Kodierung gilt für alle Kinder- und Jugendärzte derselbe Grundgedanke: Mit der Darstellung der Morbidität, aber auch des Wandels im Bereich der kurativen Versorgung, verhelfen wir den „Verhandlern“ der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu Zahlenmaterial, um höhere Honorare vereinbaren zu können. Dies verdeutlicht eine Mitteilung der KBV: „Die Krankenkassen haben in den Verhandlungen (...) erneut betont, dass sie die Vergütung entsprechend der Morbidität nur erhöhen könnten, wenn die Praxen entsprechend der AKR sachgerecht kodierten.“

Ein Problem der Pädiatrie sind die vielen Erstdiagnosen von extrem seltenen Diagnosen. Dabei wird der Diabetes mellitus erst gar nicht aufgeführt. Diese Kinder und Jugendlichen mit meist seltenen Erkrankungen werden zudem zumeist in Spezialambulanzen mitbetreut, und diese „Dauerdiagnosen“ sind überwiegend in jedem Quartal relevant.

Zum Schluss finden Sie hier Beispieldiagnosen der sinnvollen Kodierung, die Neonatologie betreffend (Auszüge aus der hierarchisierten Morbiditätsgruppe (HMG) 131):

Andere schwerwiegende endokrine oder metabolische Erkrankungen

- E70.0 klassische Phenylketonurie
- E70.1 sonstige Hyperphenylalaninämien
- E70.2 Störungen des Tyrosinstoffwechsels
- E70.3 Albinismus
- E70.8 sonstige Störungen des Stoffwechsels aromatischer Aminosäuren
- E71.0 Ahornsirup- (Harn-) Krankheit
- E71.3 Störungen des Fettsäurestoffwechsels
- E72.0 Störungen des Aminosäuretransportes
- E72.2 Störungen des Harnstoffzyklus
- E72.5 Störungen des Glyzinstoffwechsels
- E72.8 sonstige näher bezeichnete Störungen des Aminosäurestoffwechsels
- E74.1 Störungen des Fruktosestoffwechsels
- E74.2 Störungen des Galaktosestoffwechsels
- E74.3 sonstige Störungen der intestinalen Kohlenhydratabsorption
- E74.4 Störungen des Pyruvatstoffwechsels und der Glukoneogenese
- E74.8 sonstige näher bezeichnete Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels
- E75.0 GM2-Gangliosidose
- E75.1 sonstige Gangliosidose
- E75.3 Sphingolipidose, nicht näher bezeichnet
- E75.4 neuronale Zeroidlipofuszinose
- E75.5 sonstige Störungen der Lipidspeicherung
- E76.0 Mukopolysaccharidose, Typ I
- E76.3 Mukopolysaccharidose, nicht näher bezeichnet
- D89.2 Hypergammaglobulinämie, nicht näher bezeichnet
- Q89.1 angeborene Fehlbildungen der Nebenniere
- Q89.2 angeborene Fehlbildungen sonstiger endokriner Drüsen

ICD 10 Neugeborenen-/Säuglingsalter

P92.0	Erbrechen beim Neugeborenen
Q40.0	Erbrechen, angeborene Pylorusstenose
P11.3	Fazialisparese, geburtsbedingt
P07.0	Neugeborenes mit extrem niedrigem Geburtsgewicht
P07.00	Neugeborenes: Geburtsgewicht unter 500 Gramm
P07.01	Neugeborenes: Geburtsgewicht zwischen 500 und 750 Gramm
P07.02	Neugeborenes: Geburtsgewicht zwischen 750 und 1000 Gramm
P07.2	Neugeborenes mit extremer Unreife
P07.3	Frühgeborenes über 28 SSW
P07.2	Frühgeborenes unter 28 SSW
F98.2	Fütterungsstörung
P59.9	Hyperbilirubinämie, Neugeborenikerterus
Z63.0	Interaktions-/ Regulationsstörung Mutter-Kind
P39.1	Konjunktivitis beim Neugeborenen
B37.0	Mundsoor
L70.4	Neugeborenenakne
P14.0	Plexuslähmung, obere Erblähmung durch Geburtsverletzung, ohne Armplexuslähmung
F51.9	nichtorganische Schlafstörung/Pavor nocturnus
R68.1	Schreien/Unruhe, reizbares Kind
P92.5	Stillprobleme
R10.4	Trimenonkoliken
P92.2	Trinkschwäche
L22	Windeldermatitis
B37.2	Windelsoor
P10.0	Subdurale Blutung, durch Geburtsverletzung
P10.1	Hirnblutung, durch Geburtsverletzung
P10.2	Intraventrikuläre Blutung durch Geburtsverletzung
P10.3	Subarachnoidale Blutung durch Geburtsverletzung
P10.4	Tentoriumriss, durch Geburtsverletzung
P10.8	sonstige intrakranielle Verletzungen und Blutungen durch Geburtsverletzung
P10.9	nicht näher bezeichnete intrakranielle Verletzung und Blutung durch Geburtsverletzung
P11.-	sonstige Geburtsverletzungen des Zentralnervensystems
P11.0	Hirnödem durch Geburtsverletzung
P11.1	sonstige näher bezeichnete Hirnschädigung durch Geburtsverletzung
P11.2	nicht näher bezeichnete Hirnschädigung durch Geburtsverletzung
P11.3	Geburtsverletzung des N. facialis
P11.4	Geburtsverletzung sonstiger Hirnnerven
P11.5-	Geburtsverletzung der Wirbelsäule und des Rückenmarkes
P11.50	mit akuter Querschnittlähmung
P11.51	mit chronischer Querschnittlähmung
P11.59	nicht näher bezeichnet
P11.9	Geburtsverletzung der Wirbelsäule und des Rückenmarks, nicht näher bezeichnet
K00.7	Zahnungsbeschwerden, Dentitio difficilis

Kodierbeispiele

Zwölfjähriger Patient mit bekanntem Diabetes Typ 1 erscheint mit einem entzündeten Finger an der linken Hand in der Praxis.

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

L03.01 L G Phlegmone an den Fingern

Siebenjährige Patientin mit bekanntem familiärem Mittelmeerfieber wird vorgestellt mit Fieber und Schmerzen beim Wasserlassen.

E85.0 G nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose (familiäres Mittelmeerfieber)

N10 G akute tubulointerstitielle Nephritis, akut: Pyelonephritis

B96.2! G E.coli und andere Enterobakteriaceen als Ursache von Krankheiten,
die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

Neun Monate alter Junge, Frühgeburt in der 29. SSW, Geburtsgewicht 950 Gramm, mit spastischer Parese und angeborener Pulmonalklappenstenose. Er wird von der Mutter wegen eines Krupp-Anfalls in der Praxis vorgestellt.

G80.1 G spastische diplegische Zerebralparese

Q22.1 G angeborene Pulmonalklappenstenose

J05.0 G akute obstruktive Laryngitis [Krupp]

Vierjähriges Mädchen, mit lumbaler Spina bifida mit Hydrocephalus und bekanntem Krampfliden wird von der Mutter wegen einer Verletzung am linken Bein als Folge eines Krampfanfall in der Praxis vorgestellt.

Q05.2 G lumbale Spina bifida mit Hydrocephalus

G40.3 G generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome

S80.81 L G sonstige oberflächliche Verletzung des Unterschenkels: Schürfwunde

Zehnjährige Patientin mit Maserninfektion und Symptomen einer Pneumonie.

B05.2 + G Masern kompliziert durch Pneumonie

J17.1 * G Pneumonie bei andernorts klassifizierten Krankheiten

Achtjähriger Patient mit bekanntem Asthma bronchiale, Pneumonie und Hämophilusnachweis.

J45.0 G Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale

J14 G Pneumonie durch Hämophilus influenza

B96.3! G Hämophilus und Moraxella als Ursache von Krankheiten,
die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

Zwölfjähriger Patient mit Leukämie in der Anamnese kommt nach Genuss von Speiseeis mit akutem Brech-Durchfall und starkem Krankheitsgefühl in die Praxis.

C92.01 G akute myeloische Leukämie: in kompletter Remission

A05.0 G Lebensmittelvergiftung durch Staphylokokken

B95.6! G Staphylococcus aureus als Ursache von Krankheiten,
die in anderen Kapiteln klassifiziert sind

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

TIPP: Weniger Aufwand durch die „Kürzel“-Funktion

Reduzieren Sie den Kodier-Aufwand durch Verwendung von anwenderdefinierten Diagnose-/GNR-Bausteinen. Nutzen Sie die Verknüpfung von Impfleistungen mit ICD-Kodes aus dem Kapitel Z der ICD-Stammdatei.

Beachten Sie hierbei: Falls gleichzeitig sowohl eine GNR als auch eine Diagnose über ein Kürzel indiziert werden sollen, muss entweder die Diagnose oder die GNR durch den Anwender bestätigt werden.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an ihren Softwareanbieter.

Berichtspflicht bleibt bestehen

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im April meldeten viele Hausarztpraxen, dass sie keine Berichte mehr erhielten. Eine weitere häufige Frage: Wer ist beim Praxis-Urlaub zu informieren?

An wen können sich Patienten wenden, die Ärzte oder Psychotherapeuten mit bestimmten Qualifikationen suchen?

Patientinnen und Patienten können sich unter der kostenfreien Telefonnummer (08 00) 6 22 44 88 an den Patienteninformationsdienst der KV Nordrhein wenden. Während der Servicezeiten von 8 bis 17 Uhr und freitags bis 13 Uhr können dort zum Beispiel Hausärzte oder Psychotherapeuten in der Nähe des Wohnortes oder Fachärzte, die über besondere Qualifikationen verfügen, erfragt werden. Er gibt zudem Auskunft über Psychotherapeuten für Erwachsene wie auch für Kinder und Jugendliche, differenziert nach den anerkannten und von den Krankenkassen zu bezahlenden Verfahren.

Unser Patienteninformationsdienst ist auch per E-Mail unter patienteninformationsdienst@kvno.de zu erreichen. Die Informationen stehen zudem in der Arzt- und Psychotherapeutensuche unter www.kvno.de zur Verfügung.

Entfällt mit der Praxisgebühr auch die Berichtspflicht nach dem EBM?

Nein. Auch nach dem Wegfall der Praxisgebühr ist in den Allgemeinen Bestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) in Punkt 2.1.4 ein Katalog von Leistungen festgelegt, bei denen das Übermitteln eines Berichts bzw. Briefes an den Hausarzt des Patienten Voraussetzung für die Abrechnung der jeweiligen Leistung ist – und zwar unabhängig davon, ob der Patient den ausführenden Arzt mit seiner Krankenversicherungskarte oder mit einer Überweisung aufsucht. Diese Berichtspflicht gilt unabhängig von der grundsätzlichen Verpflichtung zur Übermitt-

lung von Behandlungsdaten. Leistungen aus dem Katalog der allgemeinen Bestimmungen 2.1.4 des EBM sind nur dann ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt abrechenbar, wenn der Patient keinen Hausarzt angibt oder keine schriftliche Einwilligung zur Weitergabe an den Hausarzt abgibt. Sollte dies der Fall sein, tragen Sie bitte in der Abrechnung zusätzlich zu der entsprechenden Leistung die Symbolnummer 99970 ein.

Was muss ich tun, wenn ich in Urlaub fahre und meine Praxis deswegen schließe?

Wenn Sie Ihre Praxis länger als eine Woche schließen, teilen Sie bitte Ihren Urlaub und Ihre Vertreter der für Sie zuständigen Kreisstelle der KV Nordrhein mit – natürlich nachdem Sie die Vertretung abgesprochen haben. Bitte informieren Sie auch Ihre Patienten mittels Aushang und/oder Bandansage, wer Ihre Vertretung übernimmt.

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

Zehn Jahre KOSA aktuell

Im März 2003 startete die erste Ausgabe von KOSA aktuell – der nordrheinischen Zeitschrift der Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA). Zu Beginn war es ein einfaches Infoblatt, das sich zu einer sechseitigen Publikation entwickelt hat.

KOSA aktuell bietet Informationen zur Patientenorientierung, die den Arzt bei der Beratung unterstützen können. Sie finden hier Hinweise zum Aufbau und den Aufgaben von bundesweiten Selbsthilfeorganisationen und Insti-

tutionen im Gesundheitswesen, zudem Links, Termin- und Literaturtipps.

Viele Praxen schätzen das Medium: „KOSA aktuell ist sehr gut und sehr hilfreich, ich lese sie immer“, sagt eine Kinderärztin aus Mönchengladbach. Auch Selbsthilfevertreter geben positives Feedback: „Inhalt und Layout sind genau das, was unsere Zielgruppen brauchen – knapp, klar, gut recherchiert und lösungsorientiert.“

KOSA aktuell steht finden Sie im Internet unter www.kvno.de | **KV | 130539**



KOSA aktuell erhalten die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Nordrhein viermal pro Jahr.

Neues QEP-Manual online bestellen

Übersichtliche Terminplanung, sicherer Umgang mit Daten und eine genaue Beschreibung von Behandlungsabläufen – für all diese Punkte liefert das aktuelle QEP-Manual eine sichere Handhabe und hilft so dabei, die Kernziele des QEP-Qualitätsziel-Kataloges umzusetzen. Das Handbuch enthält digitale Musterdokumente und Checklisten, die Sie einfach

per Mausklick in das eigene, individuelle Praxishandbuch übernehmen können. Auch bietet es Selbstbewertungslisten, die die Überprüfung der eigenen Arbeit fördern und liefert Beispiele für Maßnahmenpläne. Regelmäßig angewandt hilft das Manual dabei, ein fundiertes Qualitätsmanagementsystem aufzubauen.

Das QEP-Manual 2010, Aktualisierung 2012, inklusive einer CD-ROM können Sie zum Preis von 49,85 Euro online bestellen: www.kvno.de **KV | 130539**

Neuropsychologische Therapie

Die KV Nordrhein stellt auf ihrer Webseite eine aktuelle Liste der Ärzte und Psychotherapeuten mit einer Genehmigung zur neuropsychologischen Diagnostik und Therapie zur Verfügung.

Die neuropsychologische Therapie ist seit dem 1. Januar 2013 eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und kann auch ambulant erbracht werden (wir berichteten).

Die aktuelle Liste finden Sie unter www.kvno.de **KV | 130539**

Dr. Norbert Tautz verstorben



Am 4. April ist der ehemalige Vorsitzende der KV Nordrhein, Dr. Norbert Tautz, im Alter von 84 Jahren verstorben. Viele Jahre hat er die Interessen seiner Kolleginnen und Kollegen auf Landes- und Bundesebene und in der Kreisstelle Bonn vertreten. 1977 wurde der Praktische Arzt in die Vertreterversammlung, 1981 in den Vorstand gewählt, 1985 wurde er 2. Vorsitzender des Vorstandes und vertrat von 1987 bis 1992 die KV Nordrhein als 1. Vorsitzender. Für sein Wirken wurde er mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet. Mit Dr. Norbert Tautz verliert die nordrheinische Ärzteschaft einen engagierten Kollegen und Berufspolitiker.

Doppelt „spitze“: Dr. Andreas Gassen neuer Vorsitzender des SpiFa und des DFV



Bereits im März wurde der Düsseldorfer Orthopäde und Unfallchirurg Dr. Andreas Gassen zum Vorsitzenden des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschland (SpiFa) gewählt. Sein erklärtes Ziel als Verbandschef: eine gut ausgestattete Patientenversorgung – wohnortnah und unabhängig. Und Gassen zeigt sich kämpferisch: „Die Gängelung durch die Krankenkassen lehnen wir ab.“

Im April wurde er auch Vorsitzender des Deutschen Facharztverbandes (DFV). „Wir wollen

mit Substanz Facharztspolitik durchsetzen“, so Gassen. Neben seiner Spitzenposition bei SpiFa und DFV ist er unter anderem zweiter stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und Mitglied der Vertreterversammlung der KV Nordrhein.

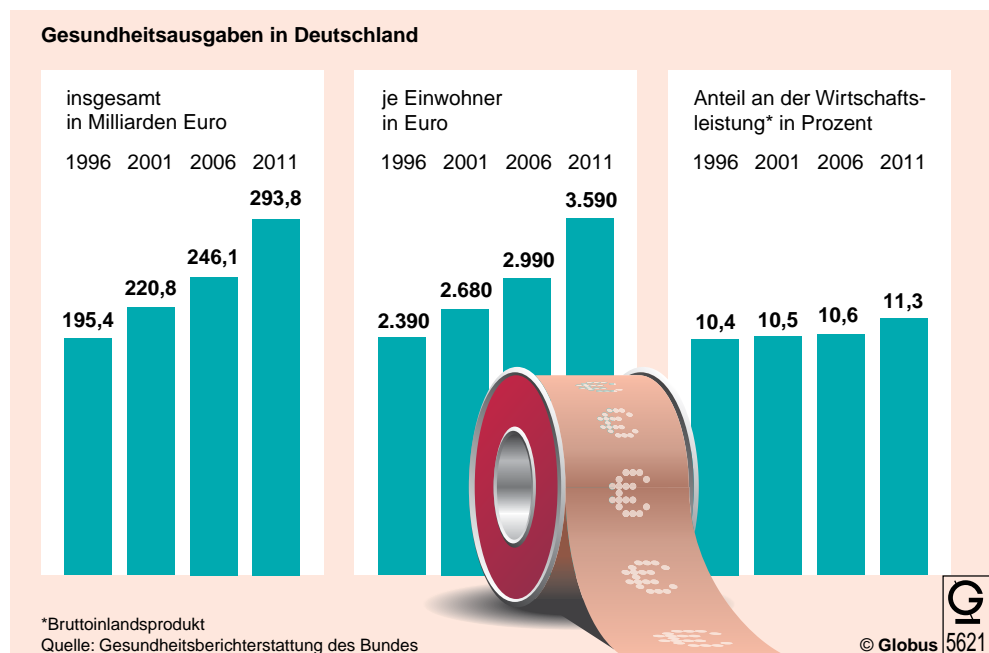
Sein Bestreben als Interessenvertreter formuliert Andreas Gassen so: „Fachärzte brauchen eine schlagkräftige Plattform, die sich je nach Erfordernis mit anderen Verbänden zusammenschließt.“

Der Preis für die Gesundheit

293,8 Milliarden Euro gaben die Deutschen 2011 für Gesundheit aus, das sind 5,5 Milliarden Euro mehr als 2010. Mit rund 168,5 Milliarden Euro war nach Angaben des Statistischen Bundesamts die gesetzliche Krankenversicherung der größte Ausgabenträger.

Auf dem zweiten Platz folgten mit 40,1 Milliarden Euro die Privathaushalte und private

Organisationen wie Caritas, Diakonie etc., die private Krankenversicherung lag mit 27,7 Milliarden Euro auf dem 3. Platz. Der einzelne Bundesbürger musste damit 2011 rein rechnerisch 60 Euro pro Jahr mehr (3.590 Euro insgesamt) für seine Gesundheit aufbringen. Insgesamt lag das Ausgabenplus 2011 aber deutlich unter der jährlichen Steigerungsrate der vorhergehenden Jahre von 3,1 Prozent.



Fax-Abruf-Nr.: 0211 5970 - _ _ _ _

Zum Abruf wählen Sie bitte die Nummer des Dokumentes. Je nach Gerät müssen Sie vor oder nach dem Wählen die Abruf-Taste des Fax-Gerätes drücken. Da die Fax-Geräte je nach Hersteller unterschiedlich sein können, sind

leider keine allgemeingültigen Angaben zur Handhabung der Abruffunktion möglich. Bitte entnehmen Sie Einzelheiten zur Funktion des Fax-Abrufes der Betriebsanleitung Ihres Gerätes.

Durchwahl-Nr.	Titel	(Seitenanzahl)
---------------	-------	----------------

■ Bezirksstellen der KV Nordrhein

7504	Bestellschein für Kassen- und KV-Vordrucke	(3)
------	--	-----

■ Bezirksstelle Düsseldorf

7500	Gesamtaufstellung – Zugelassene Ärzte	(4)
------	---------------------------------------	-----

7501	Gesamtaufstellung – Ermächtigte Ärzte	(4)
------	---------------------------------------	-----

7502	Gesamtaufstellung – Krankenhäuser	(4)
------	-----------------------------------	-----

■ Bezirksstelle Köln

7510	Gesamtaufstellung – Zugelassene Ärzte	(3)
------	---------------------------------------	-----

7511	Gesamtaufstellung – Ermächtigte Ärzte	(3)
------	---------------------------------------	-----

7512	Gesamtaufstellung – Krankenhäuser	(3)
------	-----------------------------------	-----

■ EDV/IT in der Arztpraxis

7522	eToken-Kurzinfo: Online-Abrechnung mit eToken ab dem 3. Quartal 2012	(1)
------	--	-----

7523	Elektronische Dokumentation zum Hautkrebs-Screening (eHKS) Merkblatt für Arztpraxen	(7)
------	---	-----

7524	Quartalsabrechnung mit der KV Nordrhein: Mögliche technische Verfahren, damit verbundene Kosten und Einsparungen	(2)
------	--	-----

7525	D2D-Anmeldung	(8)
------	---------------	-----

7526	Merkblatt und Antragsunterlagen zur Blankoformularbedruckung	(6)
------	--	-----

7527	Merkblatt eKoloskopie-Dokumentation	(8)
------	-------------------------------------	-----

7528	Merkblatt eDMP-Dokumentation	(10)
------	------------------------------	------

7529	Meldebogen für die IT-gestützte Quartalsabrechnung	(1)
------	--	-----

■ Pharmakotherapieberatung

7532	Patentgeschützte Analogpräparate (Me-too-Liste 2013)	(2)
------	--	-----

7533	Praxisbesonderheiten 2013 – Arzneimittel	(1)
------	--	-----

7534	Richtgrößen 2013 – Heilmittel	(1)
------	-------------------------------	-----

7536	Richtgrößen 2013 – Arzneimittel	(1)
------	---------------------------------	-----

7538	Anfrage: Arznei-, Verband- oder Heilmittelverordnung oder Verordnungen des Sprechstundenbedarfs	(1)
------	---	-----

7539	Genehmigungsverzicht bei Heilmittel-Verordnungen außerhalb des Regelfalles	(2)
------	--	-----

7541	Bundesweite Heilmittel-Praxisbesonderheiten 2013	(10)
------	--	------

Durchwahl-Nr.	Titel	(Seitenanzahl)
---------------	-------	----------------

■ Qualitätssicherung/Sicherstellung

7550	Bedarfsplanung	(5)
------	----------------	-----

7551	Meldeformular für Laborgemeinschaften zur Direktabrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein	(3)
------	---	-----

7552	Merkblatt und Antrag zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin oder für Innere und Allgemeinmedizin	(14)
------	--	------

7553	DMP Asthma/COPD: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität (fachärztliche Versorgungsebene)	(1)
------	---	-----

7554	DMP Asthma/COPD: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(5)
------	--	-----

7556	Anzeige über Beginn/Beendigung der Methadon-substitution	(1)
------	--	-----

7557	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität für den Hausarzt	(1)
------	---	-----

7558	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität für die DSP und Kinderärzte	(4)
------	--	-----

7560	Patientendokumentation zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger	(4)
------	--	-----

7561	Patientenerklärung zum Datenschutz / Abschluss	(2)
------	--	-----

7562	Patientenerklärung zum Datenschutz / Beginn	(2)
------	---	-----

7563	Patientenmerkblatt: Darmkrebs-Früherkennung	(3)
------	---	-----

7566	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
------	--	-----

7567	DMP Diabetes mellitus Typ 2: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
------	--	-----

7568	DMP KHK: Erklärung über die Praxisausstattung	(2)
------	---	-----

7569	DMP KHK: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
------	--	-----

■ Rechtsabteilung

7570	Kooperation mit pharmazeutischen Unternehmen	(4)
------	--	-----

7572	Rundschreiben der KBV zur Umsatzsteuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 UStG – Sachverständigentätigkeit eines Arztes für die gesetzliche Unfallversicherung	(5)
------	--	-----

■ Bereich Kommunikation

7580	Anfahrtsbeschreibung zur KV Nordrhein	(2)
------	---------------------------------------	-----

Diese Dokumente sind auch über die Online-Ausgabe von KVNO aktuell im Internet unter www.kvno.de abrufbar.

Bei technischen Problemen steht Ihnen die Portal-Hotline der KV Nordrhein unter der Telefonnummer 0211 5970 8500 zur Verfügung – bei Störungen wenden Sie sich bitte an den Geräte-Hersteller. Inhaltliche Fragen zu den Dokumenten richten Sie bitte an die zuständige Fachabteilung, Telefon 0211 59700.

Tag der Niedergelassenen



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



Die KBV und Ihre KV laden Sie ein zum
Tag der Niedergelassenen am 5. Juni 2013 im Berliner ICC.

14 Uhr KBV kontrovers: Eine Frage an die Gesellschaft – Wie viel Gesundheit wollen wir uns künftig leisten? Politische Diskussion mit dem Vorstand der KBV

Alle Informationen finden Sie unter www.tag-der-niedergelassenen.de.

Info-Markt der KVen + Politische Diskussion + Speakers' Corner + Info-Veranstaltungen

Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

	Ja, wir nehmen teil.	Teilnehmer-zahl
12.00–13.30 Uhr Ärztenetze und Co.: Formen der ärztlichen Kooperation	<input type="checkbox"/>
12.00–13.30 Uhr Einstieg in die Niederlassung: Von der Verbundweiterbildung bis zur Praxisbörse	<input type="checkbox"/>
12.00–13.30 Uhr Best-practice Psychotherapie: Multiprofessionelle Patientenschulung für morbid-adipöse Menschen	<input type="checkbox"/>
16.00–17.30 Uhr Welchen Wert hat meine Praxis?	<input type="checkbox"/>
16.00–17.30 Uhr Kooperation und vernetzte Versorgung – Praxiserfahrungen aus der Gesundheitsregion Ostwestfalen-Lippe	<input type="checkbox"/>
16.00–17.30 Uhr Regressgefahr – was tun? Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der Praxis	<input type="checkbox"/>

Freier Eintritt zum Tag der Niedergelassenen für Vertragsärzte,
-psychotherapeuten und Praxispersonal sowie für Medizinstudenten
und PJ-ler. Melden Sie sich bis zum **29. Mai 2013** an:

Vor- und Nachname:

Arztnummer/Matrikelnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit/Universität:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Faxanmeldung an 030/498550-30
oder online über www.hauptstadtkongress.de/tdn

6 Fortbildungspunkte für
die Teilnahme am Tag der
Niedergelassenen

5. Juni 2013, ICC Berlin



Hauptstadtkongress 2013
Medizin und Gesundheit

5. bis 7. Juni 2013
im ICC Berlin

Tag der Organspende am 1. Juni 2013

Der diesjährige Tag der Organspende findet in Essen unter dem Motto: „Richtig. Wichtig. Lebenswichtig!“ statt. Der Tag beginnt mit einem ökumenischen Dankgottesdienst im Essener Dom. Weiter geht es auf dem „Marktplatz fürs Leben“ mit einem Bühnenprogramm, Informationsständen und prominenten Botschaftern für die Organspende.

Programmflyer und Plakate zum Tag der Organspende können kostenfrei per E-Mail unter info@fuers-leben.de unter dem Stichwort „Tag der Organspende“ gefordert werden. Bitte geben Sie die erwünschte Stückzahl und die Lieferadresse an.

www.fuers-leben.de



Termin 1. Juni 2013,
ab 10 Uhr
Ort Willy-Brandt-Platz,
45127 Essen

Breaking Bad News – Kommunikationstraining

In Zusammenarbeit mit dem Trainingszentrum der Universität Aachen veranstaltet das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) eine Fortbildung zum Thema „Kommunikation in schwierigen Situationen“. Das Kommunikationstraining mit Schauspielpatienten startet mit einem Überblick in Gesprächsführungstechniken, übt Interaktionen mit Simulationspatienten und vertieft die Inhalte in Kleingruppenarbeit mittels Videofeedback.

www.iqn.de

ZERTIFIZIERT | ■■■■ Punkte
■■■■

Termin 8. Juni 2013,
9.30 bis 16.30 Uhr
Ort Skillslab AIXTRA, MTI 1
Wendlingweg 2
52074 Aachen
Anmeldung iqn@aeqno.de
Telefax 0211 4302 2751

Medizinprodukte in der Arztpraxis

Die Nordrheinische Akademie informiert über die Aufbereitung von Medizinprodukten in der Praxis aus praktischer und rechtlicher Sicht. Wie sieht beispielsweise die behördliche Überwachung der Medizinprodukte aus und was sind die Vorgaben des Medizinprodukterechts für Anwender und Betreiber? Die Referenten Carina Severing, Dr. jur. Klaus Weimer und Klaus Wiese kommen von der Bezirksregierung Düsseldorf, aus dem Medizinrecht und der Zentralsterilisation eines Krankenhauses.

ZERTIFIZIERT | ■■■■ Punkte

Termin 19. Juni 2013,
19.00 bis 21.30 Uhr
Ort Fortbildungszentrum
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Anmeldung Andrea Ebels
Telefax 0211 4302 2801

Veranstaltungen für Mitglieder

■	28.-31.05.2013	Bundesärztekammer: 116. Deutscher Ärztetag, Hannover
■	04.06.2013	KV Nordrhein/Rheinische Post: RP-Ratgeber Gesundheit „Bluthochdruck – Gefahr für die Gesundheit“, Düsseldorf
	05.06.2013	KBV/KVen: Tag der Niedergelassenen im Rahmen des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit, Berlin
■	05.06.2013	IQN: Fortbildung „Onkologische Arzneimittel-Therapie und Compliance“, Düsseldorf
■	08.06.2013	KV Nordrhein: Infoveranstaltung „Onlineabrechnung mit Registriermöglichkeit eToken und Ausgabe eArzttausweis light durch die Ärztekammer Nordrhein“, Düsseldorf
■	08.06.2013	IQN: Fortbildung „Breaking Bad News – Kommunikation in schwierigen Situationen“, Kooperation mit dem AIXTRA (Trainingszentrum der Universität Aachen)
	08.06.2013	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Grundlagen und Instrumente – Einführungslehrgang“, Düsseldorf (Teil 1)
■	12.06.2013	Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA Nordrhein) / Landeskoordination Integration NRW: „Essstörungen – Hilfsangebote in Köln“, Köln
	19.06.2013	Nordrheinische Akademie: Veranstaltung „Aufbereitung von Medizinprodukten in Arztpraxen aus praktischer und rechtlicher Sicht“, Düsseldorf
	21.-22.06.2013	Nordrheinische Akademie: Moderatorenausbildung Grundkurs, Düsseldorf
■	26.06.2013	IQN: Fortbildung „Die richtige und verantwortliche Medikamentengabe“, Düsseldorf
	26.06.2013	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Grundlagen und Instrumente – Einführungslehrgang“, Düsseldorf (Teil 2)
	10.07.2013	HAND e.V.: Leitliniengerechte Gerinnungshemmung bei ambulanten Operationen – Schnittstellenproblematik bei zahn- und augenärztlichen Eingriffen, Düsseldorf

Veranstaltungen für medizinische Fachangestellte

	11.05.2013	Nordrheinische Akademie: Berufsbegleitende Fortbildung EVA – Entlastende Versorgungsassistentin. Präsenztermin, Düsseldorf
	15.05.2013	Nordrheinische Akademie: ICD-10-Kodierung, Düsseldorf
	22.05.2013	Nordrheinische Akademie: Infomarkt für medizinische Fachangestellte, Köln
	24.05.2013	Nordrheinische Akademie: EBM-Einführungs-Workshop für Wiedereinsteigerinnen, Düsseldorf
	25.05.2013	Nordrheinische Akademie: Berufsbegleitende Fortbildung EVA – Entlastende Versorgungsassistentin. Präsenztermin, Düsseldorf
	29.05.2013	Nordrheinische Akademie: Pharmakotherapie, Köln
	05.06.2013	Nordrheinische Akademie: Vordrucke in der vertragsärztlichen Praxis, Köln
	08.06.2013	Nordrheinische Akademie: Berufsbegleitende Fortbildung EVA – Entlastende Versorgungsassistentin. Präsenztermin, Düsseldorf
	15.06.2013	Nordrheinische Akademie: Berufsbegleitende Fortbildung EVA – Entlastende Versorgungsassistentin. Präsenztermin, Düsseldorf

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

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

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

Redaktionsbeirat

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

Druck

Echo Verlag, Köln

Satz

Merzhäuser | grafik+design, Bonn

Anschrift der Redaktion

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

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

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

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 23 000

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“ 6 | 2013

■ Honorar:

Neuerungen ab 1. Juli 2013

■ Praxisnetze:

Regeln zur Förderung stehen

■ SAPV:

Die Teams in Nordrhein

■ Abrechnung:

Ganz einfach mit dem eToken

Die nächste Ausgabe von „KVNO aktuell“

erscheint am 26. Juni 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.