

6 | 2013

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Hintergrund

Palliativversorgung | Nordrhein bietet die beste Struktur bundesweit

Schwerpunkt

Abrechnung | CD und DVD adé – Online-Abgabe Pflicht ab III/2013

Aktuell

Honorar | Laborbudgets und andere Änderungen im Überblick

Praxisinfo

Mutterschafts-Richtlinien | Neue Merkblätter und Organ-Screening



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Papier, CD und DVD adé – die nächste Abrechnung muss online sein
- 3 In acht Schritten zur Online-Abrechnung
- 5 Online abrechnen via KVNO-Portal

Aktuell

- 6 VV der KVNO: Wider die „Kriminalisierung“ der Ärzte
- 7 Dr. Horst Bartels: „Gemeinsam eine Lösung finden“
- 10 Wichtige Honorar-Änderungen im Überblick
- 12 Förderung: Jetzt fließen die 23 Millionen Euro
- 16 Praxisbetreuung durch DAK unerwünscht
- 17 Hilfeportal für Opfer sexueller Gewalt

Praxisinfo

- 18 Vergütung für „Influenza nasal“

- 18 Änderungen beim Screening-MuRL
- 18 Indikation zur Osteodensitometrie
- 19 Unfallversicherung: Vergütung angehoben
- 19 Pflegeheim-Vertrag mit der Barmer modifiziert
- 20 DMP Brustkrebs und Asthma/COPD aktualisiert
- 21 Achtung: Coronavirus-Fälle melden
- 21 Kurarztverträge: Höhere Vergütung

Verordnungsinfo

- 22 Kombiarzneimittel: Die neuen Me-too-Präparate?
- 23 Heilmittel: Symbolziffern gelten nicht mehr
- 23 Kortikoide bei wirbelsäulennahen Injektionen

Hintergrund

- 24 Nordrhein bietet die beste Palliativversorgung bundesweit
- 28 Standpunkt: Quantensprung in der Versorgung

Berichte

- 30 Klares „Nein“ zur Bürgerversicherung
- 45 „1000 Leben retten Ruhr“

Service

- 32 Die RLV-Fallzahl der Einzelpraxis
- 34 Patientenrechtegesetz – Was ist neu?
- 36 Kodiertipps: Augenheilkunde
- 40 Kampagne für den Check-up 35
- 41 Gesamtaufstellung und eToken

In Kürze

- 42 Neue Gesichter für die Image-Kampagne
- 42 Praxisinfo: Im Ausland krankenversicherte Patienten
- 42 Weniger Drogentote in Deutschland
- 43 Umzug der Kreisstellen MG und VIE
- 43 Nationales Tutorentreffen in Düsseldorf
- 43 Qualitätszirkel suchen Mitglieder



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

der sich abzeichnende Ärztemangel ist ein ernstes Thema und bestimmte wesentliche Teile der Diskussionen auf der jüngsten Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und beim Deutschen Ärztetag. Dabei ging es nicht allein um adäquate Arbeitsbedingungen und Anreize, um Honorar und weniger Bürokratie. Es ging auch um die Frage, warum so wenige Nachwuchs-Mediziner in der ambulanten Versorgung ankommen.

Die Ursachen sind vielschichtig: Es beginnt bei der Auswahl der Medizinstudierenden und endet bei der Frage, ob das Lernen in der Ambulanz nicht zur Pflicht werden sollte. Dafür hatten sich die Delegierten der Vertreterversammlung eingesetzt. Der Ärztetag aber zeigte im Anschluss, dass die Frage der Inhalte von Aus- und Weiterbildung innerhalb der Ärzteschaft eine Menge Zündstoff birgt.

An der Weiterbildung im ambulanten Bereich führt kein Weg vorbei. Denn viele wichtige Leistungen wie Katarakt-Operationen, Leistungen aus den Bereichen Labor, Radiologie, Gynäkologie und anderen Fächern finden heute flächendeckend an Krankenhäusern gar nicht mehr statt und sind dort folglich dem medizinischen Nachwuchs auch kaum adäquat vermittelbar.

Gerne wird in solchen Debatten vergessen, dass es vor allem die ambulante Medizin ist, über die die Menschen in unserem Land Zugang

zur ärztlichen Versorgung haben. Bricht diese Ebene weg, werden wir tatsächlich eine Zweiklassen-Medizin bekommen – aber nicht, weil der eine Patient gesetzlich und der andere privat versichert ist, sondern weil in vielen ländlichen Regionen überhaupt keine flächendeckende Versorgung aufrechterhalten werden kann.

Gleichwohl ist auch die Zukunft der Krankenversicherung ein wesentlicher Bestandteil künftiger Versorgung. Aus Hannover kamen starke Signale für den Erhalt des so genannten „Dualen Systems“ – und gegen eine staatliche Einheitsversicherung. Eine große deutsche Tageszeitung titelte daraufhin „Ärzte machen Front gegen Rot-Grün“. Dabei geht es nicht um parteipolitische Präferenzen, sondern um eine klare Haltung in der Sache.

Ein Ende der privaten Krankenversicherung wird der Ärzteschaft dramatische Einnahmeverluste bringen. Die von Politikern in Aussicht gestellten Kompensationen sind viel zu vage, als dass wir darauf vertrauen könnten. Die Diskussion um eine neue Struktur der Krankenversicherung ist somit kein gutes Omen – auch nicht im Kampf gegen den Ärztemangel.

Herzliche Grüße

Dr. Peter Potthoff

Bernhard Brautmeier

Vorsitzender des Vorstandes

Vorstand

Papier, CD und DVD adé – die nächste Abrechnung muss online sein

Viele Praxen in Nordrhein haben bis zum Schluss gewartet – doch ab dem 3. Quartal 2013 müssen auch sie online abrechnen. Im Sommer sollten sie sich umstellen.

Die KV Nordrhein unterstützt Praxen bei der Umstellung. Rund 7.000 Besucher kamen beispielsweise zu den Infoveranstaltungen, die die KV seit Anfang 2012 angeboten hat. Und die Drähte der Portal-Hotline glühen seit mehreren Wochen.

Mit dem eToken und dem KVNO-Portal hat die KV Nordrhein zudem einen einfachen, unbürokratischen und preiswerten Weg zur Online-Abrechnung eingerichtet, den viele Praxen beschritten haben. Gut 3.100 Praxen haben ihn schon zur Abrechnung eingesetzt. Fast 4.000 weitere Praxen haben ihn bereits und dürften ihn erstmals für die Übermittlung der Abrechnungsdaten des 3. Quartals 2013 benutzen.

Alle Infos zur Online-Abrechnung finden Sie unter onlineabrechnung.kvno.de

So wird zurzeit abgerechnet

Eine knappe Mehrheit der Praxen im Rheinland reichte im 1. Quartal 2013 ihre Abrechnung noch auf CD oder DVD ein. Die Abrechnung über das KVNO-Portal (eToken, KV-SafeNet und eA-light) hat jüngst stark zugelegt. Unter den Online-Verfahren hat der eToken inzwischen D2D überholt.

Art der Abrechnung	Anzahl (in Prozent)
Papier	317 (2,1 %)
CD/DVD	7165 (50,8 %)
KV-SafeNet	510 (3,6 %)
eToken	3117 (22,2%)
eA-light	42 (0,3 %)
D2D	2964 (21,0 %)*

* Die Mehrheit der D2D-Abrechner signiert die Gesamtaufstellung digital, die Minderheit reicht sie auf Papier ein.

Wir zeigen Ihnen deswegen auf den beiden folgenden Seiten, wie das funktioniert. Eine Anleitung finden Sie auch auf dem KVNO-Portal.

Portal noch sicherer

Beim Portal gibt es übrigens eine Neuigkeit: Sensible Daten wie Regelwerksprotokolle und Diagnoseprüfung stehen nur noch verschlüsselt zur Verfügung. Damit erhöht die KV Nordrhein den Schutz Ihrer Daten. Ein Kennwort zum Entschlüsseln haben Sie im Juni per Post erhalten. Bitte beachten Sie: Es dient ausschließlich zum Öffnen der verschlüsselten Dokumente – und nicht zur Anmeldung im KVNO-Portal.

Parallel zur Abrechnungs-Abgabe richtet die KV Nordrhein in ihren Bezirksstellen in Köln und Düsseldorf Internet-Cafés ein, erstmals vom 1. bis 8. Juli, dann wieder vom 1. bis 9. Oktober 2013. Hier helfen Beschäftigte der KV Nordrhein Ärzten und Psychotherapeuten beim Hochladen und Absenden ihrer Abrechnungsdaten. Die Zugangsdaten für das KVNO-Portal und einen eToken sollten Sie auf jeden Fall mitbringen – und natürlich Ihre Abrechnungsdaten. Auch wer einen eArzttausweis light (eA-light) hat und seine zugehörige PIN, kann sich in den Internet-Cafés zeigen lassen, wie die Online-Abrechnung funktioniert.

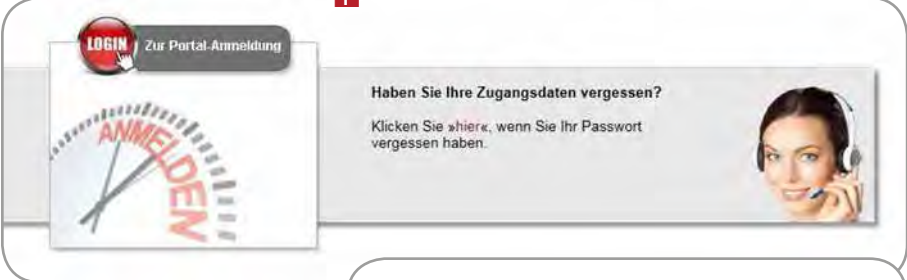
Endgültig vorbei ist inzwischen die Zeit der Papier-Abrechnung. Die knapp 320 Verbliebenen müssen direkt auf den Online-Zug aufspringen. ■ NAU


eToken und KVNO-Portal


In acht Schritten zur Online-Abrechnung


Viele Wege führen nach Rom – das trifft auch auf die Online-Abrechnung zu. Für viele Praxen dürfte im kommenden Quartal erstmals die Online-Abrechnung mit dem eToken anstehen. Diese Anleitung zeigt Ihnen, wie Sie diese mit wenigen Klicks durchführen.

- 1** Rufen Sie die Internetseite www.kvnoportal.de auf und klicken Sie „Zur Portal-Anmeldung“ an.


- 2** Benutzernamen und Kennwort im Anmeldefenster eintragen und „OK“ anklicken.


- 3** Nach erfolgreicher Anmeldung über die Startseite des KVNO-Portals erreichen Sie die Portal-Anwendungen. „Online-Abrechnung/Dokumentationen“ anklicken.


- 4** Ein neues Fenster mit Auswahlmöglichkeiten zur Authentifizierung erscheint. „eToken“ anklicken.



Kontakt

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

5 Ein Eingabefenster für den einmal gültigen achtstelligen Nummerncode erscheint. Taste auf dem eToken-Gerät drücken und Nummerncode ablesen.

[Ein neuer Nummerncode wird erzeugt, wenn Sie den Schalter auf dem eToken-Gerät erneut drücken.]



6 Achtstelligen Nummerncode in Erfassungsmaske eingeben und „Senden“ anklicken.



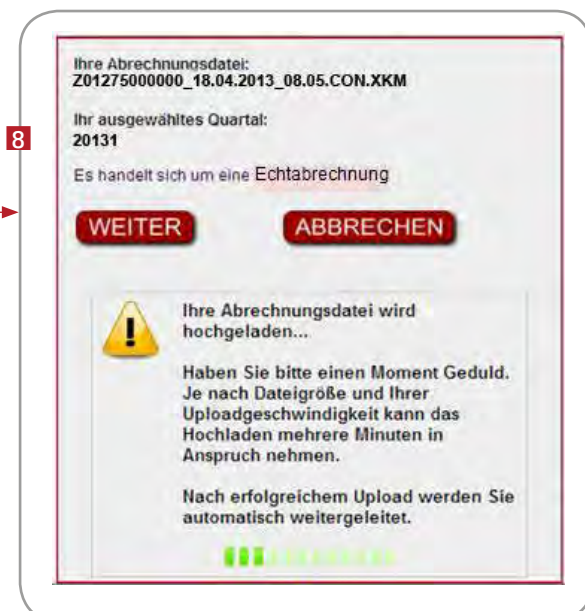
7 Das Fenster „Abrechnung übermitteln“ erscheint automatisch. Hier können Sie die mit Ihrer Praxissoftware erstellte verschlüsselte Abrechnungsdatei (nur xkm-Dateien) auswählen und an die KV Nordrhein übertragen.

- „Durchsuchen“ anklicken und Abrechnungsdatei von dem Datenträger (z. B. Festplatte, CD, USB-Stick) auswählen
- Abrechnungsquartal auswählen
- Quartalsabrechnung als Test- oder Echtabrechnung markieren
- E-Mail-Adresse für Rückmeldungen/Bestätigungen eingeben
- „Übertragen“ anklicken



8 „Weiter“ anklicken.

Nach dem erfolgreichen Hochladen der Abrechnungsdatei erhalten Sie untenstehende Meldung.



Ausführliche Anleitungen und Merkblätter stehen Ihnen auf der KVNO-Portalseite zur Verfügung: www.kvno-portal.de

Online abrechnen via KVNO-Portal

Bei der Portal-Hotline der KV Nordrhein steigt die Zahl der Anrufe Woche für Woche. Denn die Hotline hilft Ärzten und Psychotherapeuten, wenn etwas im KVNO-Portal nicht klappt. Wir haben die häufigsten Fragen und deren Antworten rund um die Online-Abrechnung über das KVNO-Portal zusammengestellt.

Was benötige ich für die Online-Abrechnung über das KVNO-Portal?

Voraussetzung ist ein internetfähiger PC, die kostenlose Registrierung für das KVNO-Portal (bei der Registrierung erhalten Sie Ihre persönlichen Zugangsdaten, bestehend aus Benutzername und Kennwort) und entweder der Besitz eines eToken, des elektronischen Arztausweis light (eA-light) oder ein KV-SafeNet-Zugang.

In welchem Zeitraum kann ich die Online-Echtabrechnung übertragen?

Der Abgabezeitraum erstreckt sich vom 20. Tag des letzten Quartalsmonats bis zum zwölften Tag des ersten Monats im Folgequartal. Für das zweite Quartal also beispielsweise vom 20. Juni bis 12. Juli.

Wie reiche ich die Gesamtaufstellung und die Behandlungsnachweise sonstiger Kostenträger eingereicht?

Derzeit besteht keine Möglichkeit die Gesamtaufstellung online über das KVNO-Portal einzureichen, da diese digital signiert sein müsste. Daher müssen Sie die ausgefüllte und eigenständig unterschriebene Gesamtaufstellung in Papierform spätestens innerhalb von sieben Kalendertagen an die zuständige Bezirksstelle schicken oder persönlich abgeben. Das gilt analog für die Behandlungsnachweise der sonstigen Kostenträger.

Kann ich die Online-Abrechnung auch von einem privaten Computer zu Hause übertragen?

Ja. Der Vorteil bei der Online-Abrechnung mittels eToken oder eA-light ist auch, dass Sie die Abrechnung von jedem internetfähigen Computer übertragen können. Voraussetzung ist, dass Sie Ihre Zugangsdaten für das Portal haben, die Abrechnungsdatei auf CD oder USB-Stick vorliegt und Sie über einen eToken oder eA-light verfügen. Bei der Übertragung der Abrechnung über eA-light gilt jedoch die Einschränkung, dass Sie dann auch das Lesegerät an den jeweiligen Computer anschließen und den erforderlichen Treiber installieren müssen.

Ich weiß nicht, wo genau meine Abrechnungsdatei liegt. Was kann ich tun?

Bei der Online-Abrechnung über das KVNO-Portal müssen Sie die Abrechnungsdatei von Ihrem Computer hochladen. Wenn Sie nicht wissen, wo genau Ihre Abrechnungsdatei auf Ihrem Praxiscomputer gespeichert ist, dann wenden Sie sich bitte an Ihr Softwarehaus. Dort erhalten Sie die erforderlichen Informationen. Sie können aber auch wie in der Vergangenheit eine CD erzeugen und anschließend übertragen.



Die Portal-Hotline der KV Nordrhein steht für Ihre Fragen rund um das KVNO-Portal für Sie bereit. Ausführliche Infos dazu finden Sie unter www.kvno.de
KV | 130605

Wider die „Kriminalisierung“ der Ärzte

Eine Ärzte-Demo unter denkwürdigen Begleitumständen vor Beginn und eine hitzige Diskussion um den Notdienst am Ende der Vertreterversammlung erzeugten große Aufmerksamkeit vor, während und nach der zweiten Sitzung der KVNO-Vertreter in diesem Jahr. Die Änderungen am Honorarverteilungsmaßstab und die klaren Aussagen des Vorstands zu Korruptionsvorwürfen und zur gesundheitspolitischen Großwetterlage auf Bundesebene rückten beinahe in den Hintergrund.

Die Mai-Sitzung war die dritte Sitzung in Folge, die von Protesten nordrheinischer Fachärzte begleitet wurde. Diesmal waren es vor allem Dermatologen, die auf unzureichende Regelleistungsvolumina und sich verschlechternde Arbeitsbedingungen aufmerksam machten. Die Demonstranten inszenierten den Protest als Bestattung; mit einem echten Sarg und Trauerkränzen unmittelbar vor dem Eingang zum Sitzungssaal. Das Ritual vollzog sich gegen den erklärten Willen des Vorsitzenden der Vertreterversammlung, Dr. Frank Bergmann, der die Aktion als Verstoß gegen parlamentarische Regeln wertete. Nachdem die Initiatoren mehrmalige Aufforderungen zum Abbau missachteten, musste die Polizei das Hausrecht durchsetzen.

Was blieb, war der medienwirksam inszenierte Abtransport des Sarges, zur Schau gestellte Zufriedenheit bei den an der Aktion beteiligten Ärzten – und ein fader Beigeschmack. Nicht nur bei Dr. Peter Potthoff. „Ich habe vollstes Verständnis für die Proteste und die Hinweise auf die Sorgen der Kollegen“, sagte der Vorstandsvorsitzende der KV Nordrhein. „Es gibt für alles eine Grenze, und die wurde hier klar überschritten. Kein Bundes-, Landes- oder Kommunalparlament würde eine solche Aktion tolerieren.“ Grundsätzlich stoßen die Fachärzte mit ihrem Anliegen auf offene Ohren – das machten Potthoff und Bergmann klar: „Ich freue mich, dass sie fast schon traditionell auf die schwierige Situation der Fachärzte aufmerksam machen.“

Ärzte unter Generalverdacht

Das Thema Honorar spielte im Bericht von Peter Potthoff eine wichtige Rolle. Er beleuchtete die aktuellen Entwicklungen auf Bundesebene, sowohl mit Blick auf die anstehende fach- und hausärztliche EBM-Reform (siehe Seite 30 ff.).

Der Chef der KV Nordrhein kritisierte die Pläne zur Erweiterung der Paragraphen im SGB V, mit denen Korruption im Gesundheitswesen bekämpft werden soll. „Wir werden damit unzulässig unter Generalverdacht gestellt“, sagte Potthoff. Im selben Kontext wie die Gesetzesinitiative zur Korruptionsbekämpfung stehe auch der jüngste „Meldeaufruf“ des GKV-Spitzenverbandes. „Die kriminalisierende Wortwahl im Online-Formular des Verbandes richtet sich vor allem gegen Ärzte. Das ist purer Populismus, der allen Akteuren im Gesundheitswesen schadet“, so Potthoff.

Facharzt-Proteste nachvollziehbar

Auf die Honorarsituation in Nordrhein ging Frank Bergmann detailliert ein. „Die Proteste der Kollegen sind mit Blick auf die strukturelle Unterfinanzierung des fachärztlichen Bereiches nachvollziehbar“, so Bergmann. Der differenzierte Blick auf Haus- und Fachärzte im ersten Quartal 2012 zeigt, dass die nordrheinischen Hausärzte beim Honorarumsatz je Arzt mit rund 49.500 Euro im ersten Quartal 2012 im Bundesvergleich nur an zehnter Stelle standen – beim Honorarumsatz pro Behandlungsfall sogar nur auf Rang 12.

>> weiter auf Seite 8

„Gemeinsam eine Lösung finden“

Die geplante Notdienstreform im Rheinland scheint eine neue Wendung zu nehmen. Es zeichnet sich ab, dass das Landesgesundheitsministerium die KV Nordrhein in Kürze auffordert, den Betrieb aller Notdienstpraxen zu übernehmen. Die Entwicklung haben wir mit Dr. Horst Bartels, dem Justiziar der KV Nordrhein erörtert.

Auf der Vertreterversammlung (VV) hat die KV Nordrhein die Delegierten über eine Feststellung der Prüfer aus dem Landesgesundheitsministerium informiert: Danach sei der Betrieb von Notdienstpraxen durch Vereine oder Genossenschaften nicht zulässig. Wann ist die KV informiert worden?

Bartels: Zwei Tage vor der VV baten die Prüfer den Vorstand zum Gespräch, um einen Zwischenbericht abzugeben. Dabei teilten sie mit, dass alle Notdienstpraxen von der KV zu betreiben seien. Der Vorstand hat entschieden, diese Nachricht direkt an die Delegierten weiterzugeben, weil sich dadurch eine komplett neue Situation in der Debatte um die Neuorganisation des Notdienstes in Nordrhein ergibt.

Wie verbindlich ist denn eine solche Feststellung – muss die KV das 1:1 umsetzen?

Bartels: Wenn unsere Aufsicht eine solche Vorgabe macht, hat die KV als Körperschaft des öffentlichen Rechts wenig Spielraum. Wir sind zunächst daran gebunden, auch wenn noch kein amtlicher Prüfbescheid vorliegt. Die Prüfer haben jedenfalls keinen Zweifel daran gelassen, dass diese Feststellung Teil des Berichts sein wird. Das bedeutet, dass wir uns jetzt mit der Frage intensiv auseinandersetzen müssen.

Was genau bemängeln die Prüfer?

Bartels: Die Prüfer haben festgestellt, dass im Rahmen des Sicherstellungsauftrags auch der Notdienst eine originäre Aufgabe der KV ist. Diese Aufgabe ist nicht übertragbar. Damit ist auch der Betrieb von Notdienstpraxen als Teil des Notdienstes ausschließlich Sache der KV. Wichtig war sicher auch, dass die Notdienstpraxen von der KV Zahlungen erhalten, über deren genaue Verwendung wir nicht in jedem Detail informiert werden.

Die KV Nordrhein hat auf Basis eines Beschlusses der VV versucht, die Kosten der von Vereinen organisierten Notdienstpraxen zu ermitteln – und zum Teil harsche, ablehnende Antworten erhalten. War das ein Vorgeschmack auf die Auseinandersetzung, die in Einzelfällen droht, wenn die KV eine Übernahme der Praxen anstrebt?

Bartels: Sollte jemand der Meinung gewesen sein, dass uns diese Kosten nichts angingen, weiß er spätestens jetzt, dass diese Position nicht aufrecht-



Dr. jur. Horst Bartels

zuerhalten ist. Natürlich müssen wir uns die Situation vor Ort genau anschauen – es bestehen ja auch vertragliche Bindungen, etwa Miet- oder Arbeitsverträge. Wir werden genau prüfen, wie der Übergang gestaltet werden kann und gemeinsam mit den Praxis-Betreibern nach einer individuellen Lösung suchen.

Die Prüfer des Ministeriums haben von „zeitnah“ gesprochen – wie viel Zeit hat die KV, um den bestehenden Zustand zu ändern beziehungsweise Praxen zu übernehmen oder neu zu gründen?

Bartels: Es gibt noch keinen klar definierten Zeitrahmen; wir sind dazu momentan in Gesprächen mit dem Ministerium. Klar ist: Wenn die Aufsicht bewusst den Begriff „zeitnah“ verwendet, dann ist das in ihren Augen ein wesentlicher Punkt, der bald anzugehen ist. Wir reden hier nicht von einer bloßen Zielvorgabe, sondern von einer Hausaufgabe, mit deren Erledigung wir ohne Zeitverzug beginnen müssen. ■ DIE FRAGEN STELLTE DR. HEIKO SCHMITZ



Dermatologen, HNO-Ärzte und Orthopäden forderten auf der Vertreterversammlung mehr Honorar.

Bei den Fachärzten lag die KV Nordrhein im ersten Quartal des Vorjahres bei gut 44.000 Euro und damit an drittletzter Stelle im Bundesvergleich. „Das ist die Folge einer im Vergleich zu anderen Bundesländern geringeren Gesamtvergütung je Versichertem in Nordrhein und einer höheren Arztdichte bei den Fachärzten.“ Dank des sehr guten Ergebnisses der Honorarverhandlungen mit den nordrheinischen Kassen liegt Nordrhein bei der durchschnittlichen morbiditätsbedingten Gesamtvergütung pro Versichertem und Jahr jetzt auf dem „alten“ Bundesdurchschnitt; dieser allerdings steigt durch die aktuellen Honorarzuwächse in anderen Bundesländern deutlich. Daher bleibt es beim Nachholbedarf in Sachen Vergütung.

Neue Erkenntnisse zum Notdienst

Der vor diesem Hintergrund wichtige Beschluss zu den Änderungen am Honorarverteilungsmaßstab wurde mit deutlicher Mehrheit gefasst – zu einem Zeitpunkt, an dem sich die Reihen der Delegierten schon gelichtet hatten. Die Mitglieder des Hausärztesverbandes und der Freien Ärzteschaft hatten nach einer kurzen Beratung die Versammlung verlassen, nachdem eine Mehrheit der VV-Mitglieder ein Ende der Notdienst-Debatte beschlossen hatte.

Die beiden im erweiterten Notdienst-Ausschuss vertretenen Mitglieder des Hausärztesverbandes erklärten aus Protest gegen das

vorzeitige Ende der Debatte, nicht mehr im Ausschuss mitzuarbeiten. Die Delegierten der Freien Ärzteschaft sahen noch Beratungsbedarf, erklärten aber inzwischen ihre weitere Mitarbeit.

Potthoff trat dem Vorwurf entgegen, die KV plane ein allein von ihr für gut befundenes Konzept gegen den Widerstand der Basis durchzusetzen. Der KVNO-Vorsitzende stellte klar, dass es in der Debatte nicht um ein Notdienstkonzept des Vorstands gehe. Es handle sich vielmehr um ein Konzept, zu dessen Erarbeitung die Vertreterversammlung den Vorstand beauftragt habe, um beispielsweise die Dienstbelastung der Ärzte zu homogenisieren.

Die weitere Ausgestaltung des angedachten Modellprojekts im Süden Nordrheins aber wird zunächst zurückgestellt, denn: „Wir brauchen jetzt sämtliche Ressourcen für die Beschäftigung mit den Notdienstpraxen“, sagt KV-Chef Peter Potthoff, der die Delegierten über das vorläufige Resultat einer aktuellen Prüfung durch das Gesundheitsministerium informierte. Danach muss die KV Nordrhein wesentliche Strukturen des Notdienstes ändern – der Betrieb von Notdienstpraxen durch Vereine und Genossenschaften etwa sei gar nicht zulässig, so die Prüfer.

Eine Feststellung, die auch deshalb brisant ist, weil sich einige dieser Vereine weigerten, der KV Informationen über ihre Kostenstruktur zu geben – genau dies aber hatte ein in der Februar-Sitzung gefasster Beschluss der Vertreterversammlung gefordert. „Wir können die aktuellen Gesamtkosten für den Notdienst somit nicht lückenlos ermitteln“, stellte Potthoff fest. Der Hauptausschuss wird sich nun weiter mit dem Thema Notdienst beschäftigen und darüber beraten, welche Konsequenzen aus der neuen Sachlage zu ziehen sind. Die Delegierten beschlossen, eine neue Agenda sowie einen Zeitplan zu erarbeiten, die auf der Vertreterversammlung im September beraten werden sollen. ■ DR. HEIKO SCHMITZ

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein fasste am 8. Mai 2013 folgende Beschlüsse:

Neugestaltung des Notdienstes in Nordrhein

Laut Aufgabenteilung in der Gematik seit 2010 ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) für das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) beim eGK-Projekt nicht verantwortlich. In Umsetzung der einheitlichen und gefestigten ärztlichen Beschlusslagen, insbesondere in Konsequenz der Beschlusslagen der KBV-Vertreterversammlung, hat die KBV in der Gesellschafterversammlung der Gematik am 22. März 2013 Anträge mit folgendem Inhalt gestellt:

1. Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten die Prüfung und Aktualisierung von Versichertenstammdaten auf der eGK in ihren Filialen mit Hilfe von Patiententerminals (eKiosk) anzubieten.
2. Freiwilligkeit der Durchführung des Online-VSDM für niedergelassene Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte.

Diese beiden Anträge der KBV wurden in der Gematik mehrheitlich abgelehnt. Damit wird deutlich, dass es KBV und KVen in der Gematik unmöglich ist, ärztliche Beschlusslagen und Interessen im Sinne einer wirkungsvollen Selbstverwaltung durchzusetzen. Die KBV stellt infolge der Ablehnung ihrer oben genannten Anträge ihren Verbleib in der Gematik bereits selbst infrage. Die Weigerung der Kassen, in ihren Zweigstellen Kartenterminals für das VSDM einzurichten, sowie das Negieren der Freiwilligkeit des VSDM für Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten verstoßen gegen zahlreiche Beschlüsse der ärztlichen Selbstverwaltung.

Deshalb fordert die Vertreterversammlung der KV Nordrhein die KBV auf, aus der Gematik auszuschneiden, so wie es der PKV-Verband bereits getan hat.

Antrag: Wieland Dietrich und Dr. Ralph Krolewski

Neue Agenda für den Notdienstausschuss

Der Notdienstausschuss wird beauftragt, sich zeitnah und eingehend mit den vom KV-Vorstand heute vorgetragenen neuen Aspekten, soweit sie den organisierten Notdienst betreffen, vorrangig zu befassen (Aufforderung der Prüfer des Landesgesundheitsministeriums, die Verwaltung des Notdienstes vor Ort in die Hände der Gesundheitsmanagementgesellschaft – GMG

zu legen und nicht mehr in den Händen von Vereinen zu belassen, Anmerkung der Redaktion) und hierzu Vorschläge sowie einen Zeitplan zu erarbeiten und diesen spätestens auf der nächsten Vertreterversammlung vorzustellen.

Antrag: Dr. Ludger Wollring

Quotenregelung für ärztliche Psychotherapeuten verlängern

Der Vorstand der KV Nordrhein wird gebeten, sich in den Gremien der KBV für die unbefristete Verlängerung der genannten Quote (Quotenregelung für ärztliche Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach § 101 Abs. 4

des Sozialgesetzbuchs V, Anmerkung der Redaktion) einzusetzen.

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

Konzept für Fachgruppentöpfe entwickeln

Der HVM-Ausschuss wird beauftragt, ein Konzept für die Einrichtung von Fachgruppentöpfen innerhalb der Leistungen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (Morbi GV) für den fachärztlichen Versorgungsbereich mit dem Aufsatz zum Beispiel des Jahres 2008 zu erarbeiten und diese Honorarverteilungsmaß-

nahme der Vertreterversammlung der KV Nordrhein vorzustellen. Jedwede Sachkosten sind aus der Berechnung auszuklammern.

Antrag: Dr. Manfred Weisweiler, Bernd Bankamp, Dr. Joachim Wichmann, Dr. Dr. Lars-Benjamin Fritz, Dr. Andreas Waubke, Dr. Andreas Gassen, Dr. Ludger Wollring, Wieland Dietrich und Dr. Christiane Friedländer

Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) wird auf Antrag des HVM-Ausschusses modifiziert. Der neue HVM im Wortlaut wird im

Rheinischen Ärzteblatt (Ausgabe 7/2013) amtlich veröffentlicht. Sie finden ihn im Internet unter www.kvno.de | [KV | 130609](http://www.kvno.de)

Wichtige Honorar-Änderungen im Überblick – Laborbudgets ab 1. Juli 2013

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein hat am 8. Mai ein ganzes Bündel von Änderungen am Honorarverteilungsmaßstab (HVM) beschlossen. Ein Teil der Neuerungen resultiert aus den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen.



Die Änderungen der Honorarverteilung beschlossen die Delegierten auf der Vertreterversammlung der KV Nordrhein ohne Gegenstimme.

Schmerztherapie besser bezahlt: Für Leistungen der speziellen schmerztherapeutischen Versorgung (Abschnitt 30.7.1. des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs) vergütet die KV Nordrhein ab dem 1. Quartal 2013 mit dem Orientierungspunktwert von 3,5363 Cent. Davor erhielten Ärzte für diese Leistung einen floatenden Punktwert, der zwischen 2 und 3,2 Cent lag. Die Erhöhung ist ein Ergebnis der Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen.

QZV-Regelungen: Ab dem 3. Quartal 2013 erhalten Kinder- und Jugendärzte für Patientinnen und Patienten mit der Diagnose ADHS ein zusätzliches qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV). Der Fallwert beträgt für das 3. Quartal 17,79 Euro.

Das QZV Sonographie der Orthopäden wird um die Hüftsonographie (EBM-Nr. 33051) erweitert.

Die Radiologen erhalten ein weiteres QZV für die Durchführung einer mediolateralen oder lateromedialen Mammographie (EBM-Nr. 34275). Die Leistung wurde zum 3. Quartal 2012 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eingeführt und ersetzt dabei in Teilen die Nummern 34272 und 34270, die bereits ein QZV für die Radiologen bilden. Alle Radiologen erhalten ab dem 3. Quartal 2013 die nuklearmedizinischen QZV, soweit diese noch nicht durch die QZV der Radiologen abgedeckt sind.

Psychotherapie extrabudgetär bezahlt: Die Kapazitätsgrenzen für Psychotherapeuten sind rückwirkend ab dem 1. Quartal 2013 entfallen (wir berichteten). Mit anderen Worten: Alle Leistungen zahlen die Krankenkassen zum vereinbarten Honorar. Die Ausbudgetierung gilt für alle antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen (Abschnitt 35.2 EBM) und die probatorischen Sitzungen.

Pflicht zur Online-Abrechnung: Seit Anfang 2012 weist die KV Nordrhein in ihren Medien darauf hin, dass ab dem 3. Quartal 2013 nur noch die Online-Abrechnung möglich ist. Eigentlich müssen niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten bundesweit ihre Abrechnungen schon seit Anfang 2011 online einreichen. Doch dies hat die KV Nordrhein bis dato

nicht eingefordert – und die Frist verlängert. Die Pflicht, die Abrechnung online einzureichen, ist nun auch im rheinischen HVM festgeschrieben; sie gilt wie gesagt ab III/2013.

Konvergenz läuft aus: Der bisherige „Verlustausgleich“, der Praxen stützte, deren Umsatz nach der Honorarreform 2009 eingebrochen war, fällt zum 3. Quartal 2013 weg. Im 4. Quartal 2012 erhielten noch fast 1.300 Praxen in Nordrhein einen Ausgleich im Rahmen dieser Regelung; das Volumen belief sich insgesamt auf 6,5 Mio. Euro. Dieses Geld bleibt

natürlich künftig im Honorartopf und wird in der Regelversorgung ausgeschüttet.

Alte Zuschlagsregelung abgelaufen: Die Zuschläge auf Fallwerte bei Praxisbesonderheiten, die die KV Nordrhein vor dem 1. Oktober 2012 gewährt hat, fallen ab dem 3. Quartal 2013 weg. Zuschläge gibt es aber immer noch. Doch seit dem 4. Quartal 2012 gibt es neue Regelungen zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten. Die Zuschläge kann die KV Nordrhein nur noch auf deren Basis einräumen.

■ FRANK NAUNDORF

Infos zu den aktuellen Zuschlagsregelungen und den Honorarverteilungsvertrag im Wortlaut finden Sie unter www.kvno.de KV | 130611

Laborbudgets gelten ab 1. Juli

Aufgeschoben ist nicht aufgehoben. Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein hatte Ende November 2012 entschieden, die Einführung eines Laborbudgets für die Abrechnung des Speziallabors bis zum 3. Quartal 2013 aufzuschieben. Grund dafür waren die großen Abweichungen der Fallwerte in Nordrhein von denen, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung kalkuliert hatte. Am 8. Mai hat die VV sich auf eigene Fallwerte im Labor festgelegt.

Diese Referenzfallwerte wurden aus den Abrechnungsergebnissen des 4. Quartals 2011 der KV Nordrhein bestimmt und um den Faktor 1,5 erhöht. Sie unterliegen wie alle Laboruntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 der bundeseinheitlichen Abstufungsquote „Q“, es sei denn, sie werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Ausgenommen sind auch die EBM-Nummern 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.

Im 1. Halbjahr lag die Abstufungsquote „Q“ bei 89,19 Prozent; sie wird nur auf die genannten Laboruntersuchungen angewendet. Die Abstufungsquote „Q“ beträgt für

das 2. Halbjahr 2013 91,81 Prozent. Die Abstufung wird bereits seit dem 4. Quartal 2012 auf die Laborleistungen angewendet – in Nordrhein aber bis dato ohne zusätzliche Budgetierung der Laborleistungen. Das findet aber künftig statt.

Das Laborbudget errechnet sich aus der Multiplikation der Referenzfallwerte der Arztgruppe mit der Abstufungsquote „Q“ und der Zahl der Behandlungsfälle im Abrechnungsquartal. Es werden nur die Fälle herangezogen, die Ärzte erbracht haben, die zur Abrechnung von Leistungen des Speziallabors berechtigt sind.

Ärzte, die den Referenzfallwert überschreiten, können einen höheren Wert beim HVM-Ausschuss beantragen. Dabei ist konkret zu begründen, warum die Anhebung im Einzelfall nötig ist.

Referenzfallwerte im Überblick

Fachgruppe	Referenzfallwert
Gynäkologen	4,23 €
Gynäkologen mit fakultativer Weiterbildung	
Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	31,93 €
Dermatologen	4,48 €
Pneumologen	25,09 €
Endokrinologen	87,99 €
Rheumatologen	87,99 €
Hämatologen/Onkologen	22,54 €
Urologen	8,78 €
Nuklearmediziner	22,75 €

Jetzt fließen die 23 Millionen Euro

Eine Reihe besonders förderungswürdiger Leistungen im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich werden in Nordrhein zusätzlich vergütet. Diese Förderung hatten die KV Nordrhein und die Krankenkassen in den Honorarverhandlungen für das Jahr 2013 beschlossen (wir berichteten). Insgesamt 23 Millionen Euro stehen dafür in diesem Jahr zur Verfügung. Nun ist auch die Liste der Leistungen vereinbart.

Die Vergütung dieser Förderung erfolgt extra-budgetär, also außerhalb der Regelleistungsvolumen und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV). Eine besondere Kennzeichnung der Leistungen ist nicht nötig.

Der Förderzeitraum umfasst das gesamte Jahr 2013 und beginnt mit dem 1. Quartal 2013. Es werden also auch bereits erbrachte Leistungen zusätzlich honoriert. Die Förderung wird mit der Quartalsabrechnung des 2. Quartals 2013 umgesetzt und mit der Restzahlung ausbezahlt. Für das 1. Quartal 2013 findet die Nachvergütung spätestens im Herbst 2013 statt. Die Vergütung für die förderungswürdigen Leistungen finden Praxen im Quartalskonto und Quotierungs-Nachweis extra aufgeführt.

Folgende Förderkriterien und -leistungen wurden für den fach- und hausärztlichen Bereich vereinbart:

Hausärztlicher Bereich: Im hausärztlichen Versorgungsbereich werden unter anderem die EBM-Nummern 03110 bis 03112 (hausärztliche Versichertenpauschalen) und 04110 bis 04112 (pädiatrische Versichertenpauschalen) gefördert, wenn multimorbide Patienten betreut werden, die an mindestens drei chronischen Erkrankungen leiden. Die KV Nordrhein hat mit den Krankenkassen eine Liste der chronischen Erkrankungen fixiert, die als Grundlage für die Förderung dienen; diese Liste finden Sie auf den Seiten 13 und 14.

Die Auszahlung ermittelt die KV Nordrhein auf der Basis der dokumentierten und gesicherten ICD-10-Diagnosen. Eine besondere Kennzeichnung oder Abrechnung von zusätzlichen Symbolnummern ist für Hausärzte und Kinder- und Jugendärzte nicht erforderlich.

Die pädiatrischen Versichertenpauschalen erhöht die KV Nordrhein (EBM-Nummern 04110 bis 04112) auch dann, wenn sie im Zusammenhang mit der Betreuung von Kindern und Jugendlichen zwischen sechs bis 17 Jahren stattfinden, bei denen die Diagnose Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder ADS als gesichert dokumentiert wurde. Auch in diesen Fällen ist eine zusätzliche Kennzeichnung oder Abrechnung von Symbolnummern nicht nötig, da die KV Nordrhein die Auszahlungsbeträge automatisch anhand der dokumentierten ICD-10-Diagnosen ermittelt.

Fachärztlicher Bereich: Für den fachärztlichen Versorgungsbereich hat die KV Nordrhein mit den nordrheinischen Krankenkassen arztgruppenspezifische Kataloge förderungswürdiger Leistungen vereinbart. Den Katalog über die förderungswürdigen Leistungen finden Sie auf Seite 15. Auch im fachärztlichen Bereich ist keine zusätzliche Kennzeichnung nötig; die Auszahlung der Förderung führt die KV Nordrhein automatisch auf Basis der abgerechneten Gebührenordnungspositionen des EBM durch. ■ NAU

*Die Liste der chronischen Erkrankungen, die als Grundlage für die Förderung von Hausarzt- und Pädiaterleistungen dient und der Katalog förderungswürdiger Leistungen von Fachärzten stehen zum Herunterladen bereit unter www.kvno.de
KV | 130612*

Liste der chronischen Erkrankungen zur Förderung im hausärztlichen Versorgungsbereich

Hinweise zur Liste: Zunächst werden die Kapitel des ICD-10-GM – Systematisches Verzeichnis, in der zweiten Ebene die Unterabschnitte der Kapitel und in der dritten Ebene die zu fördernden chronischen Krankheiten dargestellt.

Förderungskriterien: Die Förderung erfolgt nur für diejenigen Behandlungsfälle, für die mindestens drei der nachfolgenden chronischen Krankheiten mit einer gesicherten ICD-10-Diagnose dokumentiert wurden.

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Krankheiten der Schilddrüse / Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen

- Neugeborenen-Hypothyreose (Kretinismus)
- Schilddrüsen-Erkrankungen, exkl. Struma und Thyreotoxikose

Stoffwechselstörungen

- Störungen des Fettstoffwechsels (zu hohes Cholesterin), exkl. Lipidosen
- Mukoviszidose

Psychische und Verhaltensstörungen

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen / Allgemeinsymptome

- Somatoforme Störungen / Dissoziative Störungen
- Chronischer Schmerz

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Affektive Störungen

- Depression

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

- Hyperkinetische Störungen (F90.0, F90.1, F90.8 oder F90.9) – nur für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Krankheiten des Nervensystems

Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen

- Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen
- Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen

Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems

- Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)

Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems

- Multiple Sklerose und andere demyelinisierende Erkrankungen des ZNS

Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus / Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystem

- Periphere Neuropathie / Myopathie

Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome / Sonstige Krankheiten des Nervensystems / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems / Verletzungen des Halses / Verletzungen des Thorax / Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens / Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen / Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen

- Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems

Krankheiten des Kreislaufsystems

Hypertonie

- Hypertonie

Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes

- Pulmonale Herzkrankheit und Erkrankungen des Lungenkreislaufes
- Vorhoffarrhythmie
- Herzinsuffizienz

Sonstige Formen der Herzkrankheit

- AV-Block II. und III. Grades sowie sinoatriale Blockierungen

Zerebrovaskuläre Krankheiten

- Schlaganfall und Komplikationen
- Verschluss extrakranieller hirnversorgender Gefäße und transitorische ischämische Attacken

Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren

- Zerebrale Atherosklerose und Aneurysmen
- Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung
- Aortenaneurysma, ohne Erwähnung einer Ruptur

Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems

- Hypotonie

Krankheiten des Atmungssystems

Chronische Krankheiten der unteren Atemwege

- Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis

Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen / Purulente und nekrotisierende Krankheitszustände der unteren Atemwege / Sonstige Krankheiten der Pleura / Sonstige Krankheiten des Atmungssystems

- akutes Lungenödem und respiratorische Insuffizienz
- Postinflammatorische und interstitielle Lungenfibrose

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Entzündliche Polyarthropathien / Systemkrankheiten des Bindegewebes / Spondylopathien

- Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten
- Gicht / Arthritis urica

Arthrose

- Osteoarthrose sonstiger oder nicht weiter spezifizierter Gelenke
- Osteoarthrose der großen Gelenke

Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens / Spondylopathien / Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens / Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems / Verletzungen des Thorax / Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens

- Wirbelgleiten / Spondylolisthesis / Spondylolyse, angeboren oder erworben
- Bandscheibenerkrankungen (Bandscheibenvorfall, -verschleiß)
- Spondylose und assoziierte Erkrankungen (Osteoarthrose der Wirbelsäule)

Veränderungen der Knochendichte und -struktur

- Osteoporose und Folgeerkrankungen

Katalog förderungswürdiger Leistungen für den fachärztlichen Versorgungsbereich

Arztgruppe	Leistungsbereich	EBM-Nummer
Gynäkologen	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III *	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
Urologen	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I *	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092, 33043V, 33044V, 33090V
	Stoßwellenlithotripsie	26330
Chirurgen	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Phlebologie	30500, 30501
	Prokto-/Rektoskopie	30600, 30601
	Sonographie I *	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092, 33043V, 33044V, 33090V
Augenärzte	Fluoreszenzangiographie	06331
	Sonographie I für Augenärzte	33000, 33001, 33002, 33011
HNO-Ärzte	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
Hautärzte	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
Pneumologen	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
HNO-Ärzte	Hörgeräteversorgung	09372, 09373, 09374, 09375
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Hörgeräteversorgung Phoniater	20338, 20339, 20340, 20372, 20373, 20374, 20375, 20377, 20378
	Hörgeräteversorgung HNO	09372, 09373, 09374, 09375
Fachärzte für Innere Medizin mit SP Hämato-/Onkologie	Transfusionen	02110, 02111
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	Betreuung psychisch, neurologisch Kranker im sozialen Umfeld	21230 - Voraussetzung = min. 2 BHT im Quartal

* Wenn Genehmigung vorliegt.

Praxisbetreuung durch DAK unerwünscht

Die Krankenkassen im Rheinland beschäftigen rund 13.000 Mitarbeiter. Ein Teil davon kümmert sich um die Praxen – doch nicht immer stoßen deren Beratungsangebote auf das Interesse der Zielgruppe. Jüngst angeeckt ist die DAK-Gesundheit mit ihren Praxisbetreuern.

Im Mai schrieb die DAK-Gesundheit zahlreiche Praxen im Rheinland an. Unter dem Betreff „Krankenseinweisungen“ hieß es: „(...) gerne würden wir uns ein Bild über die regionale Versorgungssituation machen.“

lokale Probleme mit Krankenhäusern und Kliniken zu informieren.

Auf wenig Gegenliebe stieß auch ein anderes Angebot der DAK: Der KV Nordrhein liegen zahlreiche Meldungen darüber vor, dass „Praxisbetreuer“ der DAK niedergelassene Ärztinnen und Ärzte aufsuchen, um Diagnosen respektive die ICD-10-Kodierungen zu besprechen, teilt Annemarie Baro, Leiterin der Stabsstelle Recht der Bezirksstelle Köln mit. Das Interesse der Kasse ist klar: Wenn Diagnosen fehlen oder Behandlungen falsch kodiert sind, fließen weniger Mittel aus dem Risikostrukturausgleich. Natürlich kann eine unzureichend abgebildete Morbidität auch nicht im Interesse der Praxen sein, da sie Einfluss auf die Gesamtvergütung hat. Aber: Viele Vertragsärzte empfinden das Vorgehen der DAK als Eingriff in ihre medizinische Entscheidungshoheit und bitten die KV Nordrhein einzuschreiten.

Das haben wir getan, so Baro. „In Einzelfällen haben wir die DAK aufgefordert, die Praxen künftig nicht mehr aufzusuchen. Generell gilt: Sind Beratungsangebote von Kassen-Mitarbeitern in den Praxen nicht erwünscht, können unsere Mitglieder diese ignorieren.“ Wer ein Gespräch mit den „Praxisbetreuern“ führt, kann sicher sein: Die DAK darf die Daten nicht missbräuchlich verwenden. Bedenken Sie dennoch, dass Sie sich außerhalb geregelter Verfahren nicht mit den Kassen-Mitarbeitern über einzelne Patienten austauschen, das gilt insbesondere für Befunddaten. ■ NAU

KVNO kämpft für Sie

Melden Sie Ihren Fall der Redaktion

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

Doch statt die Ärztinnen und Ärzte zu fragen, hatte sich die Kasse bereits ihr eigenes Bild gemacht: Die Praxen werden im Anhang mit Statistik zum Einweisungsverhalten konfrontiert und auf eine „überdurchschnittliche“ Einweisungsquote hingewiesen. Gerne würde man ein Gespräch führen, um die Ursache zu erfahren. Daran hatten die meisten Praxen allerdings kein Interesse. Warum solle man sich auch vor dem Kassenmitarbeiter für eine statistische Abweichung von ein paar Prozentpunkten rechtfertigen? „Wir haben den Brief auf Empfehlung der KV Nordrhein ‚entsorgt‘ – und seitdem auch nichts mehr von der DAK gehört“, berichtet ein Allgemeinmediziner.

Zu Recht: Der Einladung von DAK und Co zu solchen Gesprächen muss kein Arzt folgen. Wenn Sie nicht an einem solchen Gespräch zur Versorgungssituation teilnehmen wollen, brauchen Sie auf die Anfrage nicht zu reagieren; es drohen keine Nachteile. Sinnvoll könnte es allenfalls sein, die Kasse allgemein über

Hilfeportal für Opfer sexueller Gewalt

Betroffene von sexuellem Missbrauch sollen schneller Hilfe finden. Johannes-Wilhelm Rörig, unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs, hat dazu das „Hilfeportal Sexueller Missbrauch“ ins Leben gerufen.

Das Portal richtet sich an Menschen, die im Kindesalter sexuelle Gewalt erfahren haben, an ihre Angehörigen sowie an Fachkräfte. Über die Startseite können alle relevanten Informationen leicht gefunden werden. Dazu gehören Informationen zu sexuellem Missbrauch (Definition, Zahlen und Fakten), zu Beratungsangeboten und Therapien, zur Gesetzeslage und Rechtsbeistand sowie zur Vorbeugung für Erwachsene und Institutionen.

Experten gesucht

Ein wesentlicher Bestandteil der Plattform ist eine Adressdatenbank, die die Suche nach Hilfsangeboten vor Ort erleichtern soll. Wenn Sie als Arzt oder Psychotherapeut über Erfahrung in der Therapie von Betroffenen sexuellen Missbrauchs verfügen und Patientinnen und Patienten mit diesem Hintergrund aufnehmen möchten, sollten Sie sich in die Datenbank eintragen.

Ihren Namen, Ihr Fachgebiet und Ihre Kontaktdaten können Sie über den Link www.datenerfassung.hilfeportal-missbrauch.de angeben. Zusätzlich haben Sie dort die Möglichkeit, Sprachkompetenzen anzugeben. Der Eintrag ist selbstverständlich kostenfrei.

„Für Betroffene sexualisierter Gewalt sind Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oft eine erste Anlaufstelle auf der Suche nach Hilfe. Sie sind kompetente Ansprechpartner und können dazu beitragen, das erlittene Leid zu verarbeiten. Mit ihrer Registrierung im Hilfeportal ermög-



lichen sie, dass Betroffene schnell und einfach Hilfe finden“, erklärt Rörig.

Im Juni gestartet

Die Initiative, ein solches Portal einzuführen, geht auf eine Rahmenempfehlung zurück, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer, Bundespsychotherapeutenkammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung unter Beteiligung des Bundesgesundheitsministeriums im August 2012 geschlossen hatten. Seit dem 15. Juni dieses Jahres steht das Portal Betroffenen zur Verfügung. ■ SSO

Das Portal finden Sie im Internet unter www.hilfeportal-missbrauch.de

Das „Hilfeportal Sexueller Missbrauch“ ist am 15. Juni gestartet. Es richtet sich an Menschen, die im Kindesalter Opfer sexueller Gewalt geworden sind.

Vergütung für den Gripeschutz „Influenza nasal“

Für den neu eingeführten Gripeschutz „Influenza nasal – sonstige Indikationen, außer schweres Asthma: Kinder und Jugendliche 24 Monate bis 17 Jahre“ hat die KV Nordrhein mit den nordrheinischen Krankenkassen analog zur Influenza-Impfung eine Vergütung in Höhe von 5,80 Euro vereinbart. Bitte verwenden Sie für die Abrechnung der Influenza nasal die Symbolnummer 89112N. Die Anlage 2 der Schutzimpfungsrichtlinie wurde entsprechend angepasst.

Die Schutzimpfungsrichtlinie und ihre Anlagen finden Sie unter www.kvno.de | **KV | 130618**

Mutterschafts-Richtlinien: Änderungen beim Screening

Mit Inkrafttreten der geänderten Mutterschafts-Richtlinien (MuRL) zum 1. Juli 2013 haben Frauen im Rahmen der Schwangerenbetreuung Anspruch auf ein neu eingeführtes Organscreening, das im zweiten Trimenon durchgeführt werden kann. Darüber hinaus sollen Ärzte die Schwangeren vor dem ersten Ultraschallscreening beraten und das neue Merkblatt aushändigen. Neu ist ebenfalls, dass das Screening von der Schwangeren abgewählt werden kann. Im zweiten Trimenon kann zusätzlich zur Basis-

screeninguntersuchung ein systematisches Organscreening gewählt werden. Gynäkologen müssen die Anforderungen im Anwendungsbereich 9.1a in Verbindung mit Anlage VI der Ultraschallvereinbarung erfüllen, wenn sie das Screening durchführen.

Der EBM ist noch nicht angepasst. Bis zur Festlegung einer Vergütungsregelung im EBM durch den Bewertungsausschuss, gilt folgendes Verfahren:



Schwangere haben nun auch einen Anspruch auf ein Organscreening.

ren: Führen Sie im Rahmen der Schwangerenbetreuung eine Ultraschalluntersuchung nach einer neu in die Mutterschafts-Richtlinien aufgenommenen Methode durch, rechnen Sie die EBM-Nummer 01770 ab. Zusätzlich stellen Sie eine Privatrechnung nach der GOÄ über den zusätzlichen Aufwand für das Organscreening aus. Die Patientin kann die Rechnung bei ihrer Krankenkasse zur Kostenerstattung einreichen.

Leistungen nach dem bisherigen Umfang der Mutterschafts-Richtlinien rechnen Sie weiterhin mit der EBM-Nummer 01770 ab. Die KV Nordrhein empfiehlt einen entsprechenden Hinweis auf der Rechnung nach GOÄ aufzunehmen.

Im Zusammenhang mit der Änderung der Mutterschafts-Richtlinien wurden auch die Mutterschaftspässe und Merkblätter für Schwangere angepasst. Diese stehen höchstwahrscheinlich ab Ende Juni zur Verfügung. Sie können diese dann über den Formularversand der KV Nordrhein in Krefeld beziehen. Für bereits ausgegebene und weiterhin gültige Mutterschaftspässe stehen Einlegeblätter zur Dokumentation der Ultraschalluntersuchungen zur Verfügung, die vom Formularversand an alle Gynäkologen versandt werden.

Die geänderten Mutterschafts-Richtlinien finden Sie unter www.kvno.de | **KV | 130618**

Indikation zur Osteodensitometrie erweitert

Die Indikation zur Osteodensitometrie hat der Gemeinsame Bundesausschuss deutlich erweitert. Der Beschluss des Ausschusses ist am 11. Mai in Kraft getreten. Gesetzlich Versicherte haben nun Anspruch auf diese Leistung. Eine Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ist noch nicht erfolgt und zurzeit auch noch nicht absehbar. Die Leistungen nach der neuen Indikation können daher vorerst nur im Rahmen der Kostenerstattung nach der GOÄ erbracht werden. Die Patienten können die Rechnung bei ihren Krankenkassen zur Erstattung einreichen. Leistungen, die Ärzte nach der bisherigen Indikation erbringen, können weiter über die EBM-Nummer 34600 abgerechnet werden.

Künftig kann die Knochendichtemessung bei allen Patienten mit Verdacht auf eine Osteoporose durchgeführt wer-

den, bei denen eine medikamentöse Therapie geplant ist. Eine Wiederholung dieser Diagnostik ist alle fünf Jahre möglich – oder wenn in der Zwischenzeit neue Befunde ergeben, dass eine Optimierung der Therapie erforderlich ist. Die Indikationsstellung zur Osteodensitometrie war durch einen Beschluss des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen 1999 stark eingeschränkt worden, da keine validen Unterlagen zum Beleg des Nutzens dieser Methode vorlagen. Nach Bewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurde die Indikation zur Osteodensitometrie erweitert.

Die KV Nordrhein empfiehlt, bei Untersuchungen nach der neuen Indikation auf der Rechnung darauf hinzuweisen, dass die neue Leistung noch nicht in den EBM aufgenommen wurde und somit eine Rechnungslegung im Rahmen der Kostenerstattung nach der GOÄ erfolgen muss.

Den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses finden Sie unter www.g-ba.de | KV | 130619

Unfallversicherung: Vergütung angehoben

Zum 1. Juni 2013 wurde die Gebührenordnung der Unfallversicherung angepasst und die Vergütung deutlich verbessert. Die Änderungen sind durch die Anpassung der Gebühren beim ambulanten Operieren erforderlich geworden.

Die Anhebungen und Ergänzungen im Überblick:

■ **UV-GOÄ-Nummer 2348:** Die Gebühr der Besonderen Heilbehandlung für die Nr. 2348 wurde von 47,67 Euro auf 189,76 Euro angehoben. Die Anhebung war durch die Höherbewertung der Nr. 2347 notwendig geworden.

■ **UV-GOÄ-Nummer 2381:** Die Gebühr der Allgemeinen Heilbehandlung für die Nr. 2381 (Einfache Hautlappenplastik) wurde von 25,54 Euro auf 72,02 Euro angehoben. Die neue Vergütung entspricht 80 Prozent der Besonderen Heilbehandlung (90,03 Euro). Der Anwendungsbereich der Nr. 2381 betrifft neben Unfällen auch Berufskrankheiten. Diese werden im Rahmen der Allgemeinen Heilbehandlung behandelt, so dass der Allgemeinen Heilbehandlung hier besondere Bedeutung zukommt. Sie ist daher auf den üblichen Abstand zur Gebühr der Besonderen Heilbehandlung (80 Prozent) angepasst worden.

■ **UV-GOÄ-Nummer 2382:** Die Gebühren der Allgemeinen und der Besonderen Heilbehandlung für die Nr. 2382 (Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation) sind auf die entsprechenden Gebühren der Nr. 2381 angehoben worden. Von 63,48 Euro auf 90,03 Euro bei der Besonderen Heilbehandlung und von 51,01 Euro auf 72,02 Euro bei der Allgemeinen Heilbehandlung.

■ **UV-GOÄ-Nummer 2404:** Die Gebühr der Allgemeinen Heilbehandlung für die Nr. 2404 (Exzision einer größeren Geschwulst) wurde von 38,24 Euro auf 72,55 Euro angehoben. Die neue Höhe entspricht 80 Prozent der Gebühr der Besonderen Heilbehandlung (90,69 Euro). Anwendungsbereich der Nr. 2404 sind auch Berufskrankheiten, die in der Allgemeinen Heilbehandlung durch Dermatologen behandelt werden.

■ **UV-GOÄ-Nummer 2001:** Die Leistungslegende wurde ergänzt. Bei der Verwendung von Gewebekleber bei der Versorgung kleiner Wunden am Kopf und an den Händen und bei Kindern bis zum 6. Geburtstag kann nun die Nr. 2001 abgerechnet werden.

■ **UV-GOÄ-Nummer 828:** Die Messung magnetisch evoked Potentiale ist nicht im Kapitel der UV-GOÄ enthalten. Um eine ordnungsgemäße Abrechnung dieser Leistung zu ermöglichen, ist die Leistungslegende der Nr. 828 entsprechend ergänzt worden.

Die aktuelle Gebührenordnung – UV-GOÄ – mit den Änderungen finden Sie im Internet-Angebot der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de | KV | 130619

Pflegeheim-Vertrag mit der Barmer modifiziert

Am 1. Juli 2013 tritt der modifizierte Vertrag über die ambulante medizinische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in der Stadt Essen in Kraft. Der modifizierte Vertrag ersetzt die bisherige Vereinbarung, die im März 2012 als Pilotprojekt gestartet war.

Die KV Nordrhein und die Barmer GEK haben sich darauf verständigt, die bisherigen vertraglichen Regelungen für die Teilnahme von Haus- und Fachärzten sowie Psychotherapeuten zu erleichtern. Die wesentlichen Änderungen der Vertragsmodifikation beziehen sich auf die Formen der

Vergütung und Abrechnung

Leistungsinhalte	Symbolnummer	Vergütung
Behandlungs- und Betreuungskomplex	92500	15 Euro 1x im Quartal je Patient
Fachärztliche und psychotherapeutische Behandlungspauschale	92501	12,50 Euro 1 x im Quartal je Patient
Zuschlag zu den Besuchen 01411, 01412 und 01415	92502	45 Euro
Überleitungsmanagement – persönlich	92503	40 Euro
Überleitungsmanagement – telefonisch	92504	18 Euro

Teilnahme und lassen die bekannten Vertragsbestandteile im Wesentlichen unberührt. Neu ist die Regelung, dass sowohl ein einzelner Vertragsarzt, aber auch ein Verbund von Ärzten/Ärztinnen dem Vertrag beitreten kann.

Die Anlagen 1 und 2 (Kooperationsverträge) des bisherigen Vertrages entfallen und werden durch die neuen Anlagen 3 und 4 ersetzt, die die Kriterien für eine Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und Psychotherapeuten und den Pflegeheimen beschreiben. Nach den neuen vertraglichen Bedingungen sind alle im Bereich der Kreisstelle Essen zugelassenen Vertragsärzte und Psychotherapeuten teilnahmeberechtigt.

Die Vergütungen nach dem Vertrag werden extrabudgetär honoriert. Zusätzlich werden die Besuche nach den EBM-Nummern 01410 und 01413 mit einem Punktwert von 3,5363 Cent honoriert.

Den modifizierten Vertrag finden Sie unter www.kvno.de | **KV | 130620**

Alle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomievertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen. Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter www.kvno.de **KV | 130620**

DMP Brustkrebs und Asthma/COPD aktualisiert

Zum 1. Juli 2013 werden die DMP Brustkrebs und Asthma-bronchiale/COPD aktualisiert. Es gibt neue Teilnahme- und Einwilligungserklärungen und die Datensätze für die Erst- und Folgedokumentationen wurden angepasst.

Für Patienten, die ab 1. Juli 2013 in eines der beiden Programme eingeschrieben werden sollen, verwenden Sie bitte nur noch die neuen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen. In der letzten Juni-Woche erhalten alle teilnehmenden Praxen eine Erstauss-



Für Asthmatiker, die an einem DMP teilnehmen möchten, gibt es neue Teilnahmeerklärungen.

stattung der Formulare. Weitere Formulare können Sie über den Formularversand in Krefeld erhalten. Wir bitten Sie, die alten Formulare zu entsorgen.

Ebenfalls ab dem 1. Juli 2013 dürfen nur noch die neuen Datensätze für die Erst- und Folgedokumentationen verwendet werden. Dies gilt auch für Folgedokumentationen, wenn der Patient bereits vor dem 3. Quartal 2013 eingeschrieben wurde. Um die neuen Dokumentationsdatensätze zu nutzen, muss die Software aktualisiert sein. Sollte dies noch nicht passiert sein, wenden Sie sich bitte an Ihr Softwarehaus. Die Datenstelle in Bamberg darf ab dem 3. Quartal 2013 nur die neuen gültigen Teilnahme- und Einwilligungserklärungen sowie aktuelle Datensätze verarbeiten.

Über die Einzelheiten der Änderungen bei den Erst- und Folgedokumentationen haben die teilnehmenden Ärzte

bereits im März ein Schreiben der Nordrheinischen Gemeinsamen Einrichtung erhalten.

Achtung: Coronavirus-Fälle melden

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) warnt vor dem Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV). Es ähnelt dem SARS-Erreger, an dem vor zehn Jahren etwa 800 Menschen starben. Das Virus ist seit Sommer 2012 bekannt, seitdem sind 54 laborbestätigte Fälle und 30 Todesfälle aufgetreten.

Alle bisher erkannten Fälle waren direkt oder über andere Patienten mit der arabischen Halbinsel assoziiert. Importierte Krankheitsfälle bzw. Sekundärfälle von importierten Fällen wurden in Deutschland, Großbritannien, Frankreich, Tunesien und zuletzt in Italien diagnostiziert. In Essen ist ein importierter Erkrankungsfall aus Katar behandelt worden, ohne dass es zu Sekundärinfektionen von Kontaktpersonen kam. Im Ennepe-Ruhr-Kreis gab es nun bei einem Reiserückkehrer aus den Vereinigten Arabischen Emiraten einen Anfangsverdacht, der sich aber zum Glück nicht bestätigt hat.

Das Landesgesundheitsamt bittet die Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein ihr Augenmerk besonders auf Reiserückkehrer aus dem Mittleren Osten zu richten, die die Symptomatik eines akuten respiratorischen Syndroms zeigen. Reiserückkehrer aus dem Mittleren Osten mit der Symptomatik eines akuten respiratorischen Syndroms sollten umgehend auf das neue Coronavirus getestet werden. Soweit möglich sollten Proben aus den unteren Atemwegen für die Diagnose genutzt werden. Schon der Verdacht auf das Auftreten von MERS-CoV ist dem Gesundheitsamt durch den behandelnden Arzt unverzüglich zu melden. Auch bei Personen mit einer Immunschwäche, die atypische Symptome wie Durchfall zeigen, sollten Sie eine Infektion mit dem neuen Coronavirus in Betracht ziehen.

Zur Abrechnung der Labordiagnostik können Praxen folgende EBM-Nrn. ansetzen: 32721, 32725, 32726, 32727. Die Nummern sind beim selben Probenmaterial nicht nebeneinander abrechnungsfähig.

Mehr Infos (unter anderem zur Probengewinnung und Labordiagnostik) finden Sie im Internet-Angebot des Robert Koch-Instituts und der WHO unter www.who.int und www.rki.de | KV 130621

Kurarztverträge: Höhere Vergütung ab 1. Januar 2013

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat mit dem Spitzenverband der Krankenkassen eine Erhöhung der in den Kurarztverträgen vereinbarten Pauschalen um 6 Prozent rückwirkend zum 1. Januar 2013 vereinbart. Zum 1. Juli 2013 werden die Verträge der Primär- und Ersatzkassen zusammengeführt. Die bisher höhere Vergütung der Ersatzkassen gilt zukünftig auch für die Primärkrankenkassen. Die Teilnahme an Kurarztverträgen wurde erleichtert. Als Voraussetzung für die Teilnahme genügt der Nachweis der Absolvierung eines 240 Stunden-Kurses für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie und Balneologie“.

Die aktuellen Kurarztverträge finden Sie im Internet-Angebot der KBV in der Rubrik „Rechtsquellen“ unter www.kbv.de | KV 130621

Serviceteams



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

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666 Telefax 0221 7763 6450

E-Mail service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888 Telefax 0211 5970 8889

E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Formularversand

Telefon 02151 3710 00 Telefax 02151 9370 655

E-Mail formular.versand@kvno.de

Kombiarzneimittel: Die neuen Me-too-Präparate?

Bei der Kombination von Arzneistoffen können sich die Wirkungen der Einzelsubstanzen addieren oder der Metabolismus des Hauptwirkstoffs wird beeinflusst und Nebenwirkungen werden möglichst vermieden. Die fixe Kombination von Arzneistoffen in einer Tablette kann pharmakodynamisch oder pharmakokinetisch sinnvoll sein oder zur besseren Compliance beitragen. Alles hört sich gut an – vor allem wenn Sie wirtschaftliche Aspekte ausblenden.

Die Klassiker der Kombinationsarzneimittel sind die Kombinationen von Levodopa mit einem Decarboxylasehemmer (Carbidopa oder Benserazid) oder von einem Penicillin mit einem beta-Lactamaseinhibitor. Die zweite Substanz behindert jeweils den Metabolismus des ersten Arzneistoffs.

Bei fixen Arzneimittelkombinationen sollten Sie in folgenden Fällen besonders achtsam sein:

- wenn die Arzneistoffe eine ungleiche Wirkdauer haben
- wenn die Einzelstoffe besser getrennt morgens und abends gegeben werden
- wenn anfängliche Gleichgewichte durch Enzyminduktion verschoben werden

- wenn beim direkten Einsatz von Kombinationsarzneimitteln die (Neben-)Wirkungen den Wirkstoffen nicht zuzuordnen sind, weil diese nicht zunächst nacheinander gegeben wurden.

Viele Kombinationsarzneimittel verschwanden 2003 und 2004 mit den sogenannten Löslisten per Rechtsverordnung vom Markt. Einzelne Kombinationen können auch aufgrund der Arzneimittel-Richtlinie nicht auf einem Kassenrezept verordnet werden. Hierzu zählen vor allem:

- fixe Kombinationen von Analgetika, Antiphlogistika, Antirheumatika mit anderen Wirkstoffen wie zum Beispiel in Arthotec, Azur comp., Buscopan plus, Thomapyrin. (Ausnahmen sieht der Gemeinsame Bundesausschuss nur bei der Fixkombination von NSAR und PPI.)
- fixe Kombinationen von Antacida mit anderen Wirkstoffen wie zum Beispiel in Tepilta
- fixe Kombinationen von Rhinologika mit gefäßaktiven Substanzen wie zum Beispiel in Otriven Duo.

Bei der Fixkombination von zwei oder mehr Wirkstoffen ist zu beachten, dass der Hersteller jeweils ein neues Arzneimittel zulässt und somit vom neuen Patentschutz profitiert. Beispiele sind Fixkombinationen zur Hypertoniebehandlung wie Delmuno, Unimax oder Exforge.

Die Kombipräparate sind deutlich teurer als die freie Kombination der generischen Einzelsubstanzen – obwohl es sich bei den Wirkstoffen um alte Bekannte handelt. Aus wirtschaftlichen Gründen sollten Sie den Einsatz auf Einzelfälle beschränken. Zum Beispiel wenn Ihr Patient nacheinander mit den einzelnen Wirkstoffen eingestellt wurde und Sie ihn aus Gründen der Compliance mit einem Kombinationsarzneimittel besser behandeln können. Sie sollten dies in der Patientendokumentation hinterlegen. ■ HON

Teure Kombination

Die Tabelle zeigt am Beispiel der Hypertoniebehandlung den Preissprung bei Fixkombinationen, die noch unter Patentschutz stehen im Vergleich zur freien Kombination der Generika.

Präparat (Wirkstoffe)	Preis [Euro] 98/100 Stück
Exforge, Dafiro 5/160 (Amlodipin/Valsartan)	122,53
Exforge HCT, Dafiro HCT (Amlodipin/Valsartan/HCT) 5/160/12,5	122,53
Amlodipin 5	12,03
Valsartan HCT 160/12,5	26,06
Delmuno 5/5 (Felodipin/Ramipril)	80,50
Unimax 5/5 (Felodipin/Ramipril)	84,48
Felodipin 5	32,87
Ramipril 5	12,64
Tarka 180/2 (Verapamil/Trandolapril)*	76,30
Vocado, Sevika 20/5 (Olmesartan/Amlodipin)*	103,46
Micardis plus, Kinzalkomb 80/12,5 (Telmisartan/HCT)*	103,13
Twynsta 80/5 (Telmisartan/Amlodipin)*	105,42

Preise Lauertaxe, Stand 15. Juni 2013

* Trandolapril, Olmesartan und Telmisartan stehen weiterhin unter Patentschutz. Hier müsste auf einen generischen ACE-Hemmer bzw. auf ein generisches Sartan ausgewichen werden.

Heilmittel: Symbolziffern gelten nicht mehr



Die Sonderausgabe zu den Arznei- und Heilmittelvereinbarungen 2013 können Sie in unserem Internet-Angebot herunterladen.

Seit 1. Januar 2013 werden Praxisbesonderheiten anhand der Kombination aus Heilmittel, Indikationsschlüssel und ICD-10-Code erkannt (wir berichteten). Der ICD-10-Code sollte seit Januar 2013 auch zusätzlich auf der Verordnung eingetragen sein. Die Kennzeichnung von Praxisbesonderheiten bei Heilmittelverordnungen

mit den alten Symbolziffern ist seit Beginn dieses Jahres nicht mehr möglich.

Die neuen Listen der Heilmittel-Praxisbesonderheiten gelten seit Anfang 2013. Die Besonderheiten haben die Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband vereinbart. Diese lösen die bisherigen Besonderheiten und die Symbolziffern in Nordrhein ab. Die Listen umfassen bundesweite Praxisbesonderheiten und Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs bei bestimmten Diagnosen.

Einen Fragen- und Antworten-Katalog, die aktuellen Praxisbesonderheiten und viele andere Infos zu Heilmittel-Verordnungen finden Sie auf www.kvno.de

KV | 130623

Off-Label-Use: Kortikoide bei wirbelsäulennahen Injektionen

Der Einsatz von Kortikoiden bei wirbelsäulennahen Injektionen geschieht außerhalb der Zulassung der Präparate. Sowohl die Verordnung des Kortikoids als auch die Abrechnung der Leistung ist somit nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) möglich.

Nach Auskunft des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sind sowohl Kortikoid-Kristallsuspensionen als auch wässrige Kortikoid-Lösungen nicht explizit zum Einsatz an neuralen Strukturen zugelassen. Somit handele es sich beim Einsatz an neuralen Strukturen (Wirbelsäuleninfiltrationen, periradikulär, epineural oder epidural) um eine Anwendung außerhalb der Zulassung, sprich: „off-label“. Nur intrartikuläre Injektionen in kleine Wirbelgelenke/ Facettengelenke können durch die Zulassung einzelner Kortikoid-Präparate gedeckt sein.

Die Kassenzentrale der Ärzte und Zahnärzte Bundesvereinigung weist darauf hin, dass auch die Kombination eines Lokalanästhetikums mit einem Kortikoid in den beschriebenen Anwendungsgebieten „off-label“ wäre. Die Anwendungen außerhalb der Zulassung erfüllen nicht die Kriterien des Bundessozialgerichts zum Off-label-Einsatz von Arzneimitteln zu Lasten der GKV; daher kann weder die Verordnung noch die Applikation von Kortikoiden bei wirbelsäulennahen Injektionen zu Lasten der GKV erfolgen.

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

Nordrhein bietet die beste Palliativversorgung bundesweit

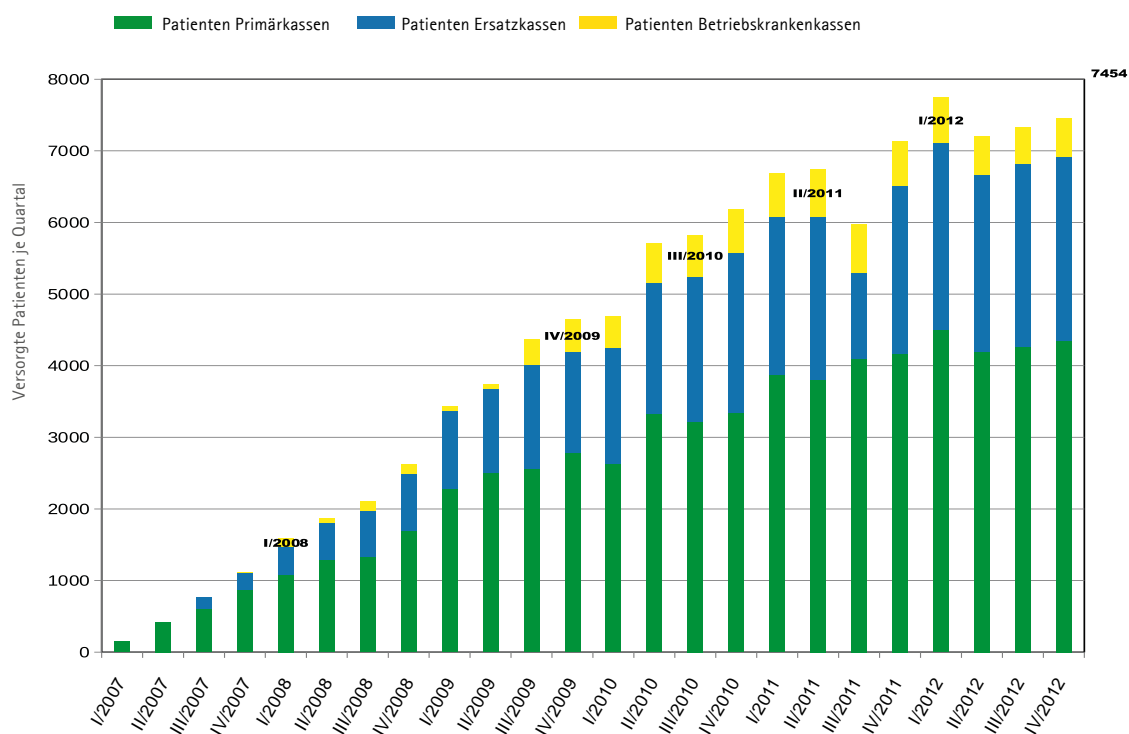
Palliativpatienten werden in Nordrhein gut versorgt. Dafür sorgen qualifizierte Haus- und Fachärzte und qualifizierte Palliativmediziner vor Ort. Die allgemeine ambulante palliative Versorgung steht nahezu flächendeckend zur Verfügung. Darüber hinaus helfen Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung in besonders schwierigen Situationen – und dies in immer mehr Regionen. Mit Wuppertal startet im Juni das 19. Team in Nordrhein. In anderen Ländern klaffen dagegen Lücken.

Viele Schwerstkranke und Sterbende möchten die letzte Phase ihres Lebens zu Hause verbringen. Diesen Wunsch kann ihnen die Palliativmedizin erfüllen. „Oberstes Ziel ist es, ein Sterben zu Hause zu ermöglichen, wenn immer dies möglich und gewünscht wird. Hierzu ist es erforderlich, eine angemessene

und flächendeckende, insbesondere auch qualitätsgesicherte ambulante Versorgung mit entsprechender palliativmedizinischer Infrastruktur zu entwickeln.“ So formuliert das 2005 verabschiedete Rahmenprogramm des Landes NRW das Ziel bei der Palliativversorgung.

Patienten in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV)

Die Zahl der Patienten in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung hat seit dem Start im Jahr 2006 stetig zugenommen. Im gesamten Jahr 2012 betreuten die Ärzte knapp 13.400 Patientinnen und Patienten.



Ein Jahr später startete in Köln das erste Modellprojekt zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung. Inzwischen ist in Nordrhein – auf Basis entsprechender Verträge mit den Primär- und Ersatzkassen – eine nahezu flächendeckende ambulante-palliative Versorgungsstruktur entstanden: 34 regionale Palliativnetze betreuen Patienten vor Ort.

Fast 1.700 Ärzte aktiv

In den Netzen sind 1.327 Haus- und Fachärzte zusammengeschlossen, die alle über eine palliativmedizinische Basisqualifikation verfügen. Sie kooperieren eng mit den rund 353 Palliativmedizinern im Rheinland sowie mit den ambulanten Palliativpflegediensten und den örtlichen Hospizdiensten.

Dank der Vielzahl der beteiligten Ärzte und der guten Zusammenarbeit stieg auch die Zahl der Patienten in den vergangenen Jahren konstant an, die ambulant palliativmedizinisch versorgt

und begleitet wurden. „Es ist gut, dass Palliativpatienten in immer mehr Regionen im vertrauten häuslichen Umfeld allgemein und wenn nötig spezialisiert medizinisch versorgt und umfassend gepflegt werden können“, meint Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Parallel zur Entwicklung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) hat der Gesetzgeber 2007 einen Anspruch der Versicherten auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im Sozialgesetzbuch V verankert. Wohlgemerkt: Die SAPV ist dort als Ergänzung zur AAPV konzipiert – und nicht als Alternative.

19 Palliative-Care-Teams im Rheinland

Der Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geht in der Richtlinie zur SAPV davon aus, dass rund zehn Prozent aller Palliativpatienten SAPV-Leistungen benötigen. Diese sind vorgesehen für Patienten mit einer nicht heilbar-

Nordrheinische SAPV-Teams im Überblick

SAPV Team	Versorgte Region (Einwohner)	Startdatum
Wohnanlage Sophienhof GmbH	Kreis Düren (ca. 280.000)	01.09.2009
SAPV Niederberg GmbH (Mettmann Nord)	Mettmann-Nord, Velbert, Heiligenhaus, Wülfrath, Ratingen (ca. 215.000)	01.09.2009
Home Care Städteregion Aachen	Stadt und Kreis Aachen (ca. 500.000)	01.12.2009
Palliative-Care-Team am St. Josef-Hospital Troisdorf	Bonn/Rhein-Sieg, rechtsrheinisch (ca. 530.000)	01.07.2010
Palliative-Care-Team Bonn/Rhein-Sieg am Malteser Krankenhaus	Bonn/Rhein-Sieg, linksrheinisch (ca. 480.000)	01.09.2010
Netzwerk Palliativmedizin Essen (NPE)	Stadtgebiet Essen (ca. 574.000)	01.11.2010
Palliative-Care-Team am Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln	Stadtgebiet Köln, linksrheinisch (ca. 420.000)	01.12.2010
Palliative Care Duisburg eG	Stadtgebiet Duisburg und angrenzende Gebiete (ca. 600.000)	01.05.2011
HomeCare Linker Niederrhein gGmbH	Mönchengladbach und Kreis Viersen (ca. 494.000)	01.07.2011
Palliative-Care-Team Düsseldorf	Düsseldorf (ca. 586.000)	01.09.2011
Palliative-Care-Team Oberhausen (PCTO)	Oberhausen (ca. 250.000)	01.10.2011
Palliative-Care-Team Ambulantes Palliativzentrum Leverkusen (APZ)	Stadt Leverkusen, Burscheid, Leichlingen (ca. 220.000)	01.03.2012
Spezialisierte Ambulanter Palliativ Care Dienst am Vinzenz Pallotti Hospital	Bergisch-Gladbach, Burscheid, Kürten, Leichlingen, Odenthal, Overath, Rösrath, Wermelskirchen (ca. 243.000)	01.05.2012
Palliativteam SAPV Köln	Stadt Köln, rechtsrheinisch (ca. 590.000)	01.07.2012
Palliativ Netzwerk Niederrhein	Kranenburg, Kleve, Bedburg-Hau, Kalkar, Goch, Uedem, Weeze, Kevelaer, Sonsbeck, Geldern, Issum, Strahlen, Wachtendonk, Kerken, Rheurdt, Moers, Neukirchen-Vluyn, Kamp-Lintfort, Rheinberg, Alpen	01.07.2012
Palliativteam SAPV RheinErfT	Brühl, Erftstadt, Hürth, Wesseling (ca. 188.000)	01.10.2012
Home Care Städteregion Aachen gGmbH - Betriebsstätte Heinsberg	Erkelenz, Geilenkirchen, Heinsberg, Gangelt, Hückelhoven, Selfkant, Übach-Palenberg, Waldfeucht, Wassenberg, Wegberg (ca. 250.000)	01.01.2013
SAPV Mettmann-Süd	Mettmann-Süd, Haan, Hilden, Erkrath, Langenfeld, Monheim (ca. 273.000)	01.01.2013
SAPV Wuppertal GmbH	Stadt Wuppertal (ca. 350.000)	01.06.2013

Stand der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV)



ren, progredienten Erkrankung, bei denen ein hochkomplexes Symptomgeschehen und ein besonders aufwändiger Versorgungsbedarf vorliegen. Auf Grundlage der Richtlinie hat die KV Nordrhein gemeinsam mit allen nordrheinischen Kassen 2009 einen SAPV-Rahmenvertrag geschlossen. Seither haben sich in Nordrhein 19 sogenannte Palliative-Care-Teams etabliert, besonders in den städtischen Bereichen entlang des Rheins.

Die Entwicklung ist noch nicht abgeschlossen: Anfang des Jahres 2013 startete die SAPV im Kreis Heinsberg und in Mettmann-Süd (Mettmann, Haan, Hilden, Erkrath, Langenfeld und Monheim), seit Juni gibt es auch ein Palliative-Care-Team in Wuppertal – weitere Teams stehen in den Startlöchern. Ein Palliative-Care

Team versorgt in Nordrhein ein Einzugsgebiet, in dem zwischen 195.000 und 600.000 Einwohner leben. Es besteht aus mindestens drei qualifizierten Palliativmedizinem und mindestens vier Palliativpflegekräften.

Nur in Nordrhein flächendeckend

In Nordrhein ist es gelungen, einen einheitlichen Vertrag über alle Krankenkassen hinweg zu gestalten, der die gewachsenen Strukturen vor Ort berücksichtigt. Im Bundesgebiet ist diese Art der flächendeckenden allgemeinen und spezialisierten Versorgung beispielhaft. In den meisten anderen Regionen dominieren die weißen Flecken, die Palliativversorgung wird deswegen immer wieder als lückenhaft kritisiert. Tatsächlich sind die KVen in den anderen Ländern an den wenigen SAPV-Verträgen fast nie beteiligt. Eine allgemeine ambulante Palliativversorgung gibt es außer in Nordrhein nur noch in Bayern und Westfalen-Lippe.

Die Hürden der SAPV sind hoch: Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung ist neben der entsprechenden Qualifikation des Personals die Sicherstellung einer 24-Stunden-Bereitschaft an sieben Tagen in der Woche. Dazu kommen Kooperationsverpflichtungen mit Hospizen oder ambulanten Hospizdiensten. Auch die Zusammenarbeit mit einer örtlichen Apotheke verlangt die Richtlinie, um eine optimalen Schmerztherapie zu gewährleisten.

Haus- und Fachärzte eingebunden

Verordnet der betreuende Haus-, Fach- oder Krankenhaus-Arzt eine SAPV-Versorgung nach Muster 63, so organisiert und leistet das Palliative-Care-Team die häusliche Versorgung der schwerstkranken Patienten. Der bisher betreuende Haus- oder Facharzt wird auf Wunsch in die Versorgung eingebunden. „Patienten, die dies wünschen, werden einen schnellen, unbürokratischen Zugang zu dieser hochwertigen Versorgung bekommen“, verspricht Günter Wältermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg. Für die Krankenkassen in Nordrhein ist dies kein Wettbewerbsfeld.

Wo noch keine SAPV-Struktur vorhanden ist, arbeiten die KV Nordrhein und die Krankenkassen gemeinsam mit den Palliativmedizinern an weiteren Verträgen. Gleichzeitig können die Betroffenen in diesen Regionen auf die sehr gut ausgebauten und etablierten Strukturen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung zählen.

Eine aktuelle Verbesserung betrifft die medikamentöse Versorgung im Notfalldienst: Die 2.400 Apotheken im Rheinland halten künftig gezielt Arzneimittel für Palliativpatienten bereit. Die Initiative der Ärzte- und der Apothekerkammer Nordrhein soll sicherstellen, dass ambulante Palliativpatienten auch im ärztlichen Notdienst dringend benötigte Arzneimittel möglichst schnell erhalten. Festgelegt wurde eine Liste mit Medikamenten, die üblicherweise

in palliativmedizinischen Krisensituationen verschrieben werden. Diese sollen in allen rheinischen Apotheken ständig vorrätig sein. Die Liste umfasst unter anderem starke Schmerzmittel, Mittel gegen Übelkeit und Erbrechen sowie beruhigende und angstlösende Benzodiazepine.

Die Palliativversorgung betrifft das ganze Praxisteam. Für Medizinische Fachangestellte bietet die Nordrheinische Akademie die Fortbildung an: Versorgung und Betreuung von Onkologie- und Palliativpatienten. Die Teilnehmerinnen lernen unter anderem die medizinischen Grundlagen und Maßnahmen bei Onkologie- und Palliativpatienten kennen und erfahren, welche Institutionen und Einrichtungen in der palliativmedizinischen Zusammenarbeit relevant sind. Die Teilnahmegebühr für drei Präsenztermine im September 2013 liegt bei 119 Euro. Mehr Infos erhalten Sie bei Anja Klaassen, Telefon 0211 4302 2835, E-Mail: anja.klaassen@aekno.de und unter www.aekno.de

■ FRANK NAUNDORF

„Gesetzlicher Anspruch auf AAPV muss her“

In der KV Nordrhein kümmern sich Dr. Heike Zimmermann aus dem Referat Gesundheitspolitik und Achim Merling aus der Vertragsabteilung im Team um die Palliativversorgung – und das seit Jahren sehr erfolgreich.

In welchem Verhältnis stehen allgemeine und spezialisierte Palliativversorgung?

Die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) bildet quasi das Fundament für die gesetzlich geregelte spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die beiden Formen ergänzen sich. Die SAPV kommt zum Einsatz, wenn die Symptome in der AAPV nicht mehr kontrollierbar sind oder in einer besonders aufwändigen Versorgungssituation.

Für die SAPV gibt es eine gesetzliche Grundlage und eine Richtlinie. Wie verhält es sich mit der AAPV?

Der Anspruch des Versicherten auf AAPV ist nicht im Sozialgesetzbuch verankert. Das ist ein großes Manko. Die SAPV ist für etwa zehn Prozent der Palliativpatienten erforderlich. Es ist völlig unverständlich, dass für die übrigen 90 Prozent der Palliativpatienten kein gesetzlicher Anspruch auf eine allgemeine Palliativversorgung existiert.

Wie steht Nordrhein in der Palliativversorgung im Bundesvergleich?

Sehr gut. Im Rheinland können die Patienten erstklassig qualifizierte Haus- und Fachärzte bei Bedarf 24-Stunden am Tag in Anspruch nehmen und das fast flächendeckend.

Es gibt nur sehr wenige Bundesländer, in denen die KVen an den Verträgen zur Palliativversorgung beteiligt sind. Das ist in Nordrhein anders. Die KV Nordrhein hat ihren ersten AAPV-Vertrag mit den Primärkassen bereits Ende 2005 geschlossen, der einheitliche SAPV-Rahmenvertrag mit allen Kassen kam 2009 hinzu.

■ DAS GESPRÄCH FÜHRTE
FRANK NAUNDORF.



Achim Merling ist stellvertretender Leiter der Vertragsabteilung der KV Nordrhein. Er ist Experte für alle Vertrags- und Vergütungsfragen im Bereich der allgemeinen und spezialisierten Palliativversorgung sowie Ansprechpartner für Ärzte, die planen ein PCT zu gründen.



Dr. Heike Zimmermann ist Referentin im Referat Gesundheitspolitik der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Sie ist unter anderem zuständig für allgemeine Fragen der Palliativmedizin und betreut die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV).

Quantensprung in der Versorgung

Dr. Thomas Joist

Die Palliativmedizin in Nordrhein lebt wesentlich vom Engagement von weit über 1.000 Ärztinnen und Ärzten. Haus- und Fachärzte spielen darin eine große Rolle; sie arbeiten mit Palliativmedizinern und in besonderen Situationen mit SAPV-Teams zusammen.

Zu Hause bis zum Schluss – das wünschen immer mehr Menschen. Für die Medizin ist das eine anspruchsvolle Herausforderung. Denn es bedarf umfangreicher Kooperationen und Absprachen, in die Krankenkassen, Ärzte, Pflegedienste, Hospizvereine und viele andere eingebunden sind.

Grundstein jeder Begleitung von Palliativpatienten ist die haus- und fachärztliche Versorgung. Die meisten Palliativ-Patienten sind sehr gut



Dr. Thomas Joist

durch ihre Haus- und Fachärzte versorgt. Jahrelange Betreuung, Begleitung und Kenntnis des Patienten und die ständige Erreichbarkeit, die für viele Kolleginnen und

Kollegen in besonderen Situationen selbstverständlich ist, stellen die Basis der Palliativversorgung dar.

In komplexeren Fällen wird diese palliativmedizinische Grundbehandlung ergänzt, indem besonders die palli-

ativmedizinisch geschulten Haus- und Fachärzte die Zusammenarbeit mit „qualifizierten palliativmedizinischen Ärzten“ suchen. Bei dieser zweiten Stufe der Behandlung erfordert die Betreuung der Patienten eine regelmäßige Kontrolle.

Es ist ein Zeichen des großen Engagements der Haus- und Fachärzte, dass sie sich zu Tausenden im Bereich der Palliativversorgung weiterbilden. Viele haben ihre Kenntnisse in einer strukturierten Weiterbildung auf ein breites und aktuelles Fundament gestellt. Dies erkennen fast alle gesetzlichen Kassen an und fördern – bis auf einige wenige BKKen – die palliativmedizinische Versorgung durch Sonderverträge mit extrabudgetärem Honorar.

Manchmal reicht auch die Wochenend- und Nachtrufbereitschaft nicht aus, um die Patienten zu Hause bis zum Lebensende begleiten zu können. Für diese Patienten gibt es die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Erfreulich ist, dass auch Bewohner von stationären Senioren- und Behinderteneinrichtungen Anspruch auf eine spezialisierte palliativmedizinische Versorgung haben. Der Rechtsanspruch besteht derzeit nur für gesetzlich Versicherte. Es ist dem großen Einsatz der Verhandlungsführer

der Kassen und der KV Nordrhein zu verdanken, dass im Rheinland kassenübergreifende einheitliche Verträge für alle SAPV-Teams bestehen.

SAPV wird immer dann notwendig, wenn Patienten mit einer absehbar kurzen Lebenserwartung und einer besonders komplexen Symptomatik wie schwerster Dyspnoe, quälenden Schmerzattacken oder destruierenden Wunden versorgt werden müssen. Betroffene Patienten betreut ein multiprofessionelles Team aus spezialisierten Palliativpflegekräften, Palliativärzten, Seelsorgern, Wundmanagern und Hospizdiensten in den letzten Lebenswochen – in aller Regel in Kooperation mit dem Haus- oder behandelnden Facharzt.

Als langjähriger Palliativmediziner, der nun auch in einem SAPV Team engagiert ist, kann ich sagen, dass diese Form der Betreuung einen Quantensprung in der Versorgung von Palliativpatienten darstellt. Menschen die bislang im Krankenhaus verstorben sind, können nun zu Hause versorgt werden. In Zusammenarbeit mit den Kassen, der KV Nordrhein und dem neugegründeten Verbund der SAPV Teams Nordrhein e.V. werden hoffentlich in den nächsten Monaten die noch weißen Flecken der SAPV Versorgung geschlossen.



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

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...

Praxis & Patient
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

VIN VerordnungsInfo Nordrhein
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Verordnungshinweis
Dabigatran (Pradaxa) bei Vorhofflimmern
Der Novartis-Herzer Dabigatran ist seit 2010 in Deutschland zugelassen zur Primärprävention von venösen thromboembolischen Ereignissen bei erwachsenen Patienten nach akktivem abnormalem HbA_{1c} oder Kongenitalerzitat. Das oral einzunehmende Dabigatran-Ester (Pradaxa) ist eine Alternative zu Präparaten in der Nachtherapie bei diesen Indikatoren und sollte aus wissenschaftlichen Gründen nur bei Unverträglichkeit oder Kontraindikationen der nichtmedikamentösen Therapie eingesetzt werden (1).

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

- Vorhofflimmern-Schlaganfall, TIA oder systemische Embolie
- LVEF <40%
- Symptomatische Herzinsuffizienz ≥ NYHA-Klasse 2
- Alter ≥ 75 Jahre
- Alter ≥ 65 Jahre und gleichzeitig Diabetes mellitus, KHK oder arterielle Hypertonie (2)

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

	Zugelassen > 2010	Zugelassen < 2010	Warfarin
Prävalenz	1,1%	1,1%	1,5%
Schlaganfall oder systemische Embolie	1,2%	1,1%	1,5%
Schwere Blutung	2,7%	2,1%	2,5%
Mittelschwere Schlaganfall	0,1%	0,1%	0,2%
Mortalität	0,2%	0,2%	0,3%
Tot	0,1%	0,1%	0,1%

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

In den Dabigatran-Gruppen benutzten mehr Patienten die Studie-Richtlinie im zweiten Jahr als in der Warfarin-Gruppe (71,8 und 71,3 % vs. 5,8 %), vom Teil zeigen vermehrt aufrechter Nebenwirkungen wie Dyspepsie und Oberbauchschmerzen.

NRW nicht
... und die Bundesweit...
... und die Bundesweit...
... und die Bundesweit...

Versorgung
... und die Bundesweit...
... und die Bundesweit...
... und die Bundesweit...



Klares „Nein“ zur Bürgerversicherung

Sowohl die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als auch der Deutsche Ärztetag standen unter dem Zeichen der nahenden Bundestagswahl: Positionsbestimmungen und Mobilisierung waren gefragt. Aber auch Weichenstellungen in Sachen Honorar und Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Die Delegierten der KBV beschlossen die ersten Eckpfeiler der EBM-Reform, der Ärztetag diskutierte die Zukunft der Krankenversicherung – beide Versammlungen lehnten eine „Bürgerversicherung“ ab. Ein Reizthema war die Verankerung der ambulanten Tätigkeit in der künftigen Weiterbildung.



Dass in wenigen Monaten der Bundestag gewählt wird, war in der KBV-VV und auf dem Ärztetag nicht zu überhören, besonders in der Debatte um die Zukunft der Krankenversicherung und der Frage der angemessenen Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen. Sowohl die De-

Dr. Andreas Köhler präsentierte auf der Vertreterversammlung auch Reformvorschläge zum EBM.

KBV-Chef Dr. Andreas Köhler nutzte seinen Bericht vor der Vertreterversammlung am Vortag des Ärztetags, um mit einer „zunehmend repressiven Sozialpolitik“ abzurechnen – und für die Freiheit des Arztberufes zu werben. „Wir brauchen eine Diskussion um das Wesen ärztlichen Handelns und die verfassten Strukturen der Ärzteschaft“, sagte Köhler, der selbstkritisch ergänzte: „Wir stellen das System zu oft nicht mehr in Frage und versuchen selber, ärztliches Handeln messbar zu machen.“ Stattdessen gelte es, den Wandel von der versorgenden zur verwaltenden Medizin und die zunehmende Fremdbestimmung der Ärzte und ihrer Beziehung zum Patienten durch die Krankenkassen und deren ökonomisch motivierte Eingriffe in Diagnose und Therapie aufzuhalten.

legierten der KBV-VV als auch diejenigen des Ärztetags waren sich darin einig, dass das duale System aus GKV und PKV erhalten werden müsse. Köhler sagte, dass eine Bürgerversicherung beziehungsweise das Ende der privaten Krankenversicherung allen Beteuerungen zum Trotz Ärzte und Psychotherapeuten hart treffen werde. „Es wird keine Kompensation für wegfallende Honorare geben“, sagte Köhler, „sondern den wirtschaftlichen Ruin vieler Praxen.“

Ähnlich kritisch äußerte sich Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer. Einen Verbündeten fanden die Vertreter der Ärzteschaft in Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr: „Es kann für mich keine Ein-

heitslösung geben" – eine Kasse für alle werde den Bedürfnissen der Patienten nicht gerecht. Nur Wettbewerb schaffe besseren Service und bessere Versorgung.

Empörung über GKV-Spitzenverband

Unterschiedliche Auffassungen wurden beim Thema Korruptionsbekämpfung deutlich. Daniel Bahr verteidigte die Pläne der Bundesregierung, entsprechende Änderungen im Sozialgesetzbuch V vorzunehmen. Die bisherigen Möglichkeiten des Sozial- und Berufsrechts reichten nicht aus, um gegen „die wenigen schwarzen Schafe vorzugehen, die es in jeder Berufsgruppe gebe“.

Montgomery forderte, die Maßstäbe geradezurücken. „Die Dimensionen dieser Debatte sind komplett verlorengegangen.“ Das eigentliche Ziel einzelner Medien und einiger Krankenkassen sei die Verleumdung eines gesamten Berufsstands, um die „absolute Steuerungshoheit“ zu bekommen und einen „Kassenstaat im Gesundheitswesen“ zu etablieren.

Um gegenzusteuern starteten KBV und KVen am 26. April ihre Image-Kampagne für die Niedergelassenen, für die von vielen Seiten Zustimmung geäußert wurde. Auch der niedersächsische Ministerpräsident Stephan Weil (SPD) lobte anlässlich der Eröffnungsveranstaltung des Ärztetags die „pffiffige“ Kampa-

gne, die in gelungener Weise zum Ausdruck bringe, was Ärzte antreibt.

Aus- und Weiterbildung regeln

Ärzte würden nur unzureichend auf die ambulante Versorgung vorbereitet, merkte KBV-Vorstand Regina Feldmann an. „Der Anteil an Haus- und grundversorgenden Fachärzten geht zurück, auch wegen der Struktur unserer Ausbildung. Am Ende des Medizinstudiums können sich noch über 30 Prozent der Studierenden eine Tätigkeit als Hausarzt vorstellen. Der Anteil des Faches Allgemeinmedizin an allen Gebietsanerkennungen liegt aber nur bei elf Prozent.“ Dies könne sich eine älter werdende Gesellschaft, in der der Anteil der Betreuungsbedürftigen vor allem in strukturschwachen Gegenden steigt, einfach nicht mehr leisten.

Die KBV-Delegierten beschlossen eine Stärkung der ambulanten Weiterbildung. Der Vorschlag, in der Muster-Weiterbildungsordnung eine ambulante Pflichtweiterbildung zu verankern, wurde auf dem Ärztetag heftig diskutiert. Am Ende stand ein Kompromiss, bei dem der Begriff „Pflichtweiterbildung“ gestrichen wurde. Dafür müssen „nur in der ambulanten Versorgung vermittelbare Kompetenzen und Inhalte“ künftig auch in den Praxen vermittelt werden – unter dem Vorbehalt, dass die Finanzierung dafür vom Gesetzgeber geregelt wird.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Weitere Themen der KBV-Vertreterversammlung

Gematik: Die Delegierten der KV Nordrhein hatten die KBV Anfang Mai in einem Beschluss dazu aufgerufen, die Zusammenarbeit in der Gematik, der „Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte“, aufzukündigen. Auch die Delegierten der KBV lehnten die weitere Mitarbeit in der Gematik ab, sofern diese nur an den Interessen der gesetzlichen Krankenkassen ausgerichtet bleibe. KBV-Chef Köhler bezeichnete die eGK als „kassenzentrierte Telematik-Infrastruktur für Verwaltungsaufgaben wie das Versichertenstammdatenmanagement“. Die Aktualisierung der Versichertenstammdaten ist und bleibt aber Verwaltungsaufgabe der gesetzlichen Krankenkassen.

EBM-Reform: Die Vertreterversammlung der KBV hat zum 1. Juli 2013 die Trennung von haus- und fachärztlicher Vergütung beschlossen, die sich künftig getrennt voneinander weiterentwickeln. KBV-Chef Dr. Andreas Köhler sprach von einer künftigen „Zuwachsumverteilung“. Die Finanzmittel würden nicht mehr nach dem Gießkannenprinzip verteilt. Auch die lange diskutierte Grundversorgerpauschale für Fachärzte kommt – allerdings erst zum 1. Oktober 2013. „Früher wäre dies nicht in den Honorarverteilungsmaßstäben der KVen zu verankern gewesen“, so Köhler.

Die RLV-Fallzahl der Einzelpraxis

Eine der Einflussgrößen die das Honorar bestimmen, ist die RLV-Fallzahl. Fixiert ist dies im Honorarverteilungsmaßstab (HVM). Wie sie errechnet wird ist den meisten Praxen unbekannt – obwohl sie den größten Honoraranteil maßgeblich beeinflusst.

In diesem Beitrag zeigen wir, wie die KV Nordrhein die Fallzahl einer Einzelpraxis ermittelt. Zwei Begriffe stehen in engem Zusammenhang mit dem Regelleistungsvolumen (RLV): die Vorjahresquartalsfallzahl und die aktuelle Fallzahl. Beides sind Bezeichnungen, die die zur RLV-Berechnung verwendeten Zahlen kennzeichnen.

Die aktuelle Fallzahl wird zur Berechnung benutzt, wenn ein Arzt weniger als drei Jahre niedergelassen ist. In diesem Fall würde die KV zum Beispiel im 1. Quartal 2013 auch die Fallzahl aus diesem Quartal verwenden.

Im vierten Niederlassungsjahr gilt eine Sonderregelung: Das RLV errechnet sich in diesem Zeitraum mit der höchsten Fallzahl aus den ersten drei Niederlassungsjahren und wird daher intern als sogenannte „Best-of“-Regelung bezeichnet.

Ab dem fünften Jahr der Niederlassung wird immer die Vorjahresquartalsfallzahl für die RLV Berechnung herangezogen. Die RLV-Fallzahl für das 1. Quartal 2013 wäre demnach die Fallzahl aus dem 1. Quartal 2012.

Fallarten

Um die Frage nach der Definition eines RLV-Falles zu beantworten, klären wir zunächst zwei weitere wichtige Begriffe: Behandlungsfall und Arztfall. Die beiden Begriffe sind im Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä § 21 Abs. 1 bis 1b) und im Ersatzkassenvertrag (EKV § 25 Abs. 1 bis 1b) wie folgt definiert:

Behandlungsfall = eine Krankenkasse, ein Patient, ein Quartal und eine Praxis

Arztfall = eine Krankenkasse, ein Patient, ein Quartal und ein Arzt

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

Ist der Arzt alleine in einer Praxis tätig, sind Behandlungs- und Arztfallzahl also immer identisch.

Was ist ein RLV-Fall?

Grundsätzlich gilt, dass der RLV-Fall ein Behandlungsfall ist, der ausgelöst wird durch den Ansatz einer Versicherten- bzw. einer

lung zum RLV. Sie weist die Vorjahresquartalsfallzahl aus.

Bis zu diesem Zeitpunkt kann die Mitteilung jedoch recht beunruhigend wirken: Fallzahl und RLV sind in den ersten drei Jahren mit Null ausgewiesen. Die Erklärung dafür ist, dass die aktuelle Fallzahl erst mit Bearbeitung

Die Grafik zeigt die Variationen der Fallzahlherkunft in einer Einzelpraxis im zeitlichen Verlauf.

Niederlassung	1. bis 3. Jahr	4. Jahr	ab dem 5. Jahr
Fallzahl	Aktuelle Fallzahl	Höchste Fallzahl Jahr 1 bis 3	Vorjahresquartal

Grundpauschale oder des Verwaltungskomplexes 01430 (zum Beispiel für die Ausstellung einer Überweisung oder eines Rezeptes ohne persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt). Mit anderen Worten: Nur Fälle, in denen der Ansatz der entsprechenden Pauschalen möglich ist, sind RLV-relevante Fälle.

Dagegen sind zum Beispiel Überweisungen zur reinen Befundung keine RLV-relevanten Fälle. Fälle im organisierten Notfalldienst werden grundsätzlich außerhalb der RLV vergütet und lösen daher ebenfalls keinen RLV-relevanten Fall aus.

Wo steht was?

Die Höhe der RLV-Fallzahl ab dem fünften Niederlassungsjahr finden Sie in der Mittei-

der aktuellen Abrechnung bekannt wird. Seit Beginn des Jahres 2012 beinhalten die Abrechnungsunterlagen die „Anlage zum Nachweis der abgerechneten RLV- und QZV-Leistungen“. Darin können die „frisch“ Niedergelassenen ihre RLV-relevante Fallzahl ersehen.

Ebenfalls aufschlussreich ist diese Anlage für die Ärzte im vierten Jahr der Niederlassung. Dann ist die „Best-of“ Fallzahl ersichtlich. In der Mitteilung zum RLV war vorerst die jeweilige Vorjahresquartalsfallzahl notiert.

Wenn Sie Fragen zur RLV-Fallzahlberechnung oder den zugehörigen Unterlagen haben, stehen die Abrechnungsberater der Bezirksstellen Köln und Düsseldorf gerne zur Verfügung.

■ JASMIN KRAHE | MICHAEL SYBERTZ

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 | 130633**

Antwortfax
Bitte lesen oder schicken Sie diese Antwort an Ihre Bezirksstelle:

Bezirksstelle Düsseldorf Ansprachen: Türnummer: 3 40474 Düsseldorf Telefon: 0211 397 8000 E-Mail: arztregister.duesseldorf@kvno.de	Bezirksstelle Köln Ansprachen: Telefon: 0221 12 50565 Köln Telefon: 0221 7763 6000 E-Mail: arztregister.koeln@kvno.de
--	---

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

Meine E-Mail-Adresse: _____
Meine Fax-Nummer: _____

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

Patientenrechtegesetz – was ist neu?

Das viel diskutierte Patientenrechtegesetz ist Ende Februar 2013 in Kraft getreten. Vieles, was bisher schon galt und praktiziert wurde, wurde in das Gesetz übernommen. Die meisten Regelungen zu den Rechten der Patienten befinden sich jetzt im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). In KVNO aktuell stellen wir Ihnen die wichtigsten Änderungen in einer dreiteiligen Serie vor.

Behandlungsvertrag

Der Behandlungsvertrag ist nun im BGB § 630a geregelt. Beschrieben wird hier das sogenannte Austauschverhältnis zwischen Arzt und Patient: Der Arzt erbringt die Behandlung; der Patient ist im Gegenzug zur Gewährung der Vergütung verpflichtet. Der Patient ist hierzu allerdings nur verpflichtet, wenn kein Dritter, zum Beispiel eine Kasse, die Behandlung zahlen muss. Dies ist jedoch der Regelfall. Wie auch bislang praktiziert, soll die Behandlung nach den anerkannten fachlichen Standards erfolgen.

Die Regelung gilt für alle Behandlungsverhältnisse, also auch für die Psychotherapie oder Physiotherapie. Der Behandlungsvertrag ist ein spezieller Dienstvertrag, auf den die allgemeinen Vorschriften des BGB zum Dienstverhältnis anwendbar sind. Daraus ergibt sich auch, dass die Behandlung in der Regel persönlich zu erbringen ist.

Informationspflichten

Der Behandelnde ist zu umfangreichen Informationen verpflichtet. Bei den geregelten Informationspflichten (§ 630c BGB) handelt es sich um die sogenannte therapeutische Aufklärung, auch „Sicherungsaufklärung“ genannt. Die therapeutische Aufklärung umfasst besonders die Erläuterung der Diagnose, der Therapie und der zu ergreifenden Maßnahmen. Dazu zählt wenn nötig auch, die Medikation und deren Unverträglichkeiten und Nebenwirkungen zu erörtern oder Hinweise, wie

oft ein Verband gewechselt werden muss. Es besteht keine Pflicht, die therapeutische Information zu dokumentieren. Im Streitfall wäre der Patient für die nichterfolgte therapeutische Information beweispflichtig.

Wissen Sie als Arzt, dass für den Patienten durch die Behandlung Kosten entstehen könnten, müssen Sie den Patienten hierüber informieren. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nicht komplett erfolgt. Der Gesetzgeber verlangt, dass Sie die voraussichtlichen Kosten der Behandlung nennen. Dies hat in Textform zu erfolgen. In Textform bedeutet, dass eine schriftliche Information erfolgt, diese muss jedoch nicht unterschrieben werden. Weitergehende oder andere Regelungen, besonders zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGel) oder die Regelungen zur Selbstzahlung, gelten darüber hinaus fort.

Eine Information über Behandlungsfehler hat zu erfolgen, wenn der Patient nachfragt oder aber, wenn gesundheitliche Gefahren drohen. Das bedeutet, dass auch der Behandler, dem der Fehler unterlaufen ist, darüber auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren hat. Nur im Strafverfahren oder in einem Verfahren nach dem Gesetz über Ordnungswidrigkeiten ist die Zustimmung des Behandlers erforderlich, damit diese Information im Verfahren Verwendung finden kann. Im Zivilprozess können diese An-

gaben auch ohne Zustimmung gegen den Behandelnden verwendet werden. Die Informationspflicht besteht nicht, wenn der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet oder wenn die Behandlung unaufschiebar ist.

Einwilligung

Vor jedem Eingriff muss die Einwilligung des Patienten vorliegen. Diese setzt voraus, dass eine Aufklärung wirksam erfolgt ist. Eventuelle Patientenverfügungen sind zu beachten. Ist der Patient nicht einwilligungsfähig, muss die Einwilligung des Berechtigten eingeholt werden. Der Patient kann die erteilte Einwilligung jederzeit ohne Angabe der Gründe und formlos widerrufen.

Bei unaufschiebbaren Maßnahmen kann die Behandlung ohne Einwilligung durchgeführt werden. Die Behandlung muss jedoch dem zu ermittelnden mutmaßlichen Willen des Patienten entsprechen.

Aufklärungspflichten

Zu der Frage, wie der Patient aufgeklärt werden soll, gibt es bereits eine umfassende Rechtsprechung. Die Grundsätze der Aufklärung sind in § 630e umfangreich in das BGB übernommen worden.

Die Regelungen behalten die sogenannte Eingriffs- und Risikoaufklärung. Dem Patienten muss die Schwere und Tragweite des Eingriffs verdeutlicht werden, sodass er sein Selbstbestimmungsrecht ausüben kann. Sie müssen ihn über den Eingriff, seine Risiken, seine Notwendigkeit und seine Erfolgsaussichten informieren. Darüber hinaus ist zu beachten, dass auch über Alternativen aufgeklärt werden muss. Hier sind jedoch nur die Alternativen gemeint, die zum medizinischen Standard gehören. Über therapeutische Verfahren, die sich noch in der Erprobung befinden, müssen Sie nicht aufklären.

Grundsätzlich erfolgt die Aufklärung durch den Arzt, der die Behandlung durchführt. Die Aufklärung kann aber auch durch einen Kollegen erfolgen, der über die zur Durchführung der Maßnahmen notwendige Ausbildung verfügt. Das bedeutet, dass die Aufklärung durch denjenigen erfolgen darf, der aufgrund einer abgeschlossenen fachlichen Ausbildung über die notwendige theoretische Befähigung verfügt. Es ist jedoch nicht Voraussetzung, dass diese Person über das notwendige Maß an praktischer Erfahrung verfügt, um die Maßnahme eigenständig durchführen zu können. Die Aufklärung kann also durch einen Arzt in Weiterbildung erfolgen, der über die erforderlichen Kenntnisse verfügt. Die Aufklärung dürfen Sie aber nicht an das nichtärztliche Fachpersonal delegieren.

Die Aufklärung hat mündlich zu erfolgen. Ergänzend kann auf Texte zurückgegriffen werden. Die Aufklärung muss für den Patienten verständlich sein. Das bedeutet, dass die Aufklärung in sprachlicher Hinsicht verständlich sein muss. Gegebenenfalls ist eine sprachkundige Person oder gar ein Dolmetscher herbeizuziehen; etwaige Kosten dafür hat jedoch der Patient zu tragen.

Die Aufklärung muss rechtzeitig sein, sodass der Patient Zeit hat, seine Entscheidung gut überlegt zu treffen. Er soll den Eingriff überdenken können, sodass eine Aufklärung am Vortag ausreichend sein dürfte. Wenn der Eingriff nicht aufschiebbar ist, ist keine Aufklärung notwendig. Dasselbe gilt, wenn der Patient ausdrücklich auf die Aufklärung verzichtet hat oder wichtige therapeutische Gründe gegen die Aufklärung sprechen. Dem Patienten sind die Kopien oder Durchschriften der Unterlagen auszuhändigen, die dieser mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat. Die Aufklärung ist in der Patientenkartei zu dokumentieren. ■ INA NEULEBEN

Der Behandlungsvertrag im BGB

Der Behandlungsvertrag ist im Bürgerlichen Gesetzbuch in § 630a geregelt.

(1) Durch den Behandlungsvertrag wird derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist.

(2) Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

Augenheilkunde

Das Auge ist ein sehr komplexes System. Kaum ein anderes Sinnesorgan vermittelt uns so viele Informationen. Das Auge und seine umgebenden Strukturen können an vielen Stellen geschädigt werden. Bei zahlreichen anderen Erkrankungen kommt es zu einer Mitbeteiligung des Auges.

Zur Kodierung der Erkrankungen des Auges und der Augenanhangsgebilde finden sich im ICD-10-GM 2013 die Codes H00 bis H59:

- H00-H06 Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita
- H10-H13 Affektionen der Konjunktiva
- H15-H22 Affektionen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers
- H25-H28 Affektionen der Linse
- H30-H39 Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut
- H40-H42 Glaukom
- H43-H45 Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels
- H46-H48 Affektionen des N. opticus und der Sehbahn
- H49-H52 Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler
- H53-H54 Sehstörungen und Blindheit
- H55-H59 Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde

In diesem Beitrag steht eine Augenbeteiligung als Folgeerscheinung oder Komplikation bei anderen Erkrankungen, zum Beispiel einer internistischen Erkrankung, im Mittelpunkt. In diesen Fällen sollte die Erkrankung dem mitbehandelnden Augenarzt so genau wie möglich angegeben werden – soweit diese für den Augenarzt behandlungsrelevant ist. Behandlungsrelevanz besteht, wenn Grunderkrankungen wie arterielle Hypertonie oder Diabetes mellitus bei der Medikamentenauswahl, der Wahl des Therapieverfahrens usw. mitbedacht werden muss.

Besonders die behandlungsrelevanten Diagnosen sollten möglichst vollständig für die Abrechnung erfasst werden. Nicht kodiert werden dagegen Dauerdiagnosen und chronische Zustände, die im entsprechenden Quartal keine Leistung nach sich gezogen haben bzw. keine Behandlungsrelevanz hatten.

Kodierung nach dem Kreuz-Stern-System

Die ICD-10 klassifiziert Diagnosen primär nach der Ätiologie. Der Kreuz-Code (†) verschlüsselt die Ätiologie (Primärkode) und der Stern-Code (*) verschlüsselt die Manifestation (Sekundärkode).

Kodierbeispiele

Die folgenden Kodierbeispiele veranschaulichen Regeln zur Kodierung nach der ICD-10-GM.

Konjunktivitis bei Pollenallergie

Ein 24-jähriger Patient mit bekannter Pollenallergie (Frühblüher) kommt in Ihre Praxis, da er wieder eine starke Rhinopathie und Konjunktivitis durch Pollen hat. Sie verordnen ein Antihistaminikum.

J30.1 G Allergische Rhinopathie durch Pollen/Heuschnupfen

H10.1 G Akute allergische Konjunktivitis

Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes) – Ausschluss einer Augenbeteiligung

Eine adipöse Patientin mit bekanntem nicht primär insulinabhängigem Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes) wurde vom Hausarzt zur Kontrolluntersuchung (Ausschluss einer Augenbeteiligung) an den Augenarzt überwiesen. Eine diabetische Katarakt und eine Retinopathia diabetica kann ausgeschlossen werden.

E11.90 + G Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] ohne Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

H36.0* A Retinopathia diabetica

H28.0* A Diabetische Katarakt

(E66.00 G Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, BMI von 30 bis unter 35)

Die Adipositas muss nur kodiert werden, wenn diese behandlungsrelevant ist (zum Beispiel Beratung, Medikation)

Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes) mit Retinopathia diabetica

Ein Patient mit nicht entgleistem Typ-2-Diabetes mellitus und bekannter Retinopathia diabetica ist in Ihrer augenärztlichen Behandlung. Er kommt zur Kontrolle des Augenbefundes.

E11.30+ G Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

H36.0* G Retinopathia diabetica

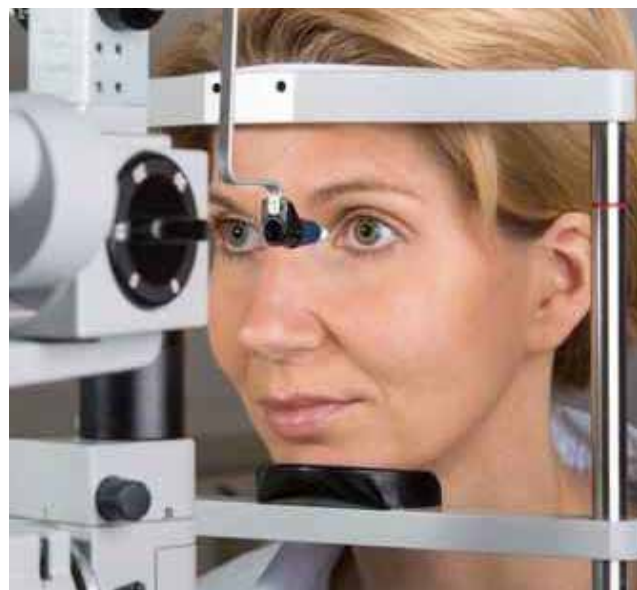
Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes) mit multiplen Komplikationen – Mitbehandlung sonstiger Erkrankungen durch den Augenarzt

Ein Patient mit nicht entgleistem Typ-2-Diabetes mellitus mit Nierenkomplikationen ist aufgrund eines primären Engwinkelglaukoms in augenärztlicher Behandlung. Im Rahmen des therapeutischen Vorgehens (zum Beispiel Medikation) ist für den Augenarzt der Typ-2-Diabetes mellitus mit der Nierenkomplikation relevant. Die genaue Bezeichnung der Nierenkomplikation liegt dem Augenarzt nicht vor.

E11.20+ G Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit Nierenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

H40.2 G Primäres Engwinkelglaukom

Der „führende“ Kode für den Diabetes mellitus (hier E11.20) sollte vom mitbehandelnden Arzt dem Kenntnisstand entsprechend so genau wie möglich angegeben werden. Zwar steht hier die Behandlung des Glaukoms im Vordergrund, wird aber durch den Diabetes mellitus beeinflusst. Die Kodierung der manifestierten Nierenkomplikation (fachfremd) ist seitens des Augenarztes entbehrlich, da er diese nicht behandelt. Durch eine standardisierte (nicht fachgebundene) Diagnoseprüfung werden bei der Abrechnung dennoch ggf. Hinweise auf die Nierenkomplikationen erfolgen (zum Beispiel N08.3*).



Behandlungsrelevante Diagnosen von Augen-erkrankungen sollte die Praxis möglichst vollständig erfassen.

Berichtigung

In der Ausgabe 5|2013 von KVNO aktuell steht fälschlicherweise in der Tabelle mit den Impfungen mehrfach die Ziffer „1“ am Ende. Betroffen sind die Codes für die Impfung gegen Pneumokokken (Z 23.81), Menigokokken (Z 23.8) und HPV (Z25.81). Wir bitten den Fehler zu entschuldigen und haben ihn in der Online-Version von KVNO aktuell umgehend korrigiert.

Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-1-Diabetes) ohne Komplikationen– Ausschluss einer Augenbeteiligung

Ein Patient mit Typ-1-Diabetes wurde vom Hausarzt zur Untersuchung an den Augenarzt überwiesen, es wurde eine diabetische Katarakt und eine Retinopathia diabetica ausgeschlossen.

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

H36.0* A Retinopathia diabetica

H28.0* A Diabetische Katarakt

Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-1-Diabetes) mit Augenbeteiligung

Eine Patientin mit nicht entgleistem Typ-1-Diabetes mellitus wird vom Hausarzt zur Abklärung einer Augenbeteiligung überwiesen. Der Diabetes mellitus Typ 1 ist seit 15 Jahren bekannt. Die Patientin gibt neu aufgetretene Probleme beim Lesen an. Nach Angaben des Hausarztes besteht außerdem seit Jahren eine Hyperlipidämie. Sie diagnostizieren eine Retinopathia diabetica und besprechen mit der Patientin die Prognose bezüglich der Augenbeteiligung.

E10.30 † G Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit Augenkomplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

H36.0* G Retinopathia diabetica

E78.5 G Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet

Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-1-Diabetes) mit multiplen Komplikationen – Mitbehandlung der Komplikationen durch den Augenarzt

Bei einem 53-jährigen Patienten besteht ein Typ-1-Diabetes-mellitus mit multiplen Komplikationen. Er stellt sich beim Augenarzt zur Kontrolluntersuchung der bekannten diabetischen Retinopathie vor. Dem Augenarzt ist durch Information auf der Überweisung vom Hausarzt bekannt, dass neben der Augenveränderung bereits weitere Komplikationen vorliegen. Diese werden aber bei dem Besuch in der Augenarztpraxis nicht behandelt. Die diabetische Stoffwechsellage ist nicht entgleist. Die Untersuchung und gegebenenfalls die Therapie erfolgen bezüglich der diabetischen Retinopathie.

E10.72† G Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes] mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet

H36.0* G Retinopathia diabetica

Eine genauere Kodierung der weiteren (fachfremden) Komplikationen durch den Augenarzt ist nicht erforderlich.

Arterielle Hypertonie mit Augenbeteiligung

Ein Patient leidet infolge seiner langjährigen Hypertonie sowohl unter einer Herzinsuffizienz als auch unter einer hypertensiven Retinopathie. Er kommt zur Kontrolle des Augenbefundes in Ihre Praxis.

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

H35.0 G Hypertensive Retinopathie

Ein 68-jähriger Patient, Raucher, Hypertoniker, stellt sich mit Sehstörungen in der Praxis vor. Sie diagnostizieren eine Makuladegeneration mit zentralen Gesichtsfeldausfällen.

H35.3 G Degeneration der Makula und des hinteren Poles

I10.00 G Benigne essentielle Hypertonie ohne Angabe einer hypertensiven Krise

H53.4 G Gesichtsfelddefekt

F17.2 G Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom

Die F17.2 G wird dann kodiert, wenn sie einen direkten Bezug zu der Sehstörung hat oder sie eine Kontraindikation für die Therapie darstellt, bzw. es Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten gibt.

Z. n. Schlaganfall mit Sehstörung

Ein 67-jähriger Patient hatte vor drei Monaten einen Schlaganfall erlitten. Er klagt seitdem über Sehstörungen mit Gesichtsfeldausfall. Sie stellen eine homonyme Hemianopsie fest.

I69.3 G Folgen eines Hirninfarktes

H53.4 G Gesichtsfelddefekte / homonyme Hemianopsie

Zoster mit Augenbeteiligung

Patient mit Herpes Zoster des Gesichtes links mit Augenbeteiligung (Iritis und Keratokonjunktivitis)

B02.3† G L Zoster Ophthalmicus

H19.0* G L Skleritis und Keratokonjunktivitis bei andernorts klassifizierten Krankheiten

H22.0* G L Iridozyklitis bei andernorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten

Beteiligung der Augen bei Herpesinfektion

Ein Patient mit Herpesinfektion kommt wegen Augenschmerzen, Sehstörungen und Miosis sowie Schwellung, Rötung, Juckreiz des rechten oberen Augenlids in die Praxis.

B00.5† G Augenkrankheit durch Herpesviren

H03.1* G R Beteiligung des Augenlides bei sonstigen anderenorts klassifizierten Infektionskrankheiten

H22.0* G R Iridozyklitis bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Erkrankungen/ Infektion durch Herpesviren

Eine Patientin klagt über Rötung, Fremdkörpergefühl, Lichtscheue und Sehverschlechterung des linken Auges. Sie gibt an vor wenigen Tagen einen Herpes labialis gehabt zu haben. Nach durchgeführter Untersuchung bestätigt sich der Verdacht einer Keratitis und Keratokonjunktivitis durch Herpesviren.

B00.5† G Augenkrankheit durch Herpesviren

H19.1* G L Keratitis und Keratokonjunktivitis durch Herpesviren

Multiple Sklerose mit Augenbeteiligung

Eine 38-jährige Patientin mit bekannter Multipler Sklerose (MS) stellt sich wegen Sehverschlechterung vor. Sie befindet sich in einem akuten Schub der MS. Eine Beteiligung des Nervus opticus ist bekannt, es wird eine akute Neuritis festgestellt.

G35.11 † G Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf, mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression

H48.1* G Retrobulbäre Neuritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten



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

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

Weitere Augenkrankheiten durch Herpesviren:

Kreuz-Stern Kodierung B00.5 + und zusätzlich: Dermatitis des Augenlides† (H03.1*), Iridozyklitis† (H22.0*), Iritis† (H22.0*), Keratitis† (H19.1*), Keratokonjunktivitis† (H19.1*), Konjunktivitis† (H13.1*), Uveitis anterior† (H22.0*)

Kampagne für den Check-up 35

Die über 35-Jährigen für die Themen Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten gewinnen – das ist das Ziel der Infokampagne zum Check-up 35. Die Gesundheitsuntersuchung ist ab Mitte Juni das Schwerpunktthema der Präventionsinitiative der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Nur 22 Prozent der anspruchsberechtigten Männer nehmen bislang am Check-up 35 teil, bei den Frauen sind es mit 23 Prozent kaum mehr. Dabei handelt es sich um Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, welche die gesetzlichen Krankenkassen für Versicherte ab einem Alter von 35 Jahren bezahlen.

In diesem Jahr ist der Check-up 35 ein Schwerpunkt der Präventionsinitiative der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Sie haben die Initiative im Jahr 2010 ins Leben gerufen, damit mehr Versicherte die zahlreichen kostenlosen Präventionsangebote nutzen. Noch immer gehen viele Menschen erst dann zum Arzt, wenn ihnen etwas fehlt.

Um auf den Check-up 35 aufmerksam zu machen, stellen KBV und KVen verschiedene Informationsmaterialien zur Verfügung. Es gibt ein Plakat, eine Praxisinformation sowie einen Flyer für Patienten in Deutsch und fünf Fremdsprachen. Der Flyer lag am 21. Juni dem Deutschen Ärzteblatt bei und steht – wie alle anderen Produkte auch – auf einer Themenseite im Internet zum Download bereit. KV-on, das Web-TV der KVen, informiert außerdem in einem Video über den Gesundheits-TÜV.

Beim Check-up 35 geht es darum, häufige Krankheiten, die oft unauffällig beginnen, frühzeitig zu erkennen. Dazu zählen Diabetes, Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems und der Nieren. Untersucht werden der Ganzkörperstatus sowie Urin und Blut. Zudem berät der Arzt den Patienten über eine gesunde Lebensweise und kann mit ihm über Impfungen und Risikoverhalten wie Bewegungsmangel, Alkohol und Ernährung sprechen. Bei Bedarf erfolgen weitere Untersuchungen oder eine Behandlung.

Abrechnung

Die Gesundheitsleistung erbringen und abrechnen dürfen alle zugelassenen Allgemeinmediziner, Hausarztinternisten und praktisch tätige Ärzte. Für den Check-up 35 bekommen Sie eine extrabudgetäre Vergütung: Sie unterliegt nicht der Mengenbegrenzung und wird zum festen Preis honoriert. ■ sso

Plakate und Flyer

Mit dieser Ausgabe von KVNO aktuell erhalten Sie einen Flyer, der Patienten über die Vorsorgeuntersuchung Check-up 35 informiert. Wenn Sie weitere Exemplare für Ihre Praxis möchten, erhalten Sie diese über:

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



Gesamtaufstellung und eToken

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im Mai klärten viele Praxen bereits Fragen zur Abgabe der nächsten Abrechnung: Bis wann können wir die Online-Abrechnung einreichen? Wann müssen der KV Notfallscheine vorliegen?

Wir rechnen mit dem eToken ab. Müssen wir die Gesamtaufstellung in Papierform einreichen?

Ja. Bitte reichen Sie die Gesamtaufstellung in Papierform mit eigenhändiger Unterschrift ein. Das ist leider nötig, weil mit dem eToken keine qualifizierte elektronische Signatur möglich ist.

Bis wann müssen wir die Online-Abrechnung einreichen?

Für das Versenden der Online-Abrechnung haben Sie bis zum zwölften Tag des auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats Zeit. Die KV Nordrhein braucht Ihre Abrechnung des 2. Quartals 2013 also spätestens bis 12. Juli 2013.

Wie können wir Notfallscheine aus dem Vorquartal einreichen, die wir erst nach Abgabe der Abrechnung von unserem vertretenden Arzt bekommen haben?

Diese Fälle können Sie als Nachzügler mit der nächsten Quartalsabrechnung einreichen – maximal vier Quartale später. Ein Fall aus dem 1. Quartal 2013 müssen Sie also spätestens mit der Abrechnung des 1. Quartals 2014 einreichen. Wenn Sie bereits Leistungen für diesen Patienten im Quartal der Leistungserbringung abgerechnet haben, können Sie den Fall natürlich nicht mehr als Nachzügler einreichen.

Sind Überweisungen quartalsübergreifend gültig?

Ja. Als Überweisungsnehmer können Sie auf Basis des Überweisungsscheins im laufenden Quartal und im Folgequartal behandeln. Wenn also der Überweisungsschein am 23. Juli aus-

gestellt wurde, kann der Arzt in der Praxis, an die der Patient überwiesen wurde, die überwiesene Behandlung im 3. oder im 4. Quartal durchführen. Dabei sind zwei Punkte zu beachten: Generell gilt, dass die Krankenversicherungs-Karte noch gültig sein muss. Ermächtigte Ärzte können nur tätig werden, wenn die Überweisung am Tag der Untersuchung oder bereits vorher ausgestellt wurde.

Wie lange müssen wir erhaltene Behandlungsausweise in der Praxis aufbewahren?

Alle Behandlungsausweise, die Sie nicht mit der Abrechnung bei der KV Nordrhein einreichen, bewahren Sie bitte vier Quartale in Ihrer Praxis auf. Dazu gehören die Notfall-/Vertreterscheine, die erhaltenen Abrechnungs- und Überweisungsscheine und die Krankenscheine von diversen Sonstigen und Besonderen Kostenträgern wie der Bundeswehr und der Postbeamtenkrankenkasse A.

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

Neue Gesichter für die Image-Kampagne

Auf der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und auf dem Ärztetag in Hannover war viel Lob zu hören für die Image-Kampagne der niedergelassenen Ärztinnen, Ärzte und Psychotherapeuten, die seit Ende April bundesweit für den Arztberuf wirbt. Das Besondere daran ist nicht nur die Reichweite (wir berichteten), außergewöhnlich ist auch, dass die „Darsteller“ in den Spots und Broschüren sowie auf den Plakaten und City-Lights keine Models, sondern echte Ärzte sind – das macht die Kampagne authentisch und glaubwürdig.

Das findet auch Dr. Andreas Heinrich, seit 22 Jahren als Hausarzt in Berlin tätig. Der Allgemeinmediziner aus Lichtenrade war einer von 28 Ärzten, die sich auf dem Tag der Niedergelassenen am 5. Juni am KBV-Stand unter dem Motto „Zeigen auch Sie Gesicht“ fotografieren ließen. „Ich finde die Kampagne gut, weil echte Ärzte zu sehen sind. Damit kann ich mich identifizieren“, sagte Heinrich, der richtig findet, für seinen Beruf zu werben. „So etwas gab es für die Niedergelassenen noch nicht. Wir haben mehr Anerkennung verdient.“

Praxisinfo: Im Ausland krankenversicherte Patienten

Für die ärztliche Behandlung von Patienten, die im Ausland krankenversichert sind, bestehen je nach Herkunftsland unterschiedliche Abrechnungsmodalitäten.

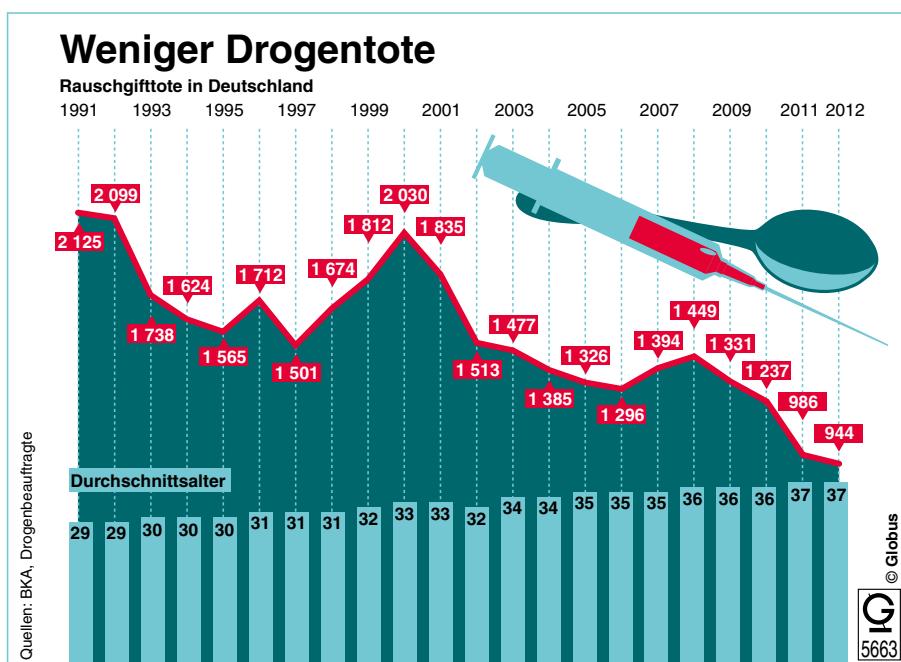
Die nach dem Wegfall der Praxisgebühr aktualisierten Informationen und Checklisten für die Praxis stehen zum Herunterladen bereit unter www.kvno.de

Weniger Drogentote in Deutschland

Die Zahl der Drogentoten ist im vergangenen Jahr erneut gesunken. Nach Angaben

des Bundeskriminalamtes und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Mecht-

hild Dyckmans, starben 2012 insgesamt 944 Menschen an den Folgen ihres Drogenkonsums, das sind vier Prozent weniger als im Vorjahr. Dies entspricht dem niedrigsten Stand seit 24 Jahren. Häufigste Todesursache war die Überdosis von Heroin/Morphin in Verbindung mit anderen Substanzen. Besorgniserregend findet Dyckmans, dass die Zahl der weiblichen Rauschgifttoten angestiegen ist – von 144 auf 177. Insgesamt waren mit 746 Toten (81 Prozent) jedoch deutlich mehr Männer betroffen als Frauen.



Umzug der Kreisstellen MG und VIE

Die Kreisstellen Mönchengladbach und Viersen sind am 16. Mai 2013 umgezogen. Grund für den Standortwechsel war der Umzug der angegliederten Notfallpraxis ins Evangelische Krankenhaus Bethesda. Die Kreisstellen Mönchengladbach und Viersen waren bislang im gleichen Gebäude wie die Notfallpraxis untergebracht, daher sollte dieser Zusammenschluss beibehalten werden. Die neue Anschrift lautet:

Ludwig-Weber-Straße 15,
41061 Mönchengladbach.

Die Telefon und Telefax-Nummern bleiben unverändert.

Kreisstelle Mönchengladbach

Telefon 02161 5674 92
Telefax 02161 5678 56
E-Mail kreis.moenchengladbach@kvno.de

Kreisstelle Viersen

Telefon 02161 5678 55
Telefax 02161 5678 56
E-Mail kreis.viersen@kvno.de

Nationales Tutorentreffen in Düsseldorf

Das diesjährige nationale Tutorentreffen findet vom 8. bis 9. November 2013 in Düsseldorf statt. Alle aktuell tätigen Qualitätszirkelmoderatoren, die Interesse an einer Tätigkeit als Tutor für Qualitätszirkelmoderatoren haben, sind herzlich eingeladen.

Das Tutorenprojekt zur Aus- und Weiterbildung der Qualitätszirkelmoderatoren blickt auf eine 15-jährige Geschichte zurück. Es wurde 1998 unter der Leitung von Dr. Klaus Enderer, Qualitätsbeauftragter der KV Nordrhein und Prof. Marcus Siebolds von der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen initiiert. Mittler-

weile sind bundesweit knapp 150 Tutoren aller Fachgruppen ausgebildet worden. Elf Kassenärztliche Vereinigungen nehmen mittlerweile am Tutorenprojekt teil. Einmal im Jahr findet ein nationales Tutorentreffen statt.

Ziel des Treffens ist es, einen Austausch unter den Tutoren herzustellen. Am zweiten Tag des Tutorentreffens stehen zum Beispiel Trainingsveranstaltungen für die Tutoren auf dem Programm, in denen neue Angebote für die Gestaltung von Qualitätszirkeln vorgestellt und mit den Tutoren trainiert werden.

>> Kontakt siehe untenstehenden Kasten

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Arzt-Patienten-Beziehung

Kontakt Dr. Wolfram Wieser
Friedensstraße 18
51373 Leverkusen

Telefon 0214 45730

Telefax 0214 49858

E-Mail dr.wieser@t-online.de

Ort Praxis (siehe oben)

Termine Mittwoch 02.10.2013,
13.11.2013, ab 18 Uhr

Thema Verhaltenstherapie Solingen
(auch methodenübergreifend)

Kontakt Uwe Fehlow
Keldersstraße 6
42697 Solingen

E-Mail fehlow@gmx.de

Ort Praxis (siehe oben)

Termine alle zwei Monate

Kontakt

Katharina Ernst

Telefon 0211 5970 8361

Telefax 0211 5970 8160

E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de

KV**b**örse

Von Praxisübernahme über Kooperationen bis hin zu medizinischen Geräten:

 Gesundheitsmanagement
gesellschaft mbH

KVWLCONSULT
GmbH
ZUKUNFT GESTALTEN | ZUKUNFT SICHERN

- ▶ Ihre Austauschplattform im Internet
- ▶ einfache Suche nach Praxen, Kooperationspartnern, Angestellten
- ▶ komfortable Suche nach medizinischem Gerät, Praxiseinrichtungen

www.kv-börse.de ◀



Preiswürdiges Projekt

„1000 Leben retten Ruhr“

Die Felix-Burda-Stiftung hat es im April 2013 mit dem Preis für das „Engagement des Jahres“ ausgezeichnet: Das Projekt „1.000 Leben retten Ruhr“ widmet sich dem Thema Darmkrebs und wendet sich direkt an Unternehmen. Über 300 Firmen im Rhein-Ruhr-Kreis machen mit. Denn früh genug erkannt, ist Darmkrebs gut heilbar.

Tatsächlich wird der Krebs viel zu oft zu spät erkannt. Bis zu 27.000 Deutsche pro Jahr sterben an Darmkrebs. Dagegen wendet sich die Aktion: Die Idee, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen kostenlosen Stuhltest zu bieten, hat sich zur größten regionalen Initiative für Darmkrebsprävention entwickelt. Sie startete vor zwei Jahren – und hat bis Anfang Juni dieses Jahres 40.931 Tests ausgewertet, darunter 1.334 mit darmkrebsrelevanten Befunden.

Hilfestellung bei positivem Befund

Im Falle eines auffälligen Tests erhalten die Betroffenen die Aufforderung, umgehend den Arzt aufzusuchen, der die weitere Therapie einleitet. „Denn der Test ist nur ein erster Schritt und ersetzt nicht die Koloskopie“, betont Claus Simon, stellvertretender Projektleiter von „1000 Leben retten – Ruhr“.

Wichtig ist die absolute Anonymität. Wer sich für den Test in Sachen „Darmgesundheit“ entscheidet, kann sich sicher sein, dass der Arbeitgeber sowohl über Teilnahme als auch über das Ergebnis des Tests nichts erfährt.

Die Gesundheit der Arbeitnehmer im Blick zu haben, folgt auch einer betriebswirtschaftlichen Logik. Die Kosten für krankheitsbedingte Ausfälle liegen in Deutschland bei 130 Milliarden Euro jährlich. Arbeitnehmer werden aufgrund der demografischen Entwicklung immer älter – und damit steigt die Gefahr von Erkrankungen. Betriebliche Prävention nach Art des Projektes kann sich langfristig für die Unternehmen auszahlen.

Claus Simon hat dabei gerade auch die kleinen und mittelständischen Betriebe im Blick: „Die haben in der Regel keine eigene betriebliche Vorsorge. Gerne kommen wir



Infos zum Projekt und den Tests unter www.1000-Leben-retten-ruhr.de

auch zu Gesundheitstagen oder auf Betriebsversammlungen vorbei und informieren über das Thema.“

Viele Unternehmen aus dem Rhein-Ruhr-Kreis ermöglichen den Test nicht nur ihren Mitarbeitern, sondern auch deren Partnern. Daneben ist der Test auf Wunsch der Schirmherren auch für die Öffentlichkeit zugänglich. Für 9,50 Euro, ein Betrag, der unter dem üblichen Fachhandelspreis für immunologische Stuhlbluttests und deren Auswertung liegt, bekommen auch Privatleute einen Stuhltest von „Care Diagnostica“ zugeschickt. Der Vorteil gegenüber dem herkömmlichen Guajak-Test ist vor allem die wesentlich bessere Sensitivität.

„Wir hoffen, dass sich ein Schnellballsystem entwickelt und immer mehr Menschen auf das Thema ‚Vorsorge bei Darmkrebs‘ aufmerksam werden“, sagt Simon. Nun ist er diesem Ziel wieder einen Schritt näher gekommen. Weil das Projekt so erfolgreich läuft, wurde es bis März 2015 verlängert. ■ DEN

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

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 Methadonsubstitution	(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 substituionsgestützten 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 Störungengängen wenden Sie sich bitte an den Geräte-Hersteller. Inhaltliche Fragen zu den Dokumenten richten Sie bitte an die zuständige Fachabteilung, Telefon 0211 59700.

Für das Praxisteam: Notfallmanagement

Auf Basis des Qualitätsmanagement-Systems QEP wird das praxisspezifische Notfallmanagement erarbeitet. Themen der Fortbildung: Erkennen von Notfallpatienten, Fixieren von Standardabläufen und Umgang mit dem Notfallequipment.

Im Rahmen der Fortbildung wird das praxisspezifische Notfallmanagements mittels Checkliste geprüft und eventueller Ergänzungsbedarf eruiert. Grundlagen des Notfallmanagements und der Instrumente des Qualitätsmanagements sollten vorhanden sein. Die Checklisten finden Sie unter

www.akademienordrhein.info/notfallmanagement-in-der-arztpraxis

Termin 30. August 2013
15 bis 18.30 Uhr

Ort Nordrheinische Akademie
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung Nordrheinische Akademie

Telefon 0211 4302 2830 – 2838

E-Mail akademie@aekno.de

Gebühren 90 Euro pro Person
75 Euro je weiterer Person
aus derselben Praxis
Bei Anmeldung die Fachrichtung der Praxis angeben.

Pharmakotherapie bei Multimorbidität

Die Fortbildung thematisiert die Therapie und die besonderen Herausforderungen der Pharmakotherapie bei Multimorbidität. In Vorträgen und Diskussionen wird die Problematik der Polypharmazie, insbesondere bei alten Menschen, im Focus stehen. Neben den Vorträgen werden konkrete Fallbeispiele aus dem Praxisalltag diskutiert.

ZERTIFIZIERT | beantragt

Termin 29. September 2013
9.30 bis 13.30 Uhr

Ort Institut für Qualität
im Gesundheitswesen
Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung Petra Wicenty/
Monika Ostermann

Telefon 0211 43 02 – 2751 / 2752

E-Mail iqn@aekno.de

Infomarkt der KV Nordrhein in Düsseldorf

Von der Abrechnung bis zur Zulassung – Experten der KV Nordrhein stehen für Sie bereit.

■ KVNO-Portal: Bestellung des eToken und Online-Dienste

Sie können den eToken direkt bestellen. Sollten Sie noch keine Portal-Registrierung haben, führen wir die Registrierung mit Ihnen durch. Falls Sie bereits Zugangsdaten für das KVNO-Portal haben, bringen Sie diese bitte mit.

■ Internet-Café

Ab dem 3. Quartal 2013 müssen alle Ärzte und Psychotherapeuten online abrechnen. Das Internet-Café ist auch während des Infomarktes geöffnet. Wenn Sie Ihre Abrechnungsunterlagen dabei haben (USB-Stick, CD oder DVD), helfen Ihnen die Mitarbeiter der KV Nordrhein gerne beim Hochladen und Absenden Ihrer Abrechnungsdaten. Bitte auch den eToken oder

den eA-light und Ihre Zugangsdaten für das KVNO-Portal mitbringen. Wer einen eArzt ausweis light dabei hat und seine zugehörige PIN, kann sich im Internet-Café auch nur zeigen lassen, wie die Online-Abrechnung funktioniert.

■ Abrechnungsberatung

■ Honorarberatung

■ Niederlassungsberatung

■ Betriebswirtschaftliche Orientierung mit dem KV-Praxis-Check

■ Tipps zum Verordnen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

■ Serviceteams – Kontakt für Ihre Fragen aus dem Praxisalltag

Termin 9. Oktober 2013
14 bis 17 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Veranstaltungen für Mitglieder

24.07.2013	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Dokumente am Computer gestalten“, Düsseldorf
31.07.2013	Nordrheinische Akademie: Workshop Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Elemente und Instrumente“ (Teil 1), Düsseldorf
07.08.2013	Nordrheinische Akademie: Workshop Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Elemente und Instrumente“ (Teil 2), Düsseldorf
21.-24.08.2013	IQN: Qualifikationskurs Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Düsseldorf
30.08.2013	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Organisation des Notfallmanagements“, Düsseldorf
■ 13.09.2013	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf
27.09.2013	Nordrheinische Akademie: Moderatorenausbildung, Grundlagen, Düsseldorf
■ 28.09.2013	IQN: Pharmakotherapie bei Multimorbidität, Düsseldorf
■ 09.10.2013	KV Nordrhein: Infomarkt, Düsseldorf

Veranstaltungen für medizinische Fachangestellte

20.07.2013	Nordrheinische Akademie: EDV: PowerPoint, Düsseldorf
24.07.2013	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Dokumente am Computer gestalten“, Düsseldorf
27.07.2013	Nordrheinische Akademie: EDV: Einführung in die medizinische Internetrecherche, Düsseldorf
31.07.2013	Nordrheinische Akademie: Workshop Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Elemente und Instrumente“ (Teil 1), Düsseldorf
07.08.2013	Nordrheinische Akademie: Workshop Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Elemente und Instrumente“ (Teil 2), Düsseldorf
30.08.2013	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Organisation des Notfallmanagements“, Düsseldorf
04.09.2013	Nordrheinische Akademie: Abrechnung Hausärzte, Köln
06.09.2013	KV Nordrhein: Patientenorientierung und Serviceverhalten am Telefon, Köln

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

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

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

Redaktionsbeirat

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

Druck

Echo Verlag, Köln

Satz

Merzhäuser | grafik+design, Bonn

Anschrift der Redaktion

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

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

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

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 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“ 7+8 | 2013

■ Gesundheitspolitik

Die Wahlprogramme der Parteien im Check

■ Abrechnung

Die RLV-Fallzahl in der fachgleichen BAG

■ Orientierungspunktwert

Warum er ab Oktober bei 10 Cent liegt

■ Praxisnetze

Die Regeln zur Förderung stehen

■ Arzttrufzentrale

Der Notfalldienst ist wieder besser erreichbar

**Die nächste Ausgabe von „KVNO aktuell“
erscheint am 7. August 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.