

12 | 2013

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Aktuell

Politik | Nagelprobe für
die ambulante Versorgung

Schwerpunkt

VV | KVNO-Delegierte
beschwören die Einheit

Hintergrund

DMP | 800.000 Patienten
in Programme eingeschrieben

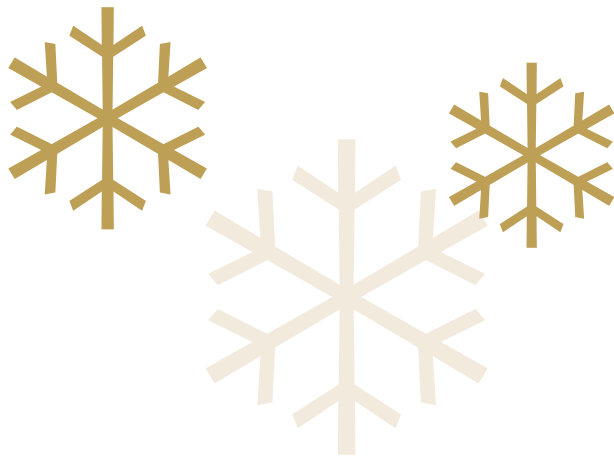
Praxisinfo

Hausärzte | KV und Kassen
zahlen künftig 100 Stipendien



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.



Inhalt

Schwerpunkt

- 2 VV der KVNO:
Delegierte
beschwören Einheit
- 4 Beschlüsse der VV

Aktuell

- 6 Honorar-Änderungen
im Überblick: Arztfälle
bestimmen RLV-Fallzahl
- 8 Palliativversorgung für
Versicherte der Primär-
kassen flächendeckend
- 10 Gesundheitspolitik der
Großen Koalition
- 12 Ärzte in NRW
kritisieren Politik
- 14 Contergan-Geschädigte
und Ärzte im Gespräch
- 14 CIRS NRW-Gipfel:
Bekennnis zu Fehlerkultur

■ Praxisinfo

- 16 Förderungswürdige
Leistungen für Hausärzte
- 16 Überweisungsregelung
für Ermächtigungen
- 16 Änderungen der
Muster 3, 21, 28 und 41
- 17 Teilnahmeerklärung
Tonsillotomie

- 17 Hautkrebsvorsorge bei
unter 35-Jährigen der HEK
- 17 Abrechnung Schwanger-
schaftsabbrüche NRW
- 18 Erweiterte Basis-
Ultraschalluntersuchung
- 18 Barmer GEK kündigt
Homöopathievertrag
- 18 Strukturvertrag diabe-
tischer Fuß mit der AOK
- 18 Übergangsregelung
Onkologie-Vereinbarung
- 19 Stipendieninitiative:
Auf 100 erhöht
- 19 Präventionsangebot
Kinderrichtlinien U10/U11
- 19 BKK Kassana kündigt
Vorsorge Gynäkologie
- 19 Versorgung von Soldaten
der Bundeswehr
- 20 ICD-10-GM 2014:
Endgültige Fassung

■ Verordnungsinfo

- 21 Polio in Syrien –
Impfungen für
Erwachsene
- 22 KVNO extra zu
Heilmitteln verfügbar

Hintergrund

- 24 DMP-Bericht: 800.000
Patienten in Programmen

Berichte

- 26 Fortbildung unbedingt
nachweisen
- 27 Medica 2013:
Telemedizin im Fokus
- 28 Patienten fragen –
Experten antworten
- 29 Wenn Husten
gefährlich wird
- 30 Schadenersatz und
Schmerzensgeld

Service

- 32 KVNO aktuell:
20 Jahre für die Praxen
- 32 Ausgezeichnete
Imagekampagne
- 33 KVNO-Homepage
neu gestaltet
- 34 Wie lese ich meine
Abrechnungsunterlagen?
- 38 Hygiene in der Praxis:
Mehr als nur sauber
- 40 Pauschalen beim
kurativen Kontakt

In Kürze

- 42 Qualitätszirkel-Tutoren
treffen sich in Düsseldorf
- 42 Organspende:
Patienten auf
der Warteliste



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

in der Advent-Ausgabe von KVNO aktuell wollen wir versöhnliche Töne anstimmen – auch wenn das Ergebnis der Koalitionsverhandlungen aus Sicht der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten keinen Anlass zu Beifallstürmen liefert. Zumindest nehmen die Koalitionäre ausführlich Stellung zur Gesundheitspolitik – im Wahlkampf und in den Parteiprogrammen war davon ja nur beiläufig die Rede.

Grund zu ernster Sorge bieten die bis zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe bekannt gewordenen Ergebnisse der Arbeitsgruppe Gesundheit und Pflege nicht, auch wenn man die Einrichtung einer „Terminvergabestelle“ ebenso kritisch hinterfragen muss wie das Ansinnen, qua Gesetz in Zusammensetzung und Verfahren ärztlicher Gremien einzugreifen. Dazu gab es in jüngster Vergangenheit auch Initiativen innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung beziehungsweise des KV-Systems, denen wir eine klare Absage erteilen: Alles, was zu einer Spaltung der Ärzteschaft führen könnte, lehnen wir ab.

Die gute Nachricht aus Berlin: Die Bürgerversicherung ist vom Tisch. Fragen darf man sich allerdings mit Blick auf die Versorgungsrealität in unserem Lande, was ausgerechnet Bundespolitiker dazu veranlasst, sich mit Verweis auf regionale Besonderheiten und „Freiräume der Krankenkassen“ einseitig für hausarztzentrierte Verträge stark zu machen. Zumal wir an anderer Stelle wieder in die Pflicht genommen werden: Die Wirtschaftlichkeitsprüfun-

gen bei Arznei- und Heilmitteln sollen durch „regionale Vereinbarungen“ ersetzt werden.

Auf die regionale Verantwortung hat die Politik zuletzt auch bei Honorarfragen verwiesen – wohl wissend, dass es bei der Vergütung in der ambulanten Versorgung eine strukturelle Schiefelage innerhalb des Bundesgebiets gibt, die wir durch unsere Honorarverhandlungen allein nicht kompensieren können. Diese Botschaft ist angekommen: Die Politik werde prüfen, ob sich die Unterschiede in der ärztlichen Vergütung durch Besonderheiten in der Versorgungs- und Kostenstruktur begründen lassen und wie unbegründete Unterschiede aufgehoben werden können, heißt es im Ergebnispapier der AG Gesundheit. Dass die Koalitionäre das Thema aufgenommen haben, ist auch Resultat beharrlicher Öffentlichkeitsarbeit: Mitte November haben wir erneut, zusammen mit wichtigen Verbündeten, darunter erstmals auch den beiden Kammern in NRW, auf die Benachteiligung unseres Bundeslandes hingewiesen – die hoffentlich bald Geschichte sein wird.

Wir wünschen Ihnen frohe Weihnachten, einen erfreulichen Abschluss dieses Jahres und ein gutes, gesundes Jahr 2014!

Herzliche Grüße

Dr. Peter Potthoff

Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier

Vorstand

Delegierte beschwören Einheit

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein am 29. November begann mit einem kritischen Blick nach Berlin. Die jüngsten Signale aus der Hauptstadt, insbesondere der Vertrag der Großen Koalition aus CDU und SPD, aber auch die Konflikte innerhalb der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, beschäftigten die Delegierten. Sie fassten einen Beschluss gegen jede Absicht oder Form einer Spaltung von Ärzten und Psychotherapeuten.

Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender der Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein, eröffnete die Sitzung mit nachdenklichen Anmerkungen zu den jüngsten Ereignissen und Vereinbarungen auf berufs- und bundespolitischer Ebene. Bergmann nahm Bezug auf die Reaktionen, die die Querelen rund um den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Berlin und die Nachricht vom Herzinfarkt von KBV-Chef Dr. Andreas Köhler ausgelöst haben. „Wir sollten alle mit Bedacht und Augenmaß agieren, ohne uns einer Debatte um die Weiterentwicklung innerärztlicher Gremien zu verschließen“, sagte Bergmann. „Kritisch ist die zunehmende Neigung der Politik, in ärztliche Selbstverwaltung einzugreifen und uns reorganisieren zu wollen. Dabei spielen viele Interessen eine Rolle – aber sicher nicht das Interesse an einer geeinten Ärzteschaft“, sagte Bergmann.

Gegen Sektionierung

Die Delegierten der KV Nordrhein hingegen beschworen die Einheit der Ärzte- und Psychotherapeuten: Mit großer Mehrheit verabschiedeten sie eine Resolution, in der sie vor einer Sektionierung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen warnen. „Dies würde die Position der Vertragsärzte und Psychotherapeuten in Verhandlungen mit politischen Gremien und den Krankenkassen nachhaltig schwächen“, heißt es im Beschluss. Die Delegierten kritisierten damit auch den Koalitionsvertrag

von CDU, CSU und SPD, in dem mit Blick auf die Besetzung ärztlicher Gremien der Selbstverwaltung steht, dass Hausärzte über „rein hausärztliche Belange“ und Fachärzte über „rein fachärztliche Belange“ entscheiden sollen.

Ausführlich ging Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, auf die Vereinbarungen im Koalitionsvertrag ein. Potthoff bewertete die Vorhaben bei der ambulanten Versorgung relativ neutral, äußerte aber Kritik an neuer Bürokratie – etwa durch ein neues „Qualitätsinstitut“ bei der Krankenhausversorgung oder einer „Termin-Servicestelle“, die bei der Größe Nordrhein ein bürokratisches Monstrum werde.

Auch beim Thema Honorierung ging Potthoff auf die Vereinbarung der Koalitionäre ein, denn in letzter Minute wurde der Vertrag um einen Passus ergänzt, in dem CDU und SPD die Absicht äußern, prüfen zu wollen, ob sich Unterschiede in der ärztlichen Vergütung durch Besonderheiten bei der Versorgung begründen lassen – und wie unbegründete Unterschiede aufgehoben werden können. „Diese Ergänzung ist ein Resultat unserer jüngsten Initiative für eine bundesweit gerechte Vergütung“, erklärte Potthoff. Erst vor kurzem haben die beiden KVen und beide Kammern in Nordrhein-Westfalen unter dem Label „Ärzte NRW“ erstmals gemeinsam an die Bundespolitik appelliert, die Benachteiligung des Lan-

des zu beenden. Bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versichertem bilden die NRW-KVen seit Jahren das Schlusslicht im Bundesvergleich.

Neuer Notdienst-Ausschuss

Beim Thema Notdienst informierte Potthoff die Mitglieder darüber, dass die KV Nordrhein dabei sei, die vom Ministerium gewünschte Übernahme der Notdienstpraxen vorzubereiten. Dabei werde unter anderem geklärt, an welchen Standorten sich künftig Notdienstpraxen befinden, welche der vorhandenen bleiben und wo neue gegründet werden müssten. Erste Gespräche dazu wird es in Kürze in Bonn geben, wo es derzeit drei Notdienstpraxen gibt, aus Versorgungsgesichtspunkten aber nur eine gebraucht werde, so Potthoff. Über weitere, den Notdienst betreffende

Fragen wird künftig auch ein neu gebildeter Notdienstausschuss der Vertreterversammlung beraten, der aus neun Mitgliedern besteht und auf der VV gewählt wurde.

KVNO-Vorstand Bernhard Brautmeier ging unter anderem auf die Nachverhandlungen zum neuen Hausarzt-EBM ein. Hier gebe es einiges zu tun, zum Beispiel solle die hausärztliche Strukturpauschale bei Urlaubs- und Krankheitsvertretungen voll abrechenbar sein. Mit Blick auf den Honorarabschluss auf Bundesebene ging Brautmeier kurz auf die inzwischen begonnenen Honorarverhandlungen in Nordrhein ein. „Wir liegen noch weit auseinander“, sagte Brautmeier und kündigte an, dass es bis zum Ende der Verhandlungen keine Wasserstandsmeldungen geben werde.

■ DR. HEIKO SCHMITZ



„Honorargerechtigkeit jetzt!“ forderten rund 100 Psychotherapeuten am Rande der Vertreterversammlung – mit großen Transparenten und auf gelben T-Shirts. Außerdem sprach Martin Zange, Psychologischer Psychotherapeut im Landesvorstand der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV), zu den Delegierten. Er verwies auf ein Urteil des Bundessozialgerichts, wonach eine psy-

chotherapeutische Praxis bei maximaler Auslastung mindestens das durchschnittliche Honorar einer entsprechenden Vergleichsarztgruppe erwirtschaften können müsse. Dies sei nicht der Fall. Die Schere öffne sich immer weiter, da die Psychotherapie auch bei den diesjährigen Honorarsteigerungen hinterherhinke. Unterstützung erhielt Zange von VV-Mitglied und DPtV-Bundes-

vorsitzende Barbara Lubisch. Sie erläuterte, dass nur höhere Orientierungspunktwerte zu steigenden Umsätzen führten; in den vergangenen Jahren hätten die Psychotherapeuten reale Einkommensverluste erlitten. Die Vertreterversammlung stimmte einem Antrag zu, der die „Anpassung der Honorare der psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer“ fordert (siehe Seite 4).

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein fasste am 29. November folgende Beschlüsse:

Starke und gemeinsame Vertretung

Die VV der KV Nordrhein beobachtet mit großer Sorge Bestrebungen, eine Spaltung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) herbeizuführen. Die VV der KV Nordrhein setzt sich entschieden für eine starke und gemeinsame Interessensvertretung der Vertragsärzte und der Psychotherapeuten durch eine einheitliche KBV ein. Die VV der KV Nordrhein unterstützt mit Nachdruck die Forderung der KBV-Vertreterversammlung vom 8. November 2013, die KBV als gemeinsame und einheitliche Organisation zu erhalten. In diesem Zusammenhang betrachtet die VV der KV Nordrhein mit besonders großer Sorge Pläne der künftigen Koalitionspartner CDU/CSU und SPD zu einer Sektionierung der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die VV bittet den Vorstand der KV Nordrhein und die ehrenamtlichen Mitglieder der VV der KBV sich auf Bundesebene für den Erhalt einer gemeinsamen Vertretung der Vertragsärzte und Psy-

chotherapeuten durch die KBV einzusetzen und sich gegen Spaltungstendenzen zu richten. Eine Sektionierung der KBV bzw. der Kassenärztlichen Vereinigungen würde eine große Schwächung der Interessensvertretung der Vertragsärzte und Psychotherapeuten nach sich ziehen und damit eher die Position der Kräfte stärken, die sich gegen die freie Selbstverwaltung stellen. Dies würde die Position der Vertragsärzte und Psychotherapeuten in Verhandlungen mit politischen Gremien und den Krankenkassen nachhaltig schwächen und kann somit keinesfalls im Sinne der Vertragsärzte und Psychotherapeuten sein.

Antrag: Barbara Lubisch, Ulrich Meier, Bernhard Moors, Dres. Gabriele Friedrich-Meyer, Paul Dohmen, Heribert Joisten, Olrik Cardinal von Widdern, Mike Dahm, Holger van der Gaag, Jörg Hornivius, Lothar Rütz, Bernd Bertram, Michael Marx, Thomas Fischbach, Andreas Gassen, Rolf Ziskoven, Manfred Weisweiler, Jürgen Klein, Ludger Wollring, Andreas Waubke, Bernd Bankamp

Ärzte sind keine „Leistungserbringer“

Auf dem 113. Deutschen Ärztetag in Dresden wurde unter Drucksache V – 58 der Beschluss gefasst, dass die Ärzteschaft die Vokabel „Leistungserbringer“ nicht mehr verwenden soll, wenn Ärzte gemeint sind. In den Berichten, Statistiken und Protokollen der KV

Nordrhein taucht dieser Begriff jedoch immer wieder auf. Die VV der KV Nordrhein fordert die Verwaltung und die Organe der Körperschaft auf, den genannten Beschluss des Ärztetages zu beachten.

Antrag: Wolfgang Bartels

Modifizierung des Honorarverteilungsmaßstabs

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) in der Fassung des Rheinischen Ärzteblattes 7/2013, Seite 57 ff unter Berücksichtigung der Änderungen des HVM durch Beschluss der VV in der Sitzung am 13. September 2013 mit Wirkung zum 1. Juli 2013 wird mit Wirkung zum 1. Juli 2013 und in der Fassung des Rheinischen Ärzteblattes 10/2013, Seite 57 ff mit Wirkung zum 1. Oktober 2013 auf Antrag des HVM-Ausschusses modifiziert.

Die Modifizierung war aufgrund neu abgeschlossener bzw. Anpassungen an bereits geschlossene Sondervereinbarungen notwendig.

Antrag: HVM-Ausschuss

Die Modifizierungen werden im Rheinischen Ärzteblatt 1/2014 amtlich veröffentlicht. Sie finden die geänderten Passagen im Internet unter www.kvno.de | **KV | 131205**

Honorare der Psychotherapeuten anpassen

Der Vorstand der KV Nordrhein wird gebeten, sowohl bei der KBV im Rahmen der EBM-Novellierung als auch im Rahmen der regionalen Verhandlungen mit den Krankenkassen darauf hinzuwirken, dass die Honorare der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, der Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Kinder-

und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß der in den Jahren 2009 bis 2013 stattgefundenen Erhöhung der allgemeinen fachärztlichen Honorare angepasst werden.

Antrag: Barbara Lubisch, Ulrich Meier, Bernhard Moors, Dres. Paul Dohmen, Gabriele Friedrich-Meyer, Heribert Joisten

Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs

Auf Antrag des HVM-Ausschusses hat die VV der KV Nordrhein Änderungen des HVM in der Fassung des Rheinischen Ärzteblattes 10/2013, Seite 57 ff unter Berücksichtigung der Änderungen des HVM durch Beschluss der Vertreterversammlung in der Sitzung am 29. November 2013 mit Wirkung zum 1. Oktober 2013

mit Wirkung zum 1. Januar 2014 beschlossen.

Antrag HVM-Ausschuss

Die Änderungen werden im Rheinischen Ärzteblatt 1/2014 amtlich veröffentlicht. Sie finden die Änderungen im Internet unter www.kvno.de | **KV | 131205**



Keine Abwahl des KBV-Vorstandes

Die KBV-Delegierten der KV Nordrhein sowie alle Delegierten der KBV-VV werden gebeten, den Antrag auf Abwahl des jetzigen KBV-Vorstandes zurückzunehmen oder die Abwahl mit ihrer Stimme abzulehnen. Es ist völlig kontraproduktiv, in der jetzigen Situation eine Personaldebatte in den Gremien der KBV zu führen.

Zielführend kann nur sein, den Vorstand der KBV auf seinem Weg zurück zu einer sachlichen und in allen Fragen gleichberechtigten Führungsarbeit zu unterstützen.

Antrag: Dres. Dirk Mecking, Oliver Funken, Rainer Kötzle, Ralph Krolewski, Andreas Marian, Guido Marx, Jens Uwe Wasserberg, Bernd Zimmer

Beratung vor Regress

Mit großer Empörung hat die VV der KV Nordrhein die ersten Verlautbarungen zum Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Essen vom 20. November 2013 zur Kenntnis genommen, in dem der in § 106 Abs. 5e Sozialgesetzbuch V (SGB V) verankerte Grundsatz „Beratung vor Regress“ allem Anschein nach eingeschränkt und in Frage gestellt wird (L 11 KA 81/13 B ER). Die VV der KV Nordrhein fordert deshalb den Vorstand der KV Nordrhein auf, unverzüglich das Urteil des LSG Essen einzufordern, zu analysieren und den Sachverhalt und die Begründung zu prüfen. Es sind alle Rechtsmittel gegen den Beschluss des LSG Essen auszuschöpfen, wenn ein Verstoß oder auch der Verdacht eines Verstoßes gegen den § 106 SGB V vorliegen sollte.

Das Mittel des Regresses ist angesichts der demografischen Entwicklung (vermehrt ältere multimorbide Patienten, immer weniger Ärzte) zudem ein überkommenes Instrument zur Regulierung der Verordnungskosten. Die Beratung zur wirtschaftlichen Verordnung

ist der Weg, Ärzte bei ihrer Vermittlungsarbeit für die Gesellschaft (Spannungsfeld medizinische Erkenntnis, Wünsche des Patienten und Ressourcen der GKV) zu unterstützen. Die fallbeilartige Exekution eines Regresses auf rein statistischer Grundlage würde, weil für den Arzt existenzbedrohend, zu einem ethisch moralischen Dilemma und damit zu einer Benachteiligung von Patienten/-gruppen mit medizinisch begründeten, aber hohen Kosten führen. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein fordert die Politik auf, Lippenbekenntnissen zur Abschaffung von Regressen auch eindeutige Gesetzesvorgaben folgen zu lassen. Der Vorstand der KV Nordrhein sollte bis zu einer Entscheidung mit den Kassen ein Aussetzen der Prüfvereinbarung verhandeln. Für rückliegende Fälle sollte ein Status quo ante vereinbart werden.

Antrag: Dres. Dirk Mecking, Oliver Funken, Rainer Kötzle, Ralph Krolewski, Andreas Marian, Guido Marx, Jens Uwe Wasserberg, Bernd Zimmer, Rolf Ziskoven

Wirtschaftliche vertragsärztliche Tätigkeit

In der Sitzung vom 23. November 2013 hat die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein ohne Gegenstimmen einen Beschluss zur Gefährdung der vertragsärztlichen Versorgung gefasst. Hierin heißt es: „Allein mit dem vertragsärztlichen Honorar muss bei durchschnittlicher Patientenzahl eine wirtschaftliche und auskömmliche Führung der Vertragsarztpraxen möglich sein.“

Es ist geltende Beschlusslage der VV der KV Nordrhein, dass die-

se Forderung zurzeit für einige Fachgruppen nicht erfüllt ist. Die VV der KV Nordrhein fordert den Vorstand und die zuständigen Gremien auf, dafür Sorge zu tragen, dass der genannte Beschluss der Ärztekammer zeitnah verwirklicht wird. Andernfalls kann die Versorgung in bestimmten Facharztgruppen auf Dauer nicht mehr sichergestellt werden.

Antrag: Wolfgang Bartels

Arztfälle bestimmen RLV-Fallzahl

Ein zentrales Thema der Vertreterversammlung am 29. November war die Honorarverteilung. Der Ausschuss Honorarverteilungsmaßstab (HVM) hatte mehrere Maßnahmen vorgeschlagen, um die Regelversorgung zu stärken. Außerdem stand eine neue Berechnung der Fallzahlen in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren auf der Tagesordnung.

Der Vorsitzende des HVM-Ausschusses, Dr. Frank Bergmann, wies darauf hin, dass mehrere Beschlüsse der Vertreterversammlung (VV) dazu beigetragen hätten, die Fallwerte der Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) zu stabilisieren. Allein der Wegfall der Praxisbesonderheiten mit Ablauf des 2. Quartals 2013 spüle 7,1 Millionen Euro in die RLV und QZV – und dies jedes Quartal. Diesen Weg setzt die KV Nordrhein im kommenden Jahr fort.

Absenkung der Kontingente: Um die Regelversorgung im fachärztlichen Versorgungsbereich besser zu vergüten, hat die VV beschlossen, folgende Kontingente zu senken:

- Polysomnographie
- Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen
- Dopplersonographie bei Gefäßchirurgen
- Duplexsonographie bei Nervenärzten
- (Teil-)Excision
- MRT bei Nervenärzten
- Angiologie für Angiologen in gefäßchirurgischen Praxen

Im 1. Quartal 2014 vergütet die KV Nordrhein die Leistungen in den genannten Kontingenten nur noch mit 87,5 Prozent des Orientierungswertes (bisher 90 Prozent). Im zweiten Quartal sinkt der Wert auf 85 Prozent. Ab dem 3. Quartal 2014 wird das Kontingent mit dem Punktwert gebildet, der sich bei der Berechnung des RLV ergibt. Die eingesparten Gelder fließen vollständig in die Regelversorgung und erhöhen daher die Fallwerte der RLV- und der QZV.

Wegfall von Förderungen: Ebenfalls in die RLV und QZV fließen die Mittel, die durch das schrittweise Auslaufen der Förderung folgender Leistungen freierwerden:

- Teilradiologie
- Sonstige Hilfen
- Akupunktur
- Reha-Mediziner

Die Förderung die den Fallwerten der oben genannten Leistungen zu Gute gekommen ist, sinkt im 1. Quartal 2014 auf 87,5 Prozent des Orientierungswertes (Teilradiologie: 95 Prozent), im 2. Quartal 2014 auf 85 Prozent (Teilradiologie: 90 Prozent). Ab dem 3. Quartal 2014 entfällt die Förderung vollständig – die freigesetzten Mittel fließen in die Regelversorgung. Durch die Senkung der Kontingente und den Wegfall der Förderungen fließen jedes Quartal 5,3 Millionen Euro mehr in die RLV und QZV.

LANR-bezogene Fallzahlaufteilung: Ab dem 1. Quartal 2014 ändert sich die Verteilung der RLV-Fallzahlen in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Bisher wurden die Fallzahlen gleichmäßig auf die Ärzte verteilt, wenn sie einer Arztgruppe angehören. Bei fachübergreifenden BAG und MVZ waren die Anteile der Grundpauschalen der entscheidende Parameter. Künftig erfolgt die Verteilung einheitlich über den Anteil der RLV-Arztfälle.

Ausschlaggebend für die zugewiesene Fallzahl eines Arztes ist also die Zahl der Patienten,

die er im Vorjahresquartal behandelt hat. Kennzeichnet sind die Fälle eines Arztes über die lebenslange Arztnummer (LANR), die bei Abrechnung von der Praxissoftware eingetragen wird. Für Einzelpraxen hat die neue Regelung keine Auswirkung.

Zum Hintergrund: Die Honorarverteilung basiert in vielen Punkten auf der LANR. Seit dem 2. Quartal 2013 zum Beispiel bei der Berechnung des Laborwirtschaftlichkeitsbonus sowie seit dem 3. Quartal 2013 bei der Bestimmung des Laborbudgets einer Praxis. Die VV hat Honorarverlusten aufgrund der neuen Fall-Verteilung einen Riegel vorgeschoben: Die Abstufungsgrenze zwischen fachgleichen Ärzten innerhalb einer Praxis ist verrechenbar.

RLV-Mitteilung: Ab dem 1. Quartal 2014 weist die RLV-Mitteilung nur noch die Höhe des RLV für die gesamte Betriebsstätte aus. Eine detaillierte Aufstellung der RLV-Berechnung kann die BAG in ihrer Bezirksstelle der KV Nordrhein beantragen, wenn alle Praxispartner dem zustimmen.

Regelung Junge Ärzte: Wegen der LANR-bezogenen Fallzahlaufteilung beschloss die VV eine Änderung für neu niedergelassene Ärzte. Bisher läuft die Wachstumsphase für Jung-Ärzte zwölf Quartale. Danach erhalten diese Ärzte für vier Quartale die maximale Fallzahl aus den vorangegangenen zwölf Quartalen. Wegen der Verschiebungen bei der Verteilung der Fallzahlen wird die Wachstumsphase um vier Quartale verlängert und die Vergabe der maximalen Fallzahl entfällt.

Laborfallwerte: Ab dem 1. Quartal 2014 gelten auch in Nordrhein die Referenzfallwerte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Diese liegen bei einigen Fachgruppen zum Teil deutlich niedriger als die bisher fixierten Werte. Dabei unterliegen die Referenzfallwerte wie alle Laboruntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 der bundeseinheitlichen Abstufungsquote „Q“. Davon ausgenommen sind die

Leistungen, die außerhalb der Gesamtvergütung vergütet werden und die EBM-Nummern 32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150.

Härtefallregelung: Eine außergewöhnliche Fallzahländerung wird künftig bei Praxen, deren Fallzahlen über dem Arztgruppendurchschnitt liegen, bereits dann angenommen, wenn deren Fallzahl mindestens um 20 Prozent des Arztgruppendurchschnitts angestiegen oder zurückgegangen ist.

Bislang waren es 20 Prozent der Fallzahl der Praxis. Ist der Antrag beim HVM-Ausschuss erfolgreich, kann die praxisbezogene Fallzahl auf die aktuelle Fallzahl des Abrechnungsquartals angehoben werden.

Besuche: Die Kontingente für dringende Besuche und unvorhergesehene Inanspruchnahme entfallen mit dem 1. Quartal 2014. Vergütet werden die Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum jeweiligen regionalen Punktwert. Der ist in Nordrhein für 2014 noch mit den Krankenkassen zu vereinbaren.

■ DIRK SCHULTEJANS | FRANK NAUNDORF

Verwaltungskosten 2014

Die Verwaltungsumsätze scheinen auf den ersten Blick zu steigen, tatsächlich aber handelt es sich um ein Nullsummenspiel. Denn die VV hat beschlossen, die Fördergelder für die Weiterbildung Allgemeinmedizin in Höhe von 5,25 Millionen Euro künftig aus dem Haushalt zu zahlen – und nicht mehr aus der Gesamtvergütung. Diese Maßnahme erhöht die Regelleistungsvolumen, macht aber höhere Sätze der Verwaltungskosten nötig.

Sie bewegen sich 2014 je nach Abrechnungsverfahren zwischen 2,5 und 3,5 Prozent. Am günstigsten fahren wie bisher die Praxen, die via D2D oder das KV-SafeNet abrechnen und mit dem elektronischen Heilberufausweis signieren. Die Kosten im Einzelnen:

■ Papier-Abrechnung	3,5 %*
■ Datenträger	2,8 %**
■ Online mit papierner Gesamtaufstellung	2,7 %
■ Online mit digitaler Signatur der elektronischen Gesamtaufstellung (zurzeit nur mit D2D möglich)	2,5 %

* Nur noch zulässig mit Ausnahmegenehmigung bis einschließlich 1. Quartal 2014.

** Nur für Privatärzte, die Leistungen aus dem gemeinsamen Notfalldienst abrechnen.

Palliativversorgung für Versicherte der Primärkassen flächendeckend

Ab 1. Januar 2014 gibt es einen neuen Vertrag zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) für alle Primärkrankenkassen. Die bisherige Struktur der Palliativversorgung bleibt erhalten, wird aber um neue Leistungen ergänzt. Endlich haben auch die Patienten der Betriebskrankenkassen einen einheitlichen Anspruch auf die AAPV.

Den Vertrag haben die KV Nordrhein und die Primärkrankenkassen geschlossen. Der bisherige Vertrag mit den Betriebskrankenkassen endet am 31. Dezember 2013. Vereinbart wurden neue Regelungen, um die Versorgung der Palliativpatienten zu verbessern. So können zum Beispiel Menschen mit schwerer fortgeschrittener Demenz künftig in der AAPV versorgt werden.

Die neuen kurzen Erst- und Abschlussdokumentationen stellt der betreuende Palliativarzt aus, in Abstimmung mit dem qualifizierten Palliativarzt (QPA). Sie sollen das Versorgungsgeschehen in Nordrhein besser abbilden und dienen als Basis für den künftig zu erstellenden Qualitätsbericht der Vertragspartner.

Mehr für Besuche

Weitere vergütungsrelevante Neuregelungen sind der Einbezug von Mitbesuchen in der Häuslichkeit und dringenden Besuchen im Heim. Bei diesen Besuchen können Ärzte künftig auch die zusätzliche Aufwandspauschale in Höhe von 35 Euro abrechnen. Ebenfalls neu ist die Vergütung von 18 Euro für das Konsil des Haus- bzw. Facharztes mit dem QPA oder weiteren Kooperationspartnern.

Die von den QPA abrechenbare Bereitschaftspauschale haben die Vertragspartner neu gefasst: Sie kann nur mit einer anderen Leistung des Vertrages oder mit einer EBM-Nummer

(ohne die EBM-Palliativleistungen) abgerechnet werden.

Um die Kooperation unter den beteiligten Ärzten zu unterstützen, wird ab dem 1. April 2014 die Koordination in der jeweiligen Versorgungsregion gestärkt und über eine Koordinationspauschale vergütet. Der behandelnde Haus- oder Facharzt meldet die Aufnahme von Palliativpatienten der Primärkassen ab 1. April in die Versorgung an den Koordinator.

Die Koordinationspauschale kann der Koordinator der Versorgungsregion nur abrechnen, wenn vor Ort die im Vertrag genannten Koordinationsaufgaben erfüllt werden. Die Existenz der Koordinationsstelle muss der Koordinator der KV Nordrhein vorab anzeigen. Dieses Verfahren stellt sicher, dass relevante Patientendaten zur Verfügung stehen, wenn die Behandlung durch einen qualifizierten Palliativarzt erfolgt, der nicht der übliche behandelnde Arzt ist.

Alle Ärzte, die bereits an der AAPV teilnehmen, müssen ihre Teilnahme nicht erneut erklären, die Genehmigung gilt weiter. Eine Teilnahmeerklärung des Patienten ist nicht erforderlich. Die Leistungen in der AAPV werden weiterhin außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung und als Einzelleistung vergütet – im Gegensatz zu den neuen Palliativziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs.

■ ACHIM MERLING | DR. HEIKE ZIMMERMANN

Im Dezember erhalten alle bis dato teilnehmenden Ärzte einen Infobrief. Den Vertrag im Wortlaut und weitere Infos finden Sie unter www.kvno.de
KV | 131208

Vergütungsübersicht Palliativvertrag Primärkassen

Die Tabelle zeigt die Vergütungen, die Ärzte erhalten, die am Palliativvertrag mit den Primärkrankenkassen teilnehmen. Die Vergütung erhalten die Teilnehmer als Einzelleistung. Teilweise können auch noch Leistungen aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) parallel abgerechnet werden.

Haus- und Fachärzte

Leistung	Vergütung	Abrechenbar mit EBM-Nummer
Koordination, Betreuung und Beratung des Patienten/der Angehörigen,	50 €	-
Zusätzliche Aufwandspauschale für Hausbesuche nach EBM-Nr. 01410 oder 01413	35 €	01410 01413
Zusätzliche Aufwandspauschale für Dringlichkeitsbesuche nach den EBM-Nr. 01411, 01412 oder 01415	35 €	01411 01412 01415
Telefonische Krankenhausüberleitung	18 €	-
Konsil mit dem QPA oder weiteren Kooperationspartnern	18 €	-
Mitteilung an den Koordinator, einmalig im Krankheitsfall	5 €	-
Erstellung und Versand der Erstdokumentation nach Anlage 3a (wenn keine Dokumentation durch den QPA erfolgt)	5 €	-
Erstellung und Versand der Abschlussdokumentation nach Anlage 3b (wenn keine Dokumentation durch den QPA erfolgt)	5 €	-

Qualifizierte Palliativärzte

Leistung	Vergütung	Abrechenbar mit EBM-Nummer
Zusätzliche Aufwandspauschale für Hausbesuche nach EBM-Nr. 01410 oder 01413	35 €	01410 01413
Zusätzliche Aufwandspauschale für Dringlichkeitsbesuche nach den EBM-Nr. 01411, 01412 oder 01415	35 €	01411 01412 01415
Telefonische Krankenhausüberleitung	18 €	-
Zusätzliche Aufwandspauschale für das Konsilium am Bett des Kranken	45 €	-
Bereitschaftspauschale, nur abrechnungsfähig i. V. mit einer anderen Leistung des Vertrages oder einer EBM-Ziffer, max. 4-mal im Krankheitsfall	100 €	-
Telefonisches Konsil	18 €	-
Mitteilung an den Koordinator, einmalig im Krankheitsfall	5 €	-
Erstellung und Versand der Erstdokumentation nach Anlage 3a (wenn keine Dokumentation durch den Haus- und/oder Facharzt erfolgt)	5 €	-
Erstellung und Versand der Abschlussdokumentation nach Anlage 3b (wenn keine Dokumentation durch den Haus- und/oder Facharzt erfolgt)	5 €	-

Koordinator

Leistung	Vergütung
Koordinationspauschale für die Versorgungsregion, einmalig im Krankheitsfall	55 €

Gesundheitspolitik der Großen Koalition

Unter der Leitung von Jens Spahn (CDU) und Prof. Karl Lauterbach (SPD) haben die 17 Teilnehmer der AG „Gesundheit und Pflege“ – darunter sechs Landesgesundheitsminister – die gesundheitspolitischen Grundlinien der großen Koalition ausgehandelt. Im Koalitionsvertrag von SPD, CDU und CSU zeichnet sich ein umfassendes gesundheitspolitisches Arbeitsprogramm der Großen Koalition ab.

Einen Einstieg in die Bürgerversicherung gibt es nicht. Hier hat sich die CDU/CSU durchgesetzt. Dennoch: Sollten die Vereinbarungen in kommenden Reformgesetzen realisiert werden, wären tiefgreifende Änderungen in der ambulanten Versorgung und im KV-System selbst programmiert.

Sicherstellung: Um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, plant die Koalition neue Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten. Bei Unterversorgung müssen (und nicht mehr „können“) künftig Krankenhäuser für die ambulante Behandlung geöffnet werden. Ferner soll der Aufkauf von Sitzen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) forciert werden. Außerdem erhalten künftig auch Kommunen das Recht, zur Sicherstellung Medizinische Versorgungszentren zu gründen.

Delegation: Konsens besteht auch darüber, dass der Einsatz von qualifizierten nicht-ärztlichen Fachkräften (zum

Beispiel den EVAs), die ärztliche Leistungen nach Delegation übernehmen, künftig flächendeckend zulässig ist und besser honoriert wird.

Notfalldienst: Im Bereich der ambulanten Notfallversorgung erwartet die Große Koalition zudem die regelhafte Kooperation von KVen und Krankenhäusern – wobei der Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen verbleibt.

Facharzt- und Psychotherapietermine: Erhält ein Patient trotz Überweisung innerhalb von vier Wochen keinen Termin, soll ihm künftig eine ambulante Behandlung im Krankenhaus angeboten werden – und zwar zulasten der ambulanten Gesamtvergütung. Um Termine in der Monatsfrist zu vermitteln, müssen die KVen entsprechende Servicestellen einrichten. Einen schnelleren Zugang strebt die Politik auch für die psychotherapeutische Versorgung

Fazit

Das zwischen CDU/CSU und SPD konsenterte Programm einer Großen Koalition zeigt, dass die ambulante Versorgung im Reformfokus bleibt. Ganz besonders betrifft dies die Aufgaben und das interne Gefüge der KVen. Offenbar sind die Gesundheitspolitiker der künftigen Regierungskoalition davon überzeugt, dass allein eine strikte Trennung von haus- und fachärztlichen Belangen die hausärztliche Versorgung stärken und die vertragsärztliche Selbstverwaltung befrieden könne.

Selbst KV-kritische Stimmen innerhalb der Ärzteschaft äußerten sich zu diesem Vorhaben skeptisch. Denn mit

Blick auf die praktische Arbeit in Verwaltung und Selbstverwaltung der KVen könnte sich das Konzept einer weitgehenden Trennung der Belange als Fiktion erweisen. Folge einer solchen Trennung könnte ein nachhaltig geschwächtes KV-System sein – zum Schaden aller Mitglieder.

Nahezu zeitgleich hat auch die ärztliche Selbstverwaltung diese Frage auf ihre Agenda gesetzt. Die Politik in Berlin dürfte daher aufmerksam registrieren, welche Signale das KV-System in den kommenden Wochen mit Blick auf seine eigene Zukunft sendet.



In der Arbeitsgruppe (AG) „Gesundheit und Pflege“ diskutierten sieben Vertreter der CDU, drei Vertreter der CSU und acht Vertreter der SPD über die Weichenstellungen in der Gesundheitspolitik. Delegationsleiter waren die gesundheitspolitischen Sprecher von Union und SPD, Jens Spahn und Prof. Karl Lauterbach. Das Foto zeigt das AG-Treffen vom 29. Oktober 2013 in Berlin.

an. Dies soll durch eine Aufstockung der Kurzzeit- und Gruppentherapieplätze sowie durch ein vereinfachtes Antragsverfahren ermöglicht werden.

Hausärztliche Versorgung: Die Krankenkassen müssen ihren Versicherten weiterhin eine hausarztzentrierte Versorgung anbieten und dafür entsprechende Verträge abschließen. Dabei werden die bisherigen Vergütungsbeschränkungen (durchschnittlicher KV-Fallwert als Orientierungsgröße) aufgehoben. Zudem muss die Wirtschaftlichkeit der Verträge erst nach vier Jahren und nicht mehr ex-ante nachgewiesen werden. Die Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin soll um 50 Prozent aufgestockt werden; unklar ist, aus welchem Topf die Mittel hierfür kommen.

Honorar und Verträge: Die Disease-Management-Programme (DMP) sollen weiterentwickelt werden, neue DMP für Depression und Rückenleiden eingeführt werden. Zudem wird die Trennung der Vergütung zwischen Haus- und Fachärzten weiter vorangetrieben. Details sind noch unklar. Um die „Umsetzungshürden“ bei integrierten und selektiven Versorgungsformen zu überwinden, sieht die Koalitionsvereinbarung eine Angleichung der rechtlichen Regelungen für diese Verträge vor. Dabei will die Koalition besonders das Verfahren der Bereinigung zulasten der Gesamtvergütung erleichtern. Um „innovative sektorenübergreifende Versorgungsformen“ zu fördern, ist ein mit 300 Millionen Euro ausgestatteter Innovationsfonds geplant.

Konvergenz: Die Koalition verpflichtet sich, die erheblichen regionalen Unterschiede in der ärztlichen Vergütung – bei der NRW seit Jahren die rote Laterne trägt – nochmals unter die Lupe zu nehmen. Es soll geprüft werden, inwiefern unbegründete Unterschiede aufgehoben werden können. Dieser Passus wurde erst auf der Zielgeraden der Verhandlungen in den Koalitionsvertrag aufgenommen.

Regress: Die bisherigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln sollen durch regionale Vereinbarungen von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen ersetzt werden.

Kassenärztliche Vereinigungen: Weitreichende Veränderungen planen die designierten Koalitionäre zudem im KV-System: Die Vertretersammlungen von KVen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sollen künftig Haus- und Fachärzte zu gleichen Teilen bilden. Über rein hausärztliche Belange würden dann ausschließlich die hausärztlichen Mitglieder entscheiden – über die fachärztlichen Belange ausschließlich die fachärztlichen Mitglieder, so führt es der Vertrag aus.

Korruption im Gesundheitswesen: Der schwarz-gelbe Gesetzentwurf zum Thema scheiterte ganz am Ende der alten Legislaturperiode. Die große Koalition plant nun, einen neuen Straftatbestand der Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch einzuführen. Dieser soll für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen gelten. ■ JOHANNES REIMANN | SIMONE GRIMMEISEN

Bundespolitik im Visier

Während der Koalitionsverhandlungen in Berlin bemühen sich Interessenvertreter aus vielen Bereichen und Branchen um Einfluss auf die Politik – da bilden die ärztlichen Körperschaften keine Ausnahme. Die KV Nordrhein hat Bündnispartner gesucht und gefunden, um die Aufmerksamkeit der Gesundheitspolitiker auf ein zentrales Thema zu lenken: die anhaltende, strukturelle Benachteiligung Nordrhein-Westfalens bei der Vergütung in der ambulanten Versorgung.

Das Thema beschäftigt die KVen in Nordrhein-Westfalen seit Jahren; die Landespolitik ist längst zum Verbündeten geworden. Auf Bundesebene hingegen schenken die meisten Gesundheitspolitiker einer absurden Tatsache erstaunlich wenig Aufmerksamkeit: Für die ambulante Versorgung der Versicherten in NRW steht seit Jahren weniger Geld zur Verfügung als andernorts – trotz bundesweit einheitlicher Beiträge zur Krankenversicherung. Grund genug für die KV Nordrhein, die inakzeptable Lage des Bundeslandes zusammen mit wichtigen Verbündeten in Erinnerung zu rufen – genau zu dem Zeitpunkt, an dem Gesundheitspolitiker aus CDU/CSU und SPD über Eckpfeiler ihrer künftigen Koalition sprachen.

Den Auftakt machte Anfang November eine öffentliche, natürlich in Berlin verortete Presseveranstaltung der sieben LAVA-KVen („Länderübergreifender Angemessener Versorgungsanspruch“). LAVA ist ein Bündnis der KVen, die durch die Honorarreform 2009 bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziell ins Hintertreffen geraten sind. Das Besondere an der Aktion: Erstmals wurde ein wissenschaftliches Gutachten präsentiert, das die Benachteiligung mehrerer Bundesländer bei der Vergütung der ambulanten Versorgung belegt. Kenner der Materie wie die Professoren Eberhard Wille (Universität Mannheim), Volker Ulrich (Universität Bayreuth) sowie Saskia Drösler und Benno Neukirch (beide

Hochschule Niederrhein, Krefeld) weisen darin nach, wie groß die Lücke bei der Vergütung zwischen den bevorteilten und den benachteiligten Regionen ist.

Zwei-Klassen-Medizin – qua Gesetz

Das Gutachten zeigt, dass es in Deutschland eine vom Gesetzgeber offenbar geduldete „Zwei-Klassen-Medizin“ gibt. Denn wenn die Bestimmung der regionalen Morbidität die Grundlage für die Bereitstellung der Vergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen ist, „ist die ärztliche Versorgung in einigen Bundesländern, darunter Nordrhein-Westfalen, deutlich unterfinanziert“, so Gutachter Wille. Je nach Messmethode liegen die Finanzzuweisungen bis zu 20 Prozent unter dem erforderlichen Niveau – in Nordrhein fehlen je nach Berechnungsgrundlage zwischen 11 und 12,5 Prozent. Bemerkenswert: Der Gesetzgeber verweist stets auf die 2012 erfolgte Regionalisierung der Honorarverhandlungen. „Dabei ist klar, dass wir unseren Nachholbedarf in den regionalen Honorarverhandlungen nicht stillen können, da wir ja von einem deutlich niedrigeren Sockel aus starten und alle Regionen Honorarzuwächse erhalten“, sagt Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Nicht umsonst sind Nordrhein und Westfalen-Lippe trotz der guten Ergebnisse ihrer Honorarverhandlungen 2013 nach wie vor Schlusslichter beim Blick auf die Vergütung je Versichertem (siehe Grafik).

Resolution der „Ärzte NRW“

Darauf machte Mitte November auch ein weiteres Bündnis aufmerksam: Erstmals wandten sich nicht nur die beiden nordrhein-westfälischen KVen, sondern auch die beiden Ärztekammern unter dem Label „Ärzte.NRW“ gemeinsam an die Bundespolitik. In einer am 20. November veröffentlichten Resolution fordern Dr. Peter Potthoff, Dr. Wolfgang-Axel Dryden, 1. Vorsitzender der KV Westfalen-Lippe, Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein und Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, die Politik solle die strukturelle Benachteiligung des Landes bei der Vergütung in der ambulanten Versorgung beenden und für eine bundesweit gerechte Verteilung der Mittel sorgen. Gefordert wird eine bundesgesetzliche Grundlage für eine an der tatsächlichen Morbidität der Versicherten orientierte vertragsärztliche Honorierung. Denn das seit 2009 entstandene Gefälle in der Ver-

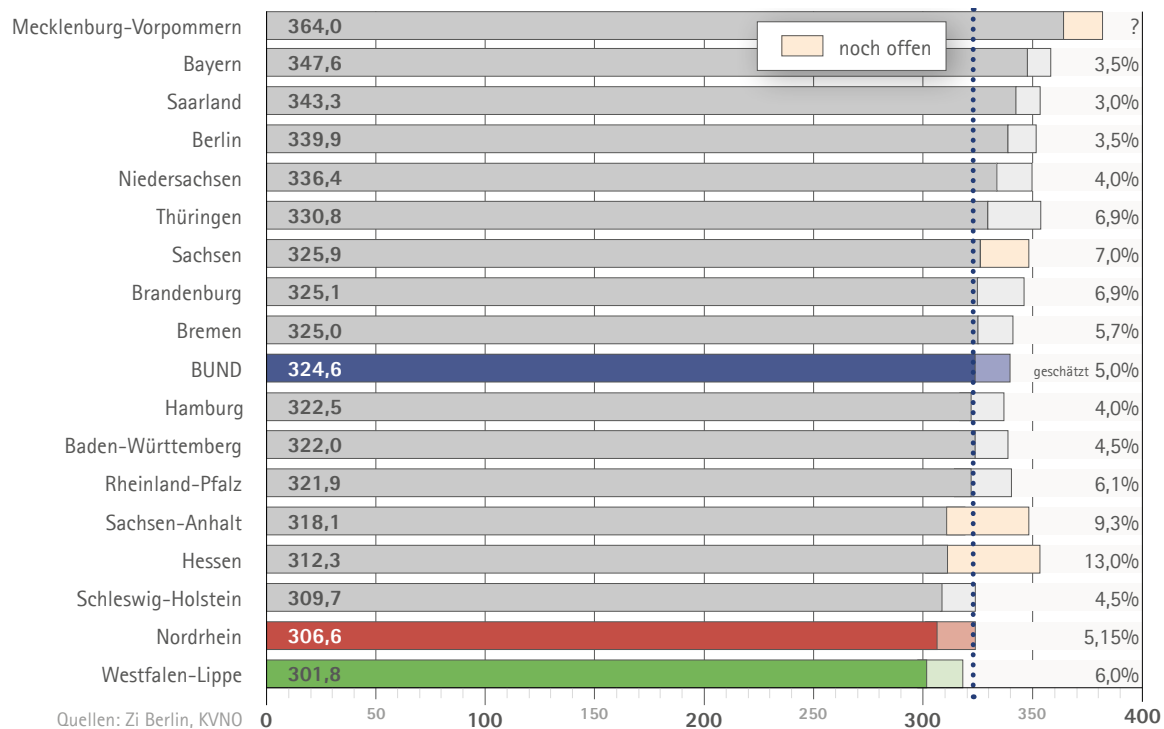
gütung zwischen den KV-Regionen ist eben nicht nur auf unterschiedliche regionale Morbidität zurückzuführen – diese Aussage wird durch das LAVA-Gutachten gestützt.

Der Ruf nach dem Bundesgesetzgeber ist ohne Alternative: Bisherige Ansätze zur Angleichung der Gesamtvergütung innerhalb der Selbstverwaltung und von Seiten der Politik sind am Widerstand der Landespolitiker der Länder gescheitert, die vom aktuellen Status quo begünstigt sind. Auch den KVen ist es nicht gelungen, solidarisch eine Lösung zu finden. Offenbar bleibt der jüngste Ruf nicht ungehört: In das Ergebnispapier der AG Gesundheit haben die Koalitionäre aufgenommen, zu prüfen, ob sich die Unterschiede in der ärztlichen Vergütung durch Besonderheiten begründen lassen – und wie unbegründete Unterschiede aufgehoben werden können.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Vergütung pro Patient: NRW am Ende

Die Grafik zeigt die finanziellen Mittel, die im Jahr 2013 für die ambulante medizinische Versorgung eines Patienten zur Verfügung stehen. Nordrhein und Westfalen-Lippe sind mit knapp 307 bzw. 302 Euro die Schlusslichter.



Contergan-Geschädigte und Ärzte im Gespräch

Zu einem in dieser Form in Deutschland bislang einmaligen Symposium zum Thema „Contergan – Medizinische Versorgung heute“ trafen sich am 16. und 17. November rund 250

Betroffene sowie Ärztinnen und Ärzte in Düsseldorf. Am ersten Tag der Veranstaltung, die der Interessenverband Contergangeschädigter NRW, die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein ausrichteten, standen medizinische Fragen im Vordergrund. Für die KV nahmen Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender der Vertreterversammlung, und KV-Vorstandsmitglied Bernhard Brautmeier Stellung zum Thema Contergan.

Bergmann ging auf die Verpflichtung der Ärzte ein, sich der sprichwörtlichen „Risiken und Nebenwirkungen“ gerade im Bereich der Arzneimittel-Verordnungen stets bewusst zu bleiben. „Als Arzt nehme ich immer wieder



CIRS NRW-Gipfel: Bekenntnis zu Fehlerkultur

Wie schwierig der Umgang mit Fehlern sein kann, weiß jeder aus eigener Erfahrung. Dass gerade die Ärztinnen und Ärzte sich nicht leicht damit tun, eine Fehlerkultur zu etablieren, die das eigene Handeln in Frage stellen kann, leuchtet ebenfalls ein. Vor diesem Hintergrund war der „CIRS NRW-Gipfel“ im Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft am 18. November eine bemerkenswerte Veranstaltung: Rund 200 Teilnehmer unterschiedlicher medizinischer Berufsgruppen diskutierten, was ein „Critical Incident Reporting System“ (CIRS) leisten kann.

Bei CIRS NRW handelt es sich um ein das ganze Bundesland erfassendes Fehlermeldesystem, das interdisziplinär und sektorenübergreifend funktioniert. Denn bei diesem Internet-Portal machen die Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) gemeinsame Sache.

Schon seit rund einem Jahr nimmt CIRS NRW anonyme Meldungen von kritischen Ereignissen, Beinahe-Fehlern und Fehlern auf. Wohltuend praxisbezogen und selbstkritisch wurde auf dem Podium und in vier Workshops, in denen es um Fehlerquellen etwa in der Kommunikation zwischen Arzt oder Patient oder zwischen Praxis und Klinik ging, über Chancen und Risiken eines solchen Reportings diskutiert.

Unzweifelhaft blieb, dass ein solches Instrument nötig ist, damit möglichst viele aus Fehlern oder Beinahe-Fehlern lernen können. „Ich bin froh, dass wir CIRS haben“, betonte Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, „denn es reicht nicht, nur Fehler zu analysieren, die tatsächlich zu Schäden geführt haben.“ CIRS sei nicht in erster Linie eine Schadensmeldestatistik, sondern ein Vorbeugeinstrument, um Fehler zu vermeiden. ■ HSCH

Das CIRS-Portal finden Sie unter www.cirs-nrw.de

mit Sorge zur Kenntnis, wie lange es auch heute noch trotz unseres Kontrollsystems braucht, bis ärztliche Beobachtungen in der Pharmakotherapie Konsequenzen haben – gerade wenn es um Nebenwirkungen geht, die häufig Wechselwirkungen sind.“

Auch Bernhard Brautmeier warnte davor, die bei Contergan und dem Wirkstoff Thalidomid begangenen Versäumnisse bei Entwicklung, Erprobung, Zulassung, Beobachtung und Vigilanz des Wirkstoffs als erledigt zu betrachten. „Wir haben auf Grund der Erfahrungen mit Contergan gelernt und als Konsequenz neue Regeln und Systeme etabliert. Wir sollten uns dennoch vor dem Glauben hüten, wir seien deswegen vor weiteren Arzneimittelkatastrophen gefeit.“

Im Vordergrund des Symposiums standen medizinische Fragen – etwa die Abgrenzung von Contergan-Schädigungen von anderen genetisch bedingten Syndromen mit ähnlicher Symptomatik. Ärzte berichteten von modernen Verfahren in Orthopädie, Schmerztherapie, Zahnheilkunde, HNO oder Innerer Medizin, mit denen die gesundheitlichen Probleme durch die vielfältigen, von Thalidomid verursachten Schädigungen sowie Folgeerkrankungen begegnet werden kann. Am zweiten Tag des Symposiums wurde vor allem über die Auswirkungen des geänderten Contergan-Stiftungsgesetzes, das am 1. August in Kraft getreten ist, diskutiert. Daneben konnten die Teilnehmer, die aus mehreren europäischen Ländern angereist waren, in Workshops verschiedene Therapien kennenlernen.

■ BRE | HSCH



CIRS NRW

Machen Sie mit,
helfen Sie mit,
lernen Sie mit!

CIRS-NRW ist ein Lern- und Berichtssystem für kritische Ereignisse in der medizinischen Versorgung. Mit Ihrer Teilnahme an CIRS-NRW engagieren auch Sie sich für Sicherheitskultur und Patientensicherheit.

- CIRS-NRW ist:
- freiwillig
 - einfach
 - anonym
 - übersichtlich
 - interaktiv
 - effektiv



www.cirs-nrw.de

Förderungswürdige Leistungen für Hausärzte angepasst

Auf Grund der Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) zum 1. Oktober 2013 und des neuen ICD-10-Verzeichnisses wurden die förderungswürdigen Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich angepasst. Darüber hinaus gab es einige redaktionelle Änderungen, und die Struktur der Liste chronischer Erkrankungen wurde angepasst. Bei den geförderten chronischen Erkrankungen bleibt es wie bisher.

Die Liste der förderungswürdigen Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich finden Sie unter www.kvno.de | **KV | 131216**

Neue Überweisungsregelung gilt nur für neue Ermächtigungen

Der neue Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) legt fest, dass ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen Überweisungen ausstellen dürfen. Dies muss in der Ermächtigung festgelegt werden, ebenso die Leistungen, für die eine Überweisung ausgestellt werden darf.

Die Regel gilt allerdings nur für Ermächtigungen, die nach dem 1. Oktober 2013 erteilt worden sind. Im Bereich der KV Nordrhein konnten auch vor der Einführung des neuen BMV-Ä ermächtigte Ärzte und Einrichtungen entsprechend des konkreten Inhalts der Ermächtigung ihre Patienten zu anderen Ärzten

überweisen. Sie sind von der Neuregelung nicht betroffen. Hier gilt die neue Rechtslage erst für die Erneuerung der Ermächtigung. Die Überweisungsbezugnis muss in den nach dem 1. Oktober 2013 ausgestellten

Ermächtigungsbescheiden festgelegt werden, ebenso die Leistungen, für die die Überweisung ausgestellt werden darf.

Änderungen der Muster 3, 21, 28 und 41 zum 1. Januar 2014

Die Einführung des einheitlichen Euro-Zahlverfahrens SEPA (Single European Payment Area) zum 1. Februar 2014 erfordert Anpassungen der Formulare 3, 21 und 28. Durch den neuen Bundesmantelvertrag wird das Muster 41 überflüssig. Die neuen Muster werden bereits zum 1. Januar 2014 angepasst.

Muster 3 | Die Bescheinigung über den mutmaßlichen Tag der Entbindung enthält auf der Rückseite ein Feld, um die Konto-Nummer der Versicherten und die Bankleitzahl ihres Geldinstituts anzugeben. Mit der Umstellung auf SEPA werden diese Angaben ersetzt durch die IBAN (Internationale Bank Account Number) und die BIC (Bank Identifier Code). Hier musste für die IBAN (22-stellige Kennziffer) das bisherige Feld geändert werden.

Das Muster wurde um einen Durchschlag erweitert, den die Versicherte zur Vorlage beim Arbeitgeber nutzen kann. Durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG) ist die Siebenwochenfrist zur Ausstellung der Bescheinigung entfallen. Daher wurde dieser Hinweis auf der Vorderseite des Musters 3 entfernt.

Muster 21 | Auch die Rückseite der Ärztlichen Bescheinigung für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes enthält ein Feld, um die Konto-Nummer und die Bankleitzahl anzugeben. Um die 22-stellige IBAN anzugeben, wurde auch hier das Feld geändert.

Muster 28 | Die Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Psychotherapie enthält ebenfalls das neue Feld für IBAN und BIC. Darüber hinaus wurden noch einige

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 | 131216**

redaktionelle Änderungen umgesetzt, die sich jedoch nicht inhaltlich auswirken.

Muster 41 | Durch die Zusammenlegung der Bundesmantelverträge wurde dieses Muster des Ersatzkassenvertrages (Bericht des behandelnden Arztes bei Arbeitsunfähigkeit) überflüssig. Durch die Zusammenlegung wurden ferner einige redaktionelle Änderungen in der Anlage 2 „Vordruckvereinbarung“ und Anlage 2a „Blankoformularbedruckung“ sowie den Vordruckerläuterungen vorgenommen.

Alle neuen Muster erhalten Sie über den Formularversand der KV Nordrhein in Krefeld. Die alten Formulare verlieren am 1. Januar ihre Gültigkeit.

Barmer GEK und Knappschaft: Teilnahmeerklärung Tonsillotomie

Aufgrund der Vorgaben des Patientenrechtegesetzes wurden mit der Barmer GEK und der Knappschaft neue Teilnahmeerklärungen für Patienten vereinbart. Bitte verwenden Sie ab sofort nur noch die neuen Erklärungen, die Sie über den Formularversand in Krefeld beziehen können. Die unterschriebenen Teilnahmeerklärungen reichen Sie bitte wie bisher bei Ihrer Bezirksstelle ein.

Hautkrebsvorsorge bei unter 35-Jährigen der HEK

Die Vereinbarung zur Hautkrebsvorsorge für unter 35-jährige Patienten der Hanseatischen Ersatzkasse wurde aktualisiert. Durch das Patientenrechtegesetz ist künftig eine Teilnahmeerklärung für die Patienten vorgesehen, die durch die Praxis direkt an die HEK gefaxt wird. Die Vergütung für die reine Hautkrebsvorsorge steigt auf 26 Euro. Wenn eine Auflichtmikroskopie nötig ist, können Sie zusätzlich acht Euro abrechnen. Für die Abrechnung der Hautkrebsvorsorge verwenden Sie bitte die EBM-Nr. 01745, für die auflichtmikro-



skopische Untersuchung die Symbolnummer 92700. Die Leistungen werden außerhalb der Regelleistungsvolumen und der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet. Beide Untersuchungen können alle zwei Jahre von Dermatologen/Hautärzten durchgeführt werden. Die Teilnahmeerklärungen erhalten Sie über den Formularversand in Krefeld.

Mehr Infos und den Vertrag im Wortlaut finden Sie unter www.kvno.de | KV | 131217

Mit dem Auflichtmikroskop können Dermatologen unter zehnfacher Vergrößerung auch tiefer gelegene Hautschichten inspizieren.

Abrechnung Schwangerschaftsabbrüche mit dem Land NRW

Die KV Nordrhein hat ab 1. Januar 2014 mit dem Land Nordrhein-Westfalen vereinbart, dass für Schwangerschaftsabbrüche nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz der verbrauchte Sprechstundenbedarf bei operativen Eingriffen angepasst wird. Die Kostenpauschale für Mittel des Sprechstundenbedarfes nach der Symbolnummer 98225 wird auf 17,62 Euro erhöht und die Kostenpauschale für Mittel des Sprechstundenbedarfes nach der Symbolnummer 98228 auf insgesamt 36,99 Euro. Damit soll sichergestellt werden, dass die Kostenerstattungen weitgehend den Einkaufspreisen entsprechen.

Bei der Abrechnung von Leistungen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz über die KV

Nordrhein muss eine Fallkennziffer verwendet werden, um die Anonymität der Patientin sicherzustellen. Bestandteil der von der Krankenkasse vorgegebenen Fallkennziffer ist auch das Tagesdatum der Ausstellung der Kostenübernahmebescheinigung. Diese Bescheinigung erhält die Praxis von der Patientin. Die Schreibweise des Tagesdatums war bisher auf die amerikanische Schreibweise bezogen (JJMMTT). Sie wird jetzt auf die klassische deutsche Schreibweise (TTMMJJ) umgestellt. Bitte berücksichtigen Sie diese Änderung ab 1. Januar 2014 bei der Eingabe der Fallkennziffer in Ihr Abrechnungssystem.

Vergütung der erweiterten Basis-Ultraschalluntersuchung

Die KV Nordrhein hatte sich im Juli 2013 mit den nordrheinischen Krankenkassen auf ei-

ne Übergangsregelung zur Vergütung der erweiterten Basis-Ultraschalluntersuchung aufgrund der geänderten Mutterschaftsrichtlinie zum 1. Juli 2013 verständigt. Hinsichtlich der teilnehmenden Krankenkassen und dem Geltungsbereich (Wohnort der weiblichen Versicherten) haben sich Neuerungen ergeben, die Sie der folgenden Übersicht zur Abrechnung entnehmen können. Die Übergangsregelung gilt nur für Versicherte mit Wohnsitz in Nordrhein und in den genannten KV-Regionen.

Eine aktuelle Übersicht der Krankenkassen, die an der Übergangslösung teilnehmen, finden Sie unter www.kvno.de | **KV 131218**

Übergangsregelung zur Vergütung der erweiterten Basis-Ultraschalluntersuchung

teilnehmende Krankenkassen	VKNR	Versicherte mit Wohnsitz in Nordrhein	Versicherte mit Wohnsitz in den genannten KV Regionen *
AOK Rheinland/Hamburg	24101/02101	x	x
AOK Nordwest	18111	x	-
AOK Rheinland-Pfalz	48103	x	-
IKK classic	18333	x	x
IKK BIG	18306	x	-
BKK bundesweit		x	x
Knappschaft	18701	x	x
SVLFG	19252	x	x
Barmer	37601	x	x
DAK	24602	x	x
KKH	31603	x	x
Techniker	25605	x	x
HEK	27606	x	x
hkk	03607	x	x

*Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen, Westfalen-Lippe,

Erläuterung:

x = abrechnungsfähig | - = nicht abrechnungsfähig

Barmer GEK kündigt Homöopathievertrag

Die Barmer GEK hat den Homöopathievertrag mit der KV Nordrhein zum 31. Dezember 2013 gekündigt. Leistungen aus diesem Vertrag sind ab 1. Januar 2014 nicht mehr abrechnungsfähig.

Strukturvertrag diabetischer Fuß mit der AOK und SVLFG

Der bisher bis Ende des Jahres befristete Strukturvertrag zur Behandlung des diabetischen Fußes mit der AOK Rheinland/Hamburg und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) ist nun unbefristet gültig. Damit kann das für Mitte nächsten Jahres vorgesehene Verordnungsmanagement zum Beispiel bei Verbandstoffen umgesetzt werden.

Übergangsregelung Onkologie-Vereinbarung verlängert

In den vergangenen Monaten hat die KV Nordrhein gemeinsam mit den Krankenkassenverbänden die wesentlichen Eckpunkte und Neuerungen der regionalen Onkologie-Vereinbarung abgestimmt. Eine Umsetzung ist jedoch erst zum 1. April 2014 möglich. Die

KV Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassenverbände haben sich daher auf eine Verlängerung der bestehenden nordrheinischen Übergangsregelung bis zum 31. März 2014 verständigt. Alle Regelungen, unter anderem auch hinsichtlich der Teilnahmegenehmigungen, gelten unverändert weiter bis zum 31. März 2014.

Stipendieninitiative Nordrhein: Auf 100 Stipendien erhöht

Die KV Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassenverbände haben beschlossen, die 2012 eingeführte gemeinsame Stipendieninitiative gegen den Hausärztemangel und für die Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses im Jahr 2014 fortzuführen. Aufgrund der großen Zustimmung beim ärztlichen Nachwuchs wollen alle Beteiligten mit dieser Initiative auch künftig dem drohenden Mangel an Hausärzten begegnen.

Wegen der größer werdenden Nachfrage erfolgt eine Erhöhung auf 100 statt der bisherigen 60 maximal jährlich zu vergebenden Stipendien. Vergeben werden 34 Stipendien im ersten Tertial und jeweils 33 Stipendien im zweiten und dritten Tertial eines jeden Jahres nach den bestehenden Förderkriterien.

Mehr Informationen und die Antragsunterlagen finden Sie unter www.kvno.de | [KV | 131219](tel:0211131219)

Zusätzliches Präventionsangebot Kinderrichtlinien U10/U11



Die AOK Nordwest übernimmt ab dem 4. Quartal 2013 die Kosten bei Inanspruchnahme des erweiterten Präventionsangebot U10/U11 nach der Vereinbarung zwischen der KV Nordrhein, dem Bundesverband der Jugend- und Kinderärzte (BVJK) und der AOK Rheinland/Hamburg. Die Honorierung erfolgt außerhalb der Regelleistungsvolumen und der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

BKK Kassana kündigt Vereinbarung Vorsorge Gynäkologie

Die BKK Kassana hat die Vereinbarung zur Abrechnung gynäkologischer Vorsorgeleistungen zum 31. Dezember 2013 gekündigt. Leistungen nach dieser Vereinbarung können ab 1. Januar 2014 nicht mehr abgerechnet werden.

Versorgung von Soldaten der Bundeswehr

Der Vertrag über die ärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr ist geringfügig geändert worden. Künftig ist die Beauftragung von Laborleistungen für mehrere Heilfürsorgeberechtigte auch als Sammelauftrag möglich. Darüber hinaus wurden einige redaktionelle Änderungen umgesetzt:

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



Bundeswehr-Soldaten bei einer Übung.

- Der Begriff „Bundesamt für das Personalmanagement der Bundeswehr“ ersetzt „Wehrbereichsverwaltung“.
- Alleinige Anschrift der zuständigen Stelle der Bundeswehr für Leistungsabrechnungen ist: Bundesamt für Personalmanagement der Bundeswehr, Referat I 2.3.5, Prötzeler Chaussee 25, 15344 Strausberg.

Den Vertrag im Wortlaut finden Sie unter www.kbv.de | **KV | 131220**

ICD-10-GM 2014: DIMDI veröffentlicht endgültige Fassung

Das DIMDI hat die endgültige Fassung des ICD-10-GM 2014 (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesund-

heitsprobleme, German Modification) veröffentlicht.

In die neue Version, flossen die Änderungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein. Darüber hinaus wurden 64 Vorschläge, zumeist von Fachgesellschaften, Fachleuten aus Ärzteschaft, Krankenkassen und Kliniken sowie Organisationen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, berücksichtigt.

Die wichtigsten Änderungen in der Version 2014:

- Insuffizienzen von Anastomosen und Nähten: Neue Schlüsselnummern für Zustände nach Operationen an Trachea, Bronchien und Lunge
- Weibliche Genitalverstümmelung: Einführung der WHO-Klassifikation
- Blutgerinnungsstörungen: Aufnahme sekundärer Schlüsselnummern.

Der Kommentar im Vorspann des Systematischen Verzeichnisses erläutert wichtige Neuerungen in den einzelnen Kapiteln.

Alle Änderungen im Detail sind in der Aktualisierungsliste enthalten. Die Differenzliste enthält die Veränderungen der endgültigen Fassung gegenüber der Vorabversion.

Ergänzende Informationen finden Sie unter www.dimdi.de | **KV | 131220**

Arznei- und Heilmittelvereinbarung 2014 noch nicht verhandelt

Die Verhandlungen zur Arznei- und Heilmittelvereinbarung waren bis zum Redaktionsschluss noch nicht abgeschlossen. Bis neue Vereinbarungen vorliegen, gelten die Vereinbarungen und die Richtgrößen des laufenden Jahres weiter. Nach den Vorgaben des Sozialgesetzbuches verhandeln die

Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen auf Landesebene je eine Vereinbarung über das Ausgabenvolumen für Arzneimittel und Verbandstoffe sowie für Heilmittel. Auf der Basis der Veränderungen des jeweiligen Ausgabenvolumens werden ebenfalls die Richtgrößen neu berechnet.

Polio in Syrien – Impfungen für Erwachsene

Das Robert Koch-Institut (RKI) weist auf die Impfeempfehlungen für Poliomyelitis hin, da in Syrien Polio-Fälle aufgetreten sind und infizierte Personen nach Deutschland kommen können. Nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) sollen Ärzte bei fehlenden oder lückenhaften Impfdokumenten die für den Patienten empfohlenen (indizierten) Impfungen durchführen. Es ist ungefährlich, wenn eine Impfung trotz eines bestehenden Impfschutzes erfolgt. Als durch-

geführt gelten grundsätzlich nur solche Impfungen, die auch dokumentiert sind; Titerkontrollen zur Prüfung des Impfschutzes sind nur in Ausnahmefällen angezeigt.

Auffrisch- und Nachholimpfungen

Für Polio sollten alle Personen mit fehlender oder unvollständiger Grundimmunisierung eine Standard-/Auffrischimpfung erhalten. Ferner besteht für Aussiedler, Flüchtlinge und Asylbewerber, die in Gemeinschaftsunter-

Impfeempfehlungen der STIKO für Erwachsene

Auffrischimpfungen/Nachholimpfungen	
Tetanus	alle 10 Jahre
Diphtherie	alle 10 Jahre
Pertussis	einmalig
Polio	bei fehlender oder unvollständiger Grundimmunisierung
Masern	für nach 1970 geborene \geq 18 Jahre, einmalig für
	■ ungeimpfte
	■ in der Kindheit nur einmal geimpfte
	■ Personen, die einen unklaren Impfstatus haben
Standardimpfungen für über 60-Jährige	
Grippe/ Influenza	jährlich
Pneumokokken	einmalig
Indikationsimpfungen bei Kinderwunsch	
Röteln	bei seronegativen Frauen
Varizellen	bei seronegativen Frauen
Pertussis	zusätzlich bei engen Kontaktpersonen
Indikationsimpfungen bei Grunderkrankungen (Beispiele)	
Pneumokokken	z. B. bei chronischen Erkrankungen, ggf. alle fünf Jahre
Hib, Meningokokken, Pneumokokken	bei Splenektomie
Hepatitis A	z. B. bei Hämophilie
Hepatitis B	z. B. bei Hämophilie
Berufliche Indikationen (Beispiele)*	
Hepatitis B	z. B. bei Einrichtungen zur medizinischen Untersuchung
Grippe/ Influenza	z. B. medizinisches Personal in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr. Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute Risikopersonen fungieren können
Reiseimpfungen*	
	z. B. Meningokokken vor einer Pilgerreise nach Mekka

*keine GKV-Pflichtleistung

künftigen Leben, bei Einreise aus Gebieten mit Poliomyelitis-Risiko eine Indikation für eine Auffrischimpfung.

Impfungen gegen Tetanus und Diphtherie sollen alle zehn Jahre aufgefrischt werden. Die STIKO empfiehlt darüber hinaus, dass alle Erwachsenen die nächste fällige Tetanus-Diphtherie (Td) Impfung einmalig als Tdap-erhalten. Bei jeder Auffrischimpfung mit Td (auch im Verletzungsfall) sollten Sie die Indikation für eine Pertussis-Impfung prüfen und gegebenenfalls einen Kombinationsimpfstoff einsetzen. Bei zusätzlich bestehender Indikation sollte eine Tdap-Polio-Impfung durchgeführt werden.

Für Hepatitis B sollten Auffrischimpfungen auf Risikogruppen beschränkt werden. Eine Masern-Mumps-Röteln-Impfung sollte für alle nach 1970 geborenen Erwachsenen nachgeholt werden, wenn der Impfstatus unklar ist, sie nicht geimpft wurden oder nur eine Impfung in der Kindheit erfolgte.

Für über 60-Jährige empfiehlt die STIKO eine jährliche Grippe-Impfung. Ferner wird für über 60-Jährige eine einmalige Impfung gegen Pneumokokken empfohlen. Andere Impfungen, beispielsweise gegen die Gürtelrose, sind in der Diskussion – werden jedoch von der STIKO noch nicht empfohlen. Weitere Indikationsimpfungen bestehen für Frauen mit Kinderwunsch, bei Personen mit Grunderkrankungen und zum Teil als berufliche Indikation. Eine neue Empfehlung zur Influenza-Impfung sprach die STIKO für Personen aus, die als Infektionsquelle für die von ihnen betreuten Risikopersonen fungieren können.

Impfstoffe für Impfungen, die als Standard- oder Indikationsimpfungen in der Schutzimpfungs-Richtlinie genannt werden, können Praxen über den Sprechstundenbedarf beziehen. Einzelne Krankenkassen bieten zusätzliche Impfungen als Satzungsleistung an; diese Impfungen verordnen Sie auf den Namen des Patienten.

■ DR. HOLGER NEYE

Weitere Informationen zu Impfungen finden Sie unter www.kvno.de
KV | 13122

KVNO extra zu Heilmitteln verfügbar



Eine neue Ausgabe KVNO extra zur Verordnung von Heilmitteln stellt die Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein online und gedruckt zur Verfügung.

Das Heft stellt die Richtlinie inklusive Heilmittelkatalog dar und greift Fragen aus den Praxen auf.

Sie finden es unter www.kvno.de

Gerne senden wir Ihnen die Druckfassung der Broschüre zu. Bitte wenden Sie sich bei Bedarf an:

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

Kontakt

Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail pharma@kvno.de

Hilfsmittelberatung

Telefon 0211 5970 8070

Telefax 0211 5970 8287

E-Mail patricia.shadiakhy@kvno.de

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396

Telefax 0211 5970 9396

E-Mail margit.karls@kvno.de

Gültigkeit der Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

<p>Abgabe von Arzneimittel (Muster 16)</p> <ul style="list-style-type: none"> Primärkassen <ul style="list-style-type: none"> Ersatzkassen 	<p>Eine Verordnung darf nur innerhalb eines Monats* nach der Ausstellung beliefert werden; dies gilt auch für den Sprechstundenbedarf.</p> <p>Ausnahme: Bei glaubhafter unvermeidbarer Fristüberschreitung aus Gründen der Herstellung, Beschaffung oder Genehmigung. Wird ein Rezept im zweiten Monat nach Ausstellung in der Apotheke vorgelegt, darf der Apotheker das Rezept nur im Ausnahmefall beliefern - und zwar nach Rücksprache mit dem Arzt.</p> <p>Die Apotheke darf die rezeptierten Mittel nur abgeben, wenn die Verordnung innerhalb von einem Monat* nach Ausstellung der Verordnung in der Apotheke vorgelegt wird.</p>
<p>BtM-Verordnung</p>	<p>Eine gültige BtM-Verschreibung darf die Apotheke nur bis zum 8. Tag (inklusive Verschreibungsdatum) beliefern.</p>
<p>T-Rezept (Verordnung von thalidomid- oder lenalidomidhaltiger Arzneimittel)</p>	<p>Die Gültigkeit entsprechender Verschreibungen endet am sechsten Tag nach dem Ausstellungsdatum.</p>
<p>Privat-Verordnung</p>	<p>Belieferung innerhalb von drei Monaten möglich, sofern der Arzt keine andere Gültigkeitsdauer auf der Verordnung angibt.</p>
<p>Heilmittel-Verordnung (Muster 13, 14, 18)</p>	<p>Wenn die Praxis auf dem Verordnungsaufdruck keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen, bei Podologen innerhalb von 28 Tagen.</p> <p>Ist eine Genehmigung einzuholen, beginnt die Frist mit dem Genehmigungszeitpunkt. Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.</p>
<p>Hilfsmittel-Verordnung (Muster 16)</p>	<p>Innerhalb von 28 Kalendertagen nach Ausstellung der Verordnung, sonst verliert die Verordnung ihre Gültigkeit. Wenn der Leistungsantrag innerhalb dieses Zeitraums bei der Krankenkasse eingeht, gilt die Frist als gewahrt.</p>

*Berechnung der Monatsfrist: Die Frist endet mit Ablauf des Monatstages, der dem Tag der Ausstellung entspricht. Beispiel: Ist das Rezept am 6. Mai ausgestellt, endet die Belieferungsfrist am 6. Juni. Fehlt der entsprechende Monatstag, endet die Frist mit Ablauf des letzten Monatstages. Beispiel: Die Frist für ein Rezept, das am 30. Januar ausgestellt wurde, endet am 28. Februar.

800.000 Patienten in Programmen

Der neue Qualitätsbericht der Nordrheinischen Gemeinsamen Einrichtung Disease-Management-Programme (DMP) zeigt: Die Zunahme chronischer Krankheiten in der Bevölkerung spiegelt sich auch in den Teilnehmerzahlen der DMP wider. 2,7 Prozent mehr Patienten als im Jahr zuvor waren 2012 in den DMP eingeschrieben.

Die Stärke des Qualitätsberichtes liegt in der differenzierten Auswertung, die in Deutschland einzigartig ist. Die Partner der Gemeinsamen Einrichtung (KV Nordrhein, Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft) haben das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) mit dieser Analyse beauftragt.

Mit dem Bericht erhält die Fachöffentlichkeit nicht nur Informationen zur generellen Erreichung der Qualitätsziele, sondern auch detaillierte Aussagen zu Teilgruppen der Patienten (nach Alter, Geschlecht oder klinischen Merkmalen) und Regionen.

Analysen regionaler Unterschiede

Regionale Analysen bilden seit zwei Jahren eine Spezialität der Auswertung nordrheinischer DMP-Daten. Der diesjährige Bericht enthält neue Aspekte, zum Beispiel nach Kreisen differenzierte Teilnahmequoten, Überweisungen und Schulungen. So treten in mehreren DMP regionale Unterschiede sowohl bei der Erreichung der Qualitätsziele als auch bei der Schulungswahrnehmung auf.

Andere wichtige Kennzahlen wie die Vermeidung stationärer Notfälle im DMP Asthma, zeigen eine einheitlich hohe Qualität der Versorgung. Die Ursachen regionaler Besonderheiten erschließen sich nicht unmittelbar aus den DMP-Daten, bieten aber Diskussionsstoff für Qualitätszirkel.

Von Zeit zu Zeit stehen die DMP in der Kritik. Während früher hauptsächlich das Fehlen ei-

ner randomisiert kontrollierten Studie vor Einführen der Programme beklagt wurde, gehen einzelne Institute heute noch weiter und stellen die Validität der DMP-Dokumentation insgesamt in Frage. Sicherlich lassen sich Fehler in den Dokumentationen nicht ausschließen. Jede Abweichung von den ebenfalls fehlerbehafteten Routinedaten der Krankenkassen als Mängel zu klassifizieren, diskreditiert jedoch die Anstrengungen für Qualitätssicherung, die in den letzten Jahren in den DMP-Praxen unternommen wurden.

DMP erfolgreich

Berichte über Endpunkte werfen ein anderes Licht auf den Nutzen der Behandlungsprogramme für die Patienten: Aktuelle Daten aus Schottland zeigen, dass das nordrheinische Diabetes-DMP recht gut abschneidet.

Zur Einordnung der Befunde aus den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 eignet sich das schottische Diabetesregister. Seit über zehn Jahren erfasst es nahezu alle Diabetiker in Schottland: aktuell rund 259.000 bei 5,3 Millionen Einwohnern. Die wichtigsten Ergebnisse aus diesem Register sind jüngst veröffentlicht worden (Scottish Diabetes Survey 2012) und über das Internet zugänglich.

Die schottischen Daten stammen aus 997 Praxen für Allgemein- und Familienmedizin sowie aus 39 Diabeteskliniken. Neben Daten zur Prävalenz und zur Mortalität werden in dem Register wichtige prozessuale Aspekte

der Diabetesbetreuung für jede der 15 Provinzen Schottlands untersucht.

Demnach beträgt die Diabetesprävalenz in Schottland 4,9 Prozent; 11,2 Prozent aller schottischen Diabetiker sind dem Typ 1 Diabetes mellitus zuzurechnen. Die Mortalität der Diabetiker pro Jahr beträgt 3,6 und schwankt zwischen den Provinzen zwischen 2,8 (Shetland) und 4,4 Prozent (Äußere Hebriden).

Von den ergebnisbezogenen Kennwerten her scheint in Schottland ein höherer Anteil von Patienten eine Adipositas vom Grad I und höher aufzuweisen. Ebenso auffällig: der Unterschied bei den HbA1c-Werten, wobei hier auch labortechnische Differenzen den direkten Vergleich erschweren mögen.

Der Anteil der Patienten mit einem Herzinfarkt in der Vorgeschichte ist in Schottland deutlich höher als im DMP Nordrhein, während hierzulande ähnlich viele Patienten einen Schlaganfall erlitten haben. Hinsichtlich der Amputationsraten wird der gleiche Kennwert für den Anteil der Betroffenen ausgewiesen wie er auch im DMP Nordrhein ermittelt werden konnte (0,7 Prozent).

Das Register hebt ähnlich wie die deutschen DMP auf die regelmäßige Durchführung bestimmter klinischer und labortechnischer Untersuchungen ab. Geprüft wird in der Regel die Dokumentation entsprechender Untersuchungen innerhalb eines 15 monatigen Zeitraums. Vergleicht man für die Typ 2 - Diabetiker den Anteil der Untersuchten innerhalb dieses Zeitraums, so liegen die Daten aus Nordrhein mit den aus Schottland berichteten Maßnahmen gleichauf. Gelegentlich hebt sich das DMP Nordrhein besser ab (Fußpulse). Andererseits führen schottische Ärzte bei deutlich mehr Patienten als in Nordrhein eine Mikroalbuminurie Prüfung und eine Funduskopie durch.

■ DR. LUTZ ALTENHOFEN | MIGUEL TAMAYO

Den DMP-Bericht finden Sie unter www.kvno.de | KV | 131225

DMP-Teilnehmer in Nordrhein

DMP	Patienten	Veränderung zum Vorjahr
Diabetes Typ 2	487.663	3,5 %
KHK	228.411	2,6 %
COPD	103.641	4,8 %
Asthma bronchiale	93.064	3,2 %
Diabetes Typ 1	21.415	4,9 %
Brustkrebs	15.626	- 2,1 %
Gesamt	796.085	2,7 %

Stand: 31. Dezember 2012

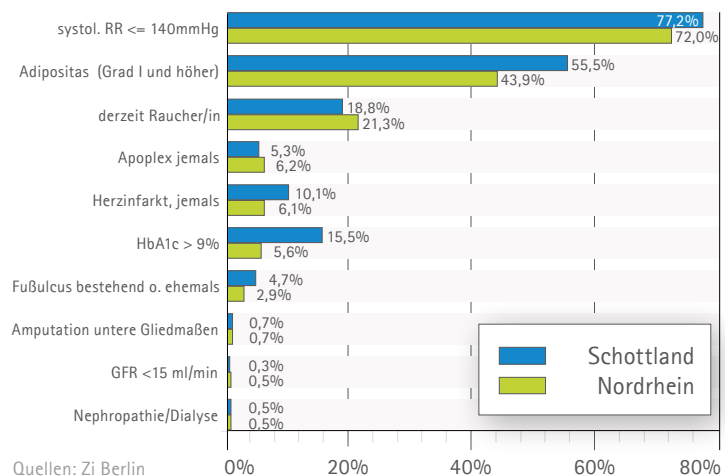
Strukturqualität durch gute Erreichbarkeit

Standorte diabetischer Schwerpunktpraxen und Krankenhäuser im DMP Diabetes.



Nordrhein schlägt Schottland

Vergleich ausgewählter Endpunkte der DMP-Teilnehmer in Nordrhein im Vergleich zu schottischen Diabetikern



Fortbildung unbedingt nachweisen

Vertragsärzte und -psychotherapeuten müssen nachweisen, dass sie ihrer Fortbildungspflicht nachkommen. Dies gilt auch für angestellte Ärzte und Psychotherapeuten, die gesetzlich versicherte Patienten behandeln. Wenn in einem Medizinischen Versorgungszentrum ein angestellter Arzt oder Psychotherapeut die erforderlichen Punkte nicht nachweisen kann, trifft dies das Honorar aller dort tätigen. Das gilt analog für Praxen mit angestellten Ärzten.

Ärzte und Psychotherapeuten müssen, unabhängig davon, ob sie niedergelassen, ermächtigt oder angestellt sind, alle fünf Jahre mindestens 250 Fortbildungspunkte gesammelt haben – und den Erwerb gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen. Dafür dient ein Zertifikat der Ärzte- bzw. Psychotherapeutenkammer, die auch die Punktekonten führen.

Bis zu 25 % Kürzung

Wenn der Nachweis nicht oder unvollständig erbracht wird, sieht das Gesetz eine Kürzung des vertragsärztlichen Honorars vor. Die Kürzung beträgt in den ersten vier Quartalen, die auf den Fünfjahreszeitraum folgen, zehn Prozent. Ab dem fünften Quartal schreibt das Sozialge-

setzbuch vor, ein Viertel des Honorars zu kürzen. Die Sanktion endet mit Ablauf des Quartals, in dem der Arzt oder Psychotherapeut den vollständigen Fortbildungsnachweis erbringt.

In der Vergangenheit hat die KV Nordrhein Kürzungen arztbezogen und damit anteilig berechnet. Dies kann aufgrund der gesetzlichen Regelung (Sozialgesetzbuch V § 95d Absatz 5 Satz 4) leider nicht beibehalten werden. Eventuelle Kürzungen treffen demnach in Einrichtungen (zum Beispiel Medizinischen Versorgungszentren) alle Mitglieder und bei einem angestellten Arzt auch den Anstellenden sowie die anderen Angestellten.

Bitte weisen Sie den Erwerb von mindestens 250 Fortbildungspunkten für alle in einer Einrichtung tätigen Vertragsärzte und -psychotherapeuten fristgerecht nach. Achten Sie beim Abschluss von Anstellungsverträgen darauf, dass der angestellte Arzt seine Fortbildungspunkte sammelt. Die KV Nordrhein erinnert jedes nachweispflichtige Mitglied mindestens drei Monate vor Ablauf der Frist an die ausstehende Erfüllung der Fortbildungspflicht.

Übrigens: Zum ersten Stichtag des Fortbildungsnachweises am 30. Juni 2009 sind über 97 Prozent der Vertragsärzte/-psychotherapeuten ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachgekommen. Nach Ablauf der zweijährigen Nachholfrist waren es bundesweit über 99 Prozent.

■ NAU | SCHL

Fragen und Antworten zur Fortbildungspflicht

Was passiert, wenn ein angestellter Arzt oder Psychotherapeut in einem MVZ die Fortbildungspflicht nicht erfüllt?

In diesem Fall kürzt die KV Nordrhein das Honorar des gesamten Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ).

Findet eine Honorarkürzung statt, wenn sich ein angestellter Arzt nicht ausreichend fortbildet?

Ja. Es wird das Honorar des angestellten Arztes gekürzt, das Honorar des Anstellenden und die Honorare aller bei diesem Arzt angestellten Ärzte.

Welche Regeln gelten für Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften?

Für die Partner in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) ohne Angestellte bleibt es wie bisher: Die Kürzung findet individuell statt, wenn der Fortbildungsnachweis fehlt.

Mehr Fragen und Antworten rund um den Nachweis der Fortbildungspflicht finden Sie unter www.kbv.de | **KV 131226**

Telemedizin im Fokus

Mit 132.000 Besuchern endete am 23. November 2013 die Medizintechnikmesse Medica in Düsseldorf. Vier Tage lang präsentierten über 4.600 Aussteller Innovationen aus der Branche und Experten diskutierten aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen. Einen Schwerpunkt bildeten zukunftsweisende IT-Trends.

Ein Diabetiker misst zu Hause seinen Blutzuckerspiegel und übermittelt die Werte über eine App auf seinem Smartphone an den Hausarzt. Was vor einigen Jahren noch als Zukunftsmusik galt, ist heute in Modellprojekten bereits Realität. Über IT-gestützte Anwendungen können Patienten in den Behandlungsverlauf eingebunden werden, ohne ihren Arzt persönlich aufsuchen zu müssen. „Davon profitieren vor allem Patienten in ländlichen Regionen, weil sie sich den einen oder anderen längeren Anfahrtsweg zum Arzt ersparen können“, erklärt Veronika Strotbaum, Projektmitarbeiterin am Zentrum für Telematik und Telemedizin (ZTG) in Bochum auf der Messe.

Doch nicht nur Patienten können von modernen Technologien profitieren, sondern auch Ärzte. Auf der Medica stellte das ZTG Projekte zur elektronischen Dokumentation und Kommunikation zur Arzneimitteltherapie-Sicherheit vor. Dieser Aspekt gewinnt angesichts des demographischen Wandels und dem damit verbundenen Anstieg chronisch kranker und multimorbider Patienten eine immer bedeutendere Rolle.

Sicher verordnen

Eines der Projekte heißt „Arzneimittelkonto NRW“. Dabei handelt es sich um eine Software, die eine gemeinsame Informationsbasis für Ärzte, Patienten, Angehörige und Pflegekräfte bietet. Über den Hausarzt erhält der teilnehmende Patient einen persönlichen Zugang zu seinem Arzneimittelkonto. Nach der Eingabe verordneter und selbst erworbener Medikamente er-

folgt eine Risikoprüfung auf mögliche Interaktionen oder Kontraindikationen.

Weiter verbreitet ist bereits der Einsatz von Videokonferenzen zum Austausch von Behandlungsmethoden zwischen Ärzten. Das funktioniert auch mobil per Smartphone und Tablet. Alles, was dazu benötigt wird, ist eine entsprechende App sowie eine Einladung per E-Mail zur Teilnahme an der Konferenz. Eine sichere Datenübertragung sei dabei selbstverständlich, versichern Hersteller entsprechender IT-Lösungen.

Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien könnten künftig dazu beitragen, die Versorgungsstruktur sowie die Qualität der Behandlung zu optimieren. Doch es wird noch dauern, bis IT-basierte Entwicklungen in Diagnostik und Versorgung Alltag werden. „In Deutschland darf Telemedizin bisher nur ergänzend und nach einer persönlichen Diagnose des Arztes eingesetzt werden“, sagt Strotbaum vom ZTG. Wichtig für den verbreiteten Einsatz von telemedizinischen Instrumenten sei unter anderem eine einfache Handhabung der Technik. Auch die Vergütung spielt eine Rolle. Eine Rahmenvereinbarung gibt es schon – aber noch keine spezifischen EBM-Nummern. ■ HEI



Die weltweit größte Medizinmesse lockte in diesem Jahr 132.000 Besucher nach Düsseldorf.

Patienten fragen – Experten antworten

Wie kann man Rückenschmerzen vorbeugen? Können Blutdruckmedikamente Allergien verursachen? Das sind nur zwei Fragen aus den Arzt-Patienten-Veranstaltungen, die die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein im Raum Düsseldorf regelmäßig anbietet. Das erfolgreiche Patienten-Programm läuft künftig auch in Köln.

In Kooperation mit der Rheinischen Post (RP) veranstaltet die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein bereits seit 2006 Ratgeber-Veranstaltungen für Interessierte und Patienten. Behandelt werden in der Themenreihe chronische Erkrankungen wie Bluthochdruck, Rückenschmerzen oder Burnout. Die 35. „Sprechstunde“ mit dem Thema „Neue Therapien bei Neurodermitis und Schuppenflechte“ fand am 4. Dezember in Düsseldorf statt – wie immer mittwochs von 18 bis 20 Uhr.

tips in Zeitschriften und Internetportalen qualitativ deutlich ab. Im Anschluss an den offiziellen Teil haben die Besucher Gelegenheit, Fragen an die Experten zu stellen. Begleitet werden die Themenabende von Ansprechpartnern der Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA) und dem Patienteninformationsdienst (PID), die weiterführende Informationen bereithalten.

Mit jährlich fünf Angeboten und durchschnittlich 150 bis 200 Teilnehmern pro Veranstaltung gehört die Reihe zu den bekanntesten Düsseldorfer Informationsveranstaltungen zu medizinischen Themen. Die Veranstaltungen bieten für das Haus der Ärzteschaft, in dem die meisten Ratgeber-Termine stattfinden, eine gute Gelegenheit, sich als Forum zu präsentieren – nicht nur für Mediziner und medizinisches Fachpersonal.

Köln: Gesundheit im Gespräch

Bestärkt durch die kontinuierliche Nachfrage wird das Veranstaltungskonzept ab 2014 auch in Köln angeboten. Kooperationspartner der neuen Reihe „Gesundheit im Gespräch“ ist die Volkshochschule (VHS) Köln, deren Programm ab Mitte Dezember weitere Veranstaltungsinfos bietet.

Ob Düsseldorf oder Köln, das Konzept der Veranstaltungen bleibt gleich. Ärzte stellen Ursachen, Symptome und Diagnose- und Therapieverfahren vor; Patienten und Interessierte können gezielt nachfragen. ■ IBO

Veranstaltungen 2014

Folgende Themen stehen im kommenden Jahr auf der Agenda:

Ratgeber Gesundheit [Düsseldorf]

- 5. Februar | Allergien
- 4. Juni | Nierenerkrankungen
- 3. September | Wechseljahre
- 5. November | Tinnitus

Gesundheit im Gespräch [Köln]

- 19. März | Allergien | Bezirksstelle Köln, Sedanstraße 10-16
- 25. Juni | Bluthochdruck | Forum Volkshochschule im Museum, Cäcilienstraße 29-33

Wer Interesse hat, als Referent an einer der Veranstaltungen teilzunehmen, kann sich melden bei

Ingrid Bollmann

Telefon 0211 5970 8281

E-Mail ingrid.bollmann@kvno.de

Die Themen werden unter primär- und spezialärztlichen Aspekten von einem Haus- und zwei Fachärzten geschildert. Die Moderation übernimmt Natascha Plankermann, eine freie Journalistin der Rheinischen Post.

Das Format hat den Anspruch, ein gesundheitliches Problem für medizinische Laien verständlich darzustellen. Als Fachinformationen aus erster Hand heben sich dabei die Patientenvorträge von Gesundheits-

Wenn Husten gefährlich wird

Ob lautes „Bellen“ oder krächzendes Röcheln – ein hartnäckiger Husten äußert sich auf verschiedene Weise und lässt Patienten über Wochen leiden. Kein Wunder also, dass der Kaisersaal im Mönchengladbacher Haus der Erholung bei der Ratgeberveranstaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der Rheinischen Post (RP) gefüllt war: Viele Betroffene suchten Rat und Hilfe zum Thema „Wenn Husten gefährlich wird“ bei den Referenten Dr. Mathias Jorde, Dr. M. Hemat Hamayon und Norbert Mülleneisen.

Husten ist ein Symptom und keine eigenständige Krankheit – diese Feststellung ist dem Solinger Internisten Norbert Mülleneisen besonders wichtig. Denn für ihn und seine Kollegen, den Mönchengladbacher Internisten Dr. Mathias Jorde und den Lungenfacharzt Dr. M. Hamayon Hemat, geht es bei jedem Patienten, der keuchend oder röchelnd in die Praxis kommt, um die Ursache, die dahinter steckt.

Häufig ist es eine Nasennebenhöhlenentzündung oder ein Infekt, der sich durch Schonung, mithilfe von schleimlösenden, pflanzlichen Mitteln und vitaminreicher Kost mit Südfrüchten bekämpfen lässt. Jorde: „Man muss nicht gleich zu Antibiotika greifen, um trotz der Erkrankung weiterarbeiten zu können. Besser ist es, dem Körper Ruhe zu gönnen, statt den Infekt zu verschleppen.“ Er riet dem Publikum zudem, sich vorsorglich gegen Grippe und Pneumokokken impfen zu lassen.

Achtung ab acht Wochen

Norbert Mülleneisen und Hamayon Hemat erläuterten den Zuhörern, weshalb es so wichtig ist, tiefer gehende Untersuchungen einzuleiten, wenn der Husten länger als acht Wochen andauert: Es gilt, ein mögliches Asthma, eine Allergie oder eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) zu diagnostizieren und zu bekämpfen. Weitere Ursachen, die dahinter stecken, können Sodbrennen, eingeatmete Gegenstände oder gar Bronchialtumore sein.



Husten ist ein Symptom – bei vielen möglichen Krankheiten, die dahinter stecken können.

Auch Medikamente wie ACE-Hemmer verursachen zuweilen Husten als Nebenwirkung, wie Norbert Mülleneisen erklärte.

Hamayon Hemat macht die Unterschiede zwischen Asthma, Bronchitis sowie chronischer Bronchitis deutlich. Viele Fälle von COPD würden nicht oder falsch diagnostiziert. Schlechend entstehe auf diese Weise im Lauf der Jahre der sogenannte AHA-Effekt (steht für Atemnot, Husten, Auswurf) – die häufigste Ursache sei das Rauchen. COPD wird in verschiedene Stadien eingeteilt und entsprechend behandelt, wobei die Raucherentwöhnung das wichtigste Ziel ist. ■ PLA

Unzureichende Aufklärung kann teuer werden

Schadenersatz und Schmerzensgeld

Wer sich an die Regeln der Richtlinien hält, ist vor Schadenersatz-Forderungen gefeit – selbst wenn bei der Untersuchung ein Karzinom nicht erkannt wird. So urteilte das Oberlandesgericht Köln. Ein Chirurg dagegen musste nach einem Urteil des Oberlandesgerichts Hamm 220.000 Euro Schmerzensgeld zahlen, weil er einen Patienten unzureichend aufgeklärt hatte und bei der Untersuchung der Darm perforiert wurde.

Der Patient stellte sich wegen Blut im Stuhl vor, der Chirurg führte daraufhin im November 2007 bei dem 48-jährigen Patienten eine Koloskopie durch und trug Polypen ab. Dabei passierte die Darmperforation, die notfallmäßig operiert werden musste. Weitere Operationen wurden wegen einer Bauchfellentzündung notwendig. Schließlich musste der Patient mehrere Monate lang intensiv-medizinisch behandelt und ein künstlicher Darmausgang gelegt werden. Er ist seitdem zu 100 Prozent behindert und wurde frühberentet. Vom Chirurgen verlangte er anschließend Schmerzensgeld.

Die Entscheidung darüber fällte das Oberlandesgericht (OLG) Hamm am 3. September 2013 (Az.: - 26 U 85/12 -). 220.000 Euro muss der Chirurg zahlen. Die Höhe war nach Ansicht des Gerichts durch den komplikationsträchtigen Verlauf mit einer langen Behandlungszeit und bleibenden Beeinträchtigungen, die zu einer Frühberentung geführt hätten, gerechtfertigt. Zudem gingen die Richter davon aus, dass der Arzt den Kläger ohne ausreichende Aufklärung behandelt hatte – wegen der schwerwiegenden und lebensbedrohlichen Risiken sei aber über das Risiko einer Darmperforation aufzuklären.

Dem Arzt gelang es nicht, die Richter davon zu überzeugen, dass er ordnungsgemäß auf-

geklärt habe. Zum Nachweis legte der Chirurg eine vom Patienten unterzeichnete Einverständniserklärung vor. Nach dem vorgelegten Teil der Erklärung sei unter anderem auf „die mit dem Eingriff verbundenen unvermeidbaren nachteiligen Folgen, mögliche Risiken und Komplikationsverfahren“ hingewiesen worden.

Allgemeinplätze reichen nicht

Die Richter befanden, dass eine solche allgemein gehaltene Erklärung weithin inhaltslos und verharmlosend sei. Der schriftlichen Einverständniserklärung sei nicht zu entnehmen, dass die Erklärung vom Patienten gelesen, von ihm verstanden oder mit ihm erörtert worden sei. Auch ließ die Einverständniserklärung nicht erkennen, dass auf das Risiko der Darmperforation hingewiesen worden sei. Der Patient legte hingegen für das Gericht plausibel dar, dass er sich im Falle einer ordnungsgemäßen Aufklärung den Eingriff nochmal überlegt, mit einem anderen Arzt oder Verwandten besprochen oder eine andere Klinik aufgesucht hätte.

Dieses rechtskräftige Urteil führt noch einmal vor Augen, wie wichtig die Risikoaufklärung ist und dass die Vorlage einer vorformulierten Einverständniserklärungen im Zweifel nicht ausreicht. Ein mündliches Aufklärungs-

gespräch ist unabdingbar – und es muss dokumentiert werden. Schriftliche Unterlagen können Praxen zu Aufklärungszwecken lediglich ergänzend hinzuziehen.

Richtlinien beachten – das schützt

Wie schützend das Beachten von Richtlinien sein kann, belegt ein Fall, mit dem sich das OLG Köln zu befassen hatte. In dem Verfahren ging es um das Mammographie-Screening, bei dem ein Mamma-Karzinom nicht erkannt wurde – obwohl es ordnungsgemäß durchgeführt wurde. Die klagende Patientin rügte, dass ihr das Ergebnis der Untersuchung nicht vom Arzt erläutert wurde.

Im Urteil vom 19. November 2012 (Az.: - 5 O 102/12 -) entschied das OLG Köln, dass es nicht grob fehlerhaft sei, wenn die Behandlung nach den Richtlinien erfolgt, die den Kontakt zu der Untersuchenden mit einem Arzt nicht vorsehen. Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind vom OLG Köln als rechtmäßig anerkannt worden.

Ein Mammographie-Screening ziele als reine Maßnahme der Früherkennung von Krankheiten auf die systematische Untersuchung prinzipiell asymptomatischer Frauen ab, so das Gericht. Das bedeute, dass diese Früherkennungsmaßnahme gerade nicht auf Frauen fokussiere, die verdächtige Symptome abklären lassen wollten. Das Mammographie-Screening beschränkt sich auf die radiologische Untersuchung und hat das Bedürfnis, eine möglichst große Zahl von Frauen zu erfassen. Bei diesen bestehen in der Regel keine klinischen Auffälligkeiten, weshalb nach den Richtlinien kein persönlicher Kontakt mit einem Arzt vorgesehen ist. Diese Untersuchung könne deswegen nicht mit den Maßstäben einer notwendigen individuellen Behandlung verglichen werden. Aus diesen Gründen lehnte das



OLG Köln die Schadensersatzforderung in Höhe von 30.000 Euro ab.

Die Gerichte sind zurückhaltend, eine falsche Diagnose als Fehler anzusehen. Ein Fehler wird nur dann juristisch geahndet, wenn ein Arzt einen eindeutigen Befund verkennt. In dem entschiedenen Fall hatte die Gynäkologin nach dem Mammographie-Screening eine sonographische Untersuchung durchgeführt und zu einer Kontrolluntersuchung geraten, bei der dann das Mamma-Karzinom diagnostiziert wurde.

Bemerkenswert: Einerseits wertete das OLG Hamm in diesem Jahr es als „grob behandlungsfehlerhaft“, dass ein Gynäkologe bei einer Vorsorgeuntersuchung nicht das Mammographie-Screening empfohlen hatte (wir berichteten). Auf der anderen Seite ist es für den das Screening durchführenden Arzt nicht grob behandlungsfehlerhaft, wenn er nach einem Mammographie-Screening mit einem unklaren Befund das Ergebnis der Untersuchung nicht persönlich mit der Patientin bespricht.

■ IRINA NEULEBEN

Perforationen der Darmwand sind eine seltene, aber lebensgefährliche Komplikation der Darmspiegelung. Das Risiko steigt mit dem Alter der Patienten und bei therapeutischen Endoskopien.

KVNO aktuell: 20 Jahre für die Praxen

Sie ist inzwischen dreimal so dick – und sieht trotzdem besser aus. Das Magazin KVNO aktuell feiert seinen 20sten Geburtstag. Im Editorial der ersten Ausgabe versprochen Dr. Gernot Blum und Dr. Horst Wimmershoff, „Transparenz in allen Fragen der Berufspolitik und Hilfestellungen bei der Bewältigung des Praxisalltags“ zu bieten. Diese Aspekte sind immer noch auf der redaktionellen Agenda – doch es sind weitere hinzugekommen.

Aus den anfänglich 16 wurden regelmäßig über 40 Seiten; inzwischen erscheint das Magazin durchgehend farbig, mit mehr Bildern und Infografiken. 200 Ausgaben sind in den zwei Jahrzehnten erschienen – und es sollen

noch viele mehr werden. Mit dem Internetangebot der Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein ist KVNO aktuell komplett vernetzt, die Leser finden hier viele weiterführende Informationen. An einer optimierten Mobilversion für Tablets und Handys wird gerade gearbeitet.

Doch nicht nur Format und Technik wandeln sich, auch inhaltlich entwickelt sich das Magazin ständig weiter. Sehr erfolgreich läuft zum Beispiel die vor gut einem Jahr eingeführte Rubrik „KVNO kämpft für Sie“. Zusammen mit den Stabsstellen Recht, der Rechts- und der Vertragsabteilung setzt sich die Redaktion direkt für die Praxen ein.

Neue Gesichter für ausgezeichnete Imagekampagne

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) suchen zur Fortsetzung der im April dieses Jahres gestarteten Image-Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, die der Imageoffensive für Großflächenplakate und weitere Formate Gesicht und Stimme leihen.

Die Botschaften und Motive sind auf Großbildflächen in mehr als 250 Städten, in TV und Kino, im Internet und vor Ort in vielen Praxen zu sehen. Mit Erfolg: Bereits nach drei Wochen kannte jeder siebte Bürger mindestens eines der Plakatomotive, inzwischen ist es schon fast jeder fünfte.

Gut an kam die Kampagne auch bei den Juroren des Econ Award, der jedes Jahr für die besten Werbemaßnahmen aus dem Bereich Unternehmenskommunikation vergeben wird und zu den bedeutendsten Auszeichnungen der Branche zählt. Sie verliehen der Kampagne den Econ Award in Silber. Überzeugt hat die Juroren der kreative Ansatz, komplett auf bezahlte Models und weiße Kittel zu verzichten und stattdessen Ärzte und Psychotherapeuten als Mensch und Bürger auf Augenhöhe mit den Patienten sprechen zu lassen. „Diese äußerst überzeugende Kampagne steigert mit ehrlichen Bildern und klaren Worten die öffentliche Anerkennung für einen verantwortungsvollen Beruf“, meinte die Econ-Jury.

Foto-Shooting im Februar 2014



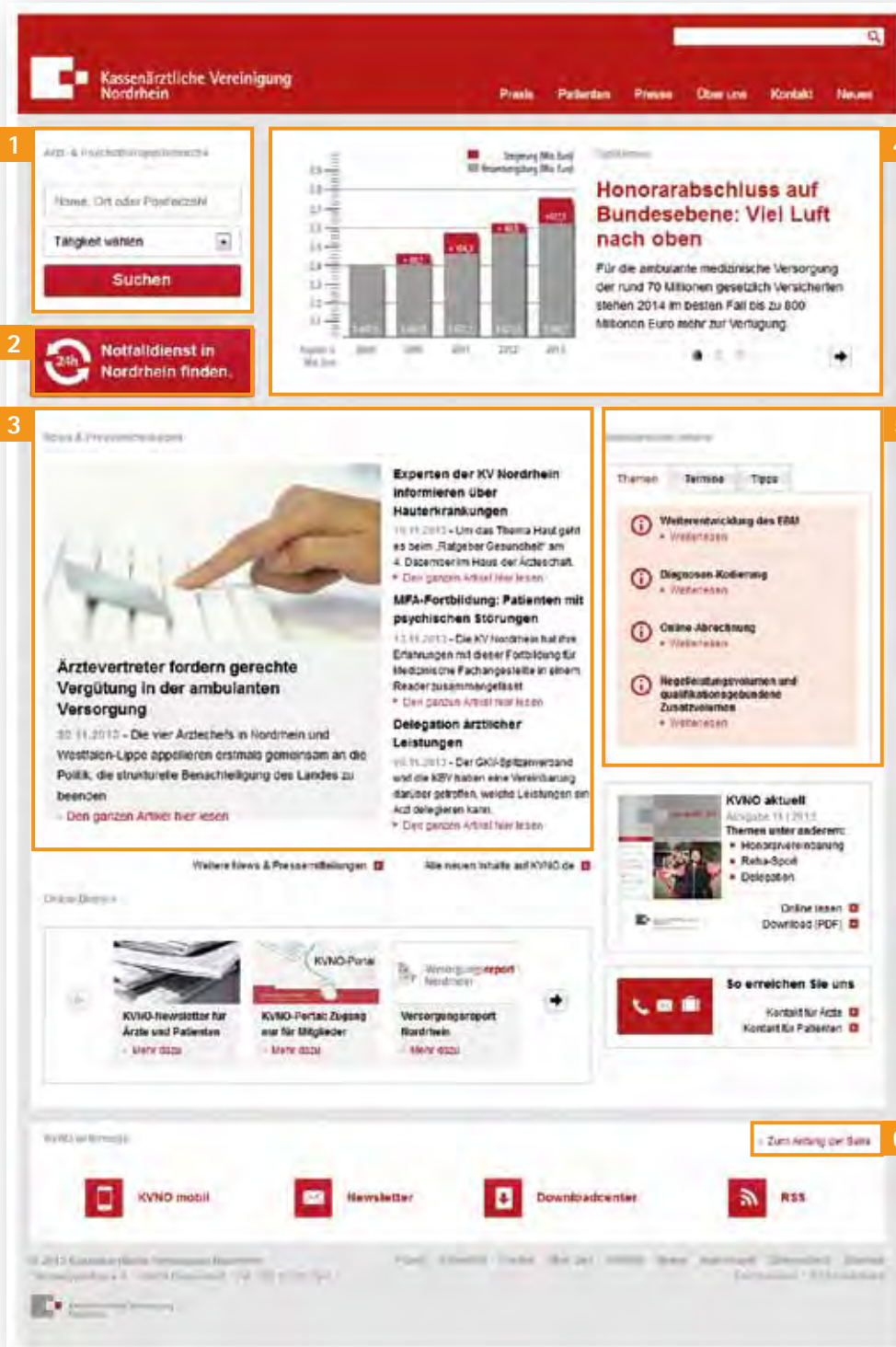
Niedergelassene Ärztinnen, Ärzte und Psychotherapeuten aus Nordrhein-Westfalen haben die Möglichkeit,

am 21. oder 22. Februar 2014 an einem Fotoshooting in Düsseldorf teilzunehmen. Wer etwa zwei Stunden Zeit entbehren kann und Teil der Kampagne werden möchte, kann sich unter kontakt@ihre-aerzte.de bewerben.

Nach dem großen Erfolg von „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ in diesem Jahr sollen die Anliegen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten weiterhin publikumswirksam transportiert werden. Im Fokus wird dabei vor allem die hohe Qualität der ärztlichen und psychothera-

KVNO-Homepage neu gestaltet

Die Startseite des KVNO-Internetangebots ist überarbeitet worden. Die neue Homepage bietet vor allem mehr Raum für aktuelle Themen und noch besseren Service für Praxen und Patienten.



1 Arzt- und Psychotherapeutesuche

Dieses Feld ermöglicht eine noch schnellere Arzt- und Psychotherapeutesuche. Benötigt werden lediglich Name, Ort oder PLZ bzw. ein medizinisches Fachgebiet.

2 Notfalldienst in Nordrhein finden

Um den Zugriff zum Notfalldienst noch schneller zu gewährleisten, finden Sie dieses Feld nun ganz prominent oben links auf der Startseite.

3 News und Pressemitteilungen

An dieser Stelle finden vier aktuelle Themen Platz, eines davon prominent mit einem Foto.

4 Topthemen

Hier finden Sie die drei aktuellen Top-Themen, die automatisch aus- und eingeblendet werden. Natürlich können Sie die Ansicht auch per Mausclick steuern.

5 Meistgelesene Inhalte

Themen (zum Beispiel der EBM, die Regelleistungsvolumen oder Verordnungen), Termine (vor allem Fortbildungen) und Tipps sind farblich hervorgehoben und fallen somit besser ins Auge.

6 Zum Anfang der Seite

Dieser Punkt ist im Hinblick auf die Umsetzung einer mobilen Website für Smartphones und Tablets eingerichtet.

Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?

Vier Monate nach Ablauf des Abrechnungsquartals erhalten die Praxen in Nordrhein ihren Abrechnungsbescheid nebst dazugehörige Unterlagen. Darin enthalten sind viele Informationen, die für die wirtschaftliche Praxisführung wichtig sind. Damit Sie diese nutzen können, stellen wir die wichtigsten Unterlagen vor.

Quartalskonto / Abrechnungsbescheid

Der Abrechnungsbescheid **1** bildet einerseits das gesamte vertragsärztliche Honorar ab und dient andererseits bei Bedarf als rechtliche Grundlage für ein Widerspruchsverfahren. Binnen eines Monats nach Zugang des Bescheides können Sie ein solches schriftlich einleiten.

In Anlehnung an die Grundsätze der doppelten Buchführung ist der Abrechnungsbescheid in eine Gutschriften- und eine Belastungsseite gegliedert, deren Summen am Ende ausgeglichen sind. Auf der Gutschriftenseite sind sämt-

liche Honorare aufgezählt, nach Kostenträgerzugehörigkeit differenziert und unter Angabe des Bezugsquartals dargestellt. Auch Nachvergütungen oder Korrekturen sind hier ersichtlich.

Dem gegenüber steht die Belastungsseite mit diversen Abzügen, zum Beispiel dem Verwaltungskostenbeitrag, den Beiträgen zur Ärzteversorgung oder Honorarkürzungen. Auch die monatlichen Abschlags- sowie Restzahlungen, die die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein für das entsprechende Quartal bereits über-

1 QUARTALSKONTO / ABRECHNUNGSBESCHIED						
						Seite: 1
Betriebsstättennummer:						Abrechnungsquartal: 1/2013
						Ausfertigungsdatum: 23.07.2013
Buchungstext	Beleg-Nr.	Datum	Bezugs-quartal	Fallzahl	Belastungen EUR	Gutschriften EUR
001 VKK Honorar			1/2013	1007		55.620,38
001 VKK Nachvergütung Überschuss Hausärzte	99617	13.06.13	3/2012			931,74
001 VKK Nachvergütung Überschuss Hausärzte	99617	13.06.13	4/2012			1.264,64
060 PBK Honorar			1/2013	1		137,71
220 SVA Honorar			1/2013	1		55,27
440 POL Honorar			1/2013	1		111,14
Gesamthonorar-Saldo				1010		58.120,88
701 Verwaltungskosten 2,3%			1/2013		1.336,78	
757 Beitrag Ärzteversorgung ;	99991	Januar	1/2013		1.242,00	
757 Beitrag Ärzteversorgung ;	99992	Februar	1/2013		1.355,00	
777 A.Konto/Monatliche Rate		10.01.13	1/2013		12.200,00	
777 A.Konto/Monatliche Rate		20.02.13	1/2013		12.600,00	
777 A.Konto/Monatliche Rate		20.06.13	1/2013		15.900,00	
779 Nachvergütung Hausärzte	99617	28.05.13	4/2012		2.139,27	
783 Restzahlung		23.07.13	1/2013		11.347,83	
					58.120,88	58.120,88

2	Vorg. Nr.	Leistungsart	Differenzierung
001		Leistungen, die einer Mengenbegrenzung unterliegen	
001		RLV/QZV Leistungen (nicht abgestaffelt)*	
		abgestaffelte RLV/QZV Leistungen*	
		Summe	
001		Freie Leistungen mit Kontingentierung	
		Dringende Besuche*	
		Summe	
001		Freie Leistungen ohne Kontingentierung	
		Laborwirtschaftlichkeitsbonus*	
001		Besuche und dring. Besuch im Pflegeheim*	
001		Kosten	
001		Laborkosten Kap. 32.2 quotiert	
001		Laborkosten Kap. 32 nicht quotiert	
		Summe	
001		Laborkosten im Zus.mit Gesundheitsunters	
001		Hausarztzentrierte Versorgung	
001		HZV Zuschlag zum Hausbesuch	
001		Summe	
		Kontoauszug	
		Punktanforderung mit *:	
		Gesamthonorar f. Punkte in EUR mit *:	
		Punktwert Patientenquittung in Cent:	

wiesen hat, sind auf der Belastungsseite ausgewiesen.

Quotierung Vertragskassen

Die Abrechnungsunterlage „Quotierung Vertragskassen“ **2** zeigt alle Honorarbestandteile und die ihnen zugeordneten Leistungsbereiche. Zu den Honorarbestandteilen gehören das Regelleistungsvolumen (RLV) und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV), Freie Leistungen mit und ohne Kontingentierung, Einzelleistungen sowie besonders förderungswürdige Leistungen. Nicht auf der Quotierungsliste aufgeführt sind Honorare von sonstigen und besonderen Kostenträgern, zum Beispiel Polizei und Sozialversicherungsabkommen.

Dargestellt sind die einzelnen Leistungsbereiche unter Angabe des anerkannten Leistungsbedarfs. Die Bewertung der Leistung ist entweder in Punkten oder direkt in Euro ausgedrückt, beispielsweise bei Kosten und Labor. Wenn eine Leistung in Punkten bewertet ist, errechnet die KV Nordrhein die Vergütung durch Multiplikation des Leistungsbedarfs mit dem Orientierungspunktwert respektive dem dafür vorgesehenen Punktwert. Ach-

tung: Auch direkt in Euro bewertete Leistungen, wie beispielsweise das Labor, können einer Quotierung unterliegen.

Nachweis zur RLV-Berechnung

Der „Nachweis zur RLV-Berechnung“ **3** erklärt, in welcher Intensität die vor Beginn des Quartals mitgeteilten Regelleistungs- und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen unter- bzw. überschritten wurden. Diese Unterlage ist also komplementär zur Mitteilung der RLV/QZV zu verstehen.

Unterschreitet eine Praxis ihre RLV/QZV, vergütet die KV die Leistungen bis zur erreichten Höhe. Bei einer Überschreitung kommt der Restpunktwert zur Anwendung: Die in Euro ausgedrückte Überschreitung der Regelleistungs- und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen wird mittels des Orientierungspunktwertes zurück in Punkte umgerechnet und im letzten Schritt mit dem Restpunktwert multipliziert.

Anlage zum Nachweis der abgerechneten RLV- und QZV-Leistungen

Die „Anlage zum Nachweis der abgerechneten RLV- und QZV-Leistungen“ beinhaltet die ein-

	anerkannter Leistungsbedarf in PZ / EUR	Punkt- / Quote	Honorar in EUR
	1.042.711,0	3,53630	36.873,39
	351.044,0	0,46256	1.623,79
			38.497,18
	3.095,0	3,28005	101,52
			101,52
	48.336,0	3,53630	1.709,31
	78.825,0	3,53630	2.787,49
	68,35	100,00000	68,35
	21,45	89,18000	19,13
	51,70	100,00000	51,70
			4.635,98
	29,00	100,00000	29,00
	28,00	100,00000	28,00
	1.142,50	100,00000	1.142,50
	75,00	100,00000	75,00
			12.385,70
			55.620,38
	1.634.196,0		
	46.991,97		
	2.87554		

3	Feststellung RLV / QZV Über-/ Unterschreitung mitgeteiltes RLV/QZV in EUR	Punktzahl	EURO
			36.873,39
1.2	abgerechnetes RLV/QZV in EUR (2.1 + 3.1)		49.287,36
1.3	Orientierungs-PW in Cent (OPW)	3,53630	
1.4	Punktwert (in Cent) für die überschreitenden Leistungen (Rest-PW)	0,46256	
1.5	Unterschreitung (wenn 1.1 > 1.2, dann 1.1 minus 1.2)		
1.6	Überschreitung (wenn 1.2 > 1.1, dann (1.2 minus 1.1) geteilt durch 1.3 x 1.4)	351.044,2	1.623,79
2.	Angefordertes Leistungsbedarf QZV	Punktzahl	EURO
	Bezeichnung		
	Ergometrie	565,0	19,98
	Kleinchirurgie	1.280,0	45,26
	Langzeit-Blutdruckmessung	7.920,0	280,07
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	107.930,0	3.816,73
	Spirometrie	20.060,0	709,38
2.1	Summe	137.755,0	4.871,43
3.	Angefordertes Leistungsbedarf RLV	Punktzahl	EURO
3.1	RLV	1.256.000,1	44.415,93
4.	RLV - Berechnung mit Anrechnung der QZV		EURO
4.1	RLV/QZV in EUR, OPW (1.1 minus 1.5)		36.873,39
4.2	anrechenbare Leistungen über RLV in EUR Rest-PW (aus 1.6)		1.623,79
	gesamt		38.497,18

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

zelenen Berechnungsschritte, nach denen die arztbezogenen RLV/QZV ermittelt und praxisbezogen mitgeteilt werden.

Frequenztable/Gesamtübersicht vor Prüfung

Die „Frequenztable“ **4** und die „Gesamtübersicht vor Prüfung“ dienen primär zur Wirtschaftlichkeitsprüfung. Darüber hinaus bilden diese Anlagen detailliert alle zur Abrechnung gebrachten und anerkannten Gebührenordnungspositionen ab. Analog zur

„Quotierung“ sind nur Leistungen zu Lasten der Vertragskassen ausgewiesen.

Die Frequenztable bietet darüber hinaus die Möglichkeit, die Häufigkeit der selbst abgerechneten EBM-Nummern mit dem Durchschnitt der Fachgruppe zu vergleichen. Dies ist unter Umständen bei möglichen Antragsverfahren relevant, zum Beispiel bei einem Antrag auf Anerkennung einer Praxisbesonderheit nach Paragraf 6a des Honorarverteilungsmaßstabes.

■ SUSANN DEGENHARDT | OLGA LYKOVA | ANDREAS BÄCKER

In der nächsten Ausgabe wird der Laborwirtschaftlichkeitsbonus erläutert.

3 enärztliche Vereinigung Nordrhein												Frequenztable Arzt				Bezirksstelle: KV KÖLN	
BSNR		Name						Ort				Seite	Abt-Quartal				
												1	1/2013				
Fallzahlen	Kurativ	Mutterschaftsvorsorge	Früherkennung Männer	Früherkennung Frauen	Früherkennung Kinder	Gesundheitsuntersuchung	Empfängnisreg. Stenil., Schw.- Abbr.	Impfleistungen	Onkologische Leistungen	Psychotherapie							
AMB.	1007		55	34		64		127									
GOP	Fallzahl	Häufigkeit	Leistungsbedarf vor EBM-Begrenzung	Quote	Leistungsbedarf nach EBM-Begrenzung	Häufigkeit auf 100 Fälle	Häufigkeit der Vergleichsgruppe auf 100 Fälle	Anzahl der Betriebsstätten	Abweichung gegenüber der Vergleichsgr. in %	Leistungsaufwend. der Vergleichsgr. je Fall							
ARZTGRUPPENÜBERGR. ALLGEM.LEISTUNG.O.SUBSTITUTION																	
01410	1007	57	34.200,0	100,00	34.200,0	5,66	5,83	2491	-2,92	35,0							
01411	1007	1	1.325,0	100,00	1.325,0	0,10	1,12	2030	-91,07	14,9							
01412	1007	1	1.770,0	100,00	1.770,0	0,10	0,78	1469	-87,18	13,8							
01413	1007	20	6.000,0	100,00	6.000,0	1,99	5,62	2090	-64,59	16,9							
01415	1007	25	38.625,0	100,00	38.625,0	2,48	1,58	1707	56,96	24,4							
01620	1007	2	170,0	100,00	170,0	0,20	0,41	1171	-51,22	0,4							
01621	1007	1	125,0	100,00	125,0	0,10	0,51	1973	-80,39	0,6							
01622	1007	5	1.175,0	100,00	1.175,0	0,50	0,66	2306	-24,24	1,6							
02300	1007	8	1.280,0	100,00	1.280,0	0,79	0,93	1561	-15,05	1,5							
02500	1007	43	1.720,0	100,00	1.720,0	4,27	3,36	156	27,08	1,3							
02510	1007	43	2.365,0	100,00	2.365,0	4,27	5,27	822	-18,98	2,9							
02511	1007	63	1.890,0	100,00	1.890,0	6,26	4,03	614	55,33	1,2							
			90.645,0		90.645,0					114,5							

KV**b**örse

Von Praxisübernahme über Kooperationen bis hin zu medizinischen Geräten:

 Gesundheitsmanagement
gesellschaft mbH

KWVLCONSULT^{GROUP}
ZUKUNFT GESTALTEN | ZUKUNFT SICHERN

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

www.kv-börse.de 



Mehr als nur sauber

Das Risiko kommt täglich durch die Tür. Ob Allgemeinarzt, Chirurg oder Orthopäde – Keime gelangen in jede Praxis. Noroviren als Erreger von (Brech-)Durchfällen oder Adenoviren als Erreger der Konjunctivitis epidemica machen auch vor Ihrer Tür nicht halt. Das können Sie kaum ändern – wohl aber das Risiko reduzieren, sich anzustecken.

Hygiene spielt im Praxisalltag eine entscheidende Rolle. In der Regel werden unter medizinischen Gesichtspunkten mit Hygiene allgemeine Maßnahmen zur Vorbeugung und Verhinderung von Infektionskrankheiten assoziiert. Bei Hygienedefiziten können Krankheiten entstehen: Das reicht von leichten Wund-

der ins Bewusstsein gerückt. Das Sich-Schützen vor Krankheiten und die Reinlichkeit sind seit jeher bedeutsam für das Wohlergehen der Menschen. Ernährung, Wasser, Kleidung, Architektur, Müllentsorgung – wer sich im Alltag nicht um Hygiene kümmert, wird früher oder später krank.

Was im privaten Bereich gilt, gilt für den medizinischen Bereich umso mehr. Denn hier kommen Menschen zusammen, die offensichtlich (Erkältungszeit) oder unwissentlich (MRSA oder Erkrankungen mit Ansteckungsgefahr vor Symptombeginn) Keimträger sind. In Praxis und Klinik treffen sie auf geschwächte Personen, die anfälliger für Infektionen sind. Idealer Nährboden also für die Verbreitung von Infektionen.

Hygiene – ein weites Feld

Ohne Hygiene, die seit der Mitte des 18. Jahrhunderts ein wissenschaftliches Teilgebiet der Medizin ist, hätte es viele medizinische Fortschritte nicht gegeben. Die spezielle Hygiene im Medizinbereich umfasst die persönliche Hygiene des Personals, den Umgang mit den Patienten und die Umwelthygiene, wie etwa die Abfallentsorgung.

Nicht zuletzt wegen der Angst vor der (unkontrollierbaren) Ausbreitung von Krankheiten existiert eine Fülle von Regeln, Verordnungen und Gesetzen zur Umsetzung der Hygiene im Praxisalltag. Da gibt es beispielsweise die Verordnungen der Berufsgenossenschaften (BGen), um den Arbeitsschutz sicherzustellen; die Re-



Volles Wartezimmer in einer Landarztpraxis. Hier treffen Keimträger auf geschwächte Personen, die anfällig für Infektionen sind. Deswegen spielt Hygiene in Praxen eine große Rolle.

infekten durch unsaubere Instrumente oder Hände bis zu Todesfällen durch Übertragung von multiresistenten Keimen. Insofern haben auch präventive Aspekte wie Maßnahmen zur „Expositionsprophylaxe“ ihren berechtigten Platz bei der Vermeidung von Infektionen.

Hygiene, das ist ein Begriff, der alle Lebensbereiche betrifft. Spätestens bei den EHEC-Fällen (EHEC steht für Enterohämorrhagische Escherichia coli) im Herbst 2012 wurde dies wie-

gelungen im Sozialgesetzbuch V zum Qualitätsmanagement und die Gesundheitsämter, die prüfen, ob Sie in der Praxis die Regeln des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) einhalten.

Doch wann gilt eine Praxis als rein – und nicht nur als sauber? Und: Ist dieser Regulations-Dschungel für Menschen, die auch noch Patienten versorgen, überhaupt durchschaubar? Wir denken schon. Wenn Sie sich auf das Wesentliche konzentrieren.

In einer Artikelserie beleuchten wir in KVNO aktuell ab der kommenden Ausgabe mehrere Hygiene-Themen und weisen sie auf die wichtigsten Aspekte hin. Die geplanten Folgen der Serie: Händehygiene, Trinkwasserhygiene in Praxen, Sauber ist nicht immer rein (Standardhygiene – Flächendesinfektion), haftungsrechtliche Aspekte, Müllentsorgung und Hygiene aus Patientensicht.

■ DR. PATRICIA SHADI AKHY | DR. DAGMAR M. DAVID |
DR. MARTINA LEVARTZ

Keratokonjunktivitis epidemica – Verhindern Sie die Endemie

Ein 54-jähriger Patient stellt sich mit deutlicher Lidschwellung, leicht gerötetem rechten Auge und Tränenträufeln (Epiphora) beim Hausarzt vor. Die Symptome zeigen sich bereits seit zwei Tagen. Rechts präauriculär tastet der Hausarzt eine Lymphadenopathie und erfährt bei der Anamnese, dass der Patient zuerst am rechten oberen Augenlid ein Fremdkörpergefühl verspürt hat. Der Patient klagt weiter über Schlapheit und Gliederschmerzen, ohne dass er Fieber hätte. Aufgrund der vorliegenden Symptomatik stellt der Arzt die Diagnose Keratokonjunktivitis epidemica (ICD-10 Kode: B 30.0†, H 19.2*).

Da einige Erreger-Subtypen, die die Keratokonjunktivitis epidemica (KCE) übertragen, vor allem durch die Hände und über Gegenstände übertragen werden können, weist der Hausarzt bereits den Patienten vor Verlassen der Praxis auf die Händedesinfektion und die Desinfektion von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens (zum Beispiel Brillen und Handtücher) und die Ansteckungsgefahr hin. Die Gefahr ist da. Zuletzt kam es im November 2011 im Raum Bottrop zu mehr als 200 KCE-Erkrankungen.

Virologisch hat der Patient sicherlich Spuren hinterlassen. Drei Schritte sollten Sie

vollziehen, damit Ihre Praxis nicht möglicher Ausgangspunkt einer Endemie wird.

1. Patienten, die zur gleichen Zeit die Praxis besucht haben, sollte die Praxis über ein mögliches Ansteckungsrisiko, Maßnahmen zur Basishygiene und entsprechendes Verhalten informieren.
2. Die Kooperation mit dem zuständigen Gesundheitsamt kann hilfreich sein. Obwohl für einen einzelnen Fall keine Meldepflicht besteht, kann das Gesundheitsamt die Information als „Vorwarnung“ nutzen oder bei den erforderlichen hygienischen Maßnahmen beraten.
3. Hände- und Flächendesinfektion: Orientieren Sie sich an ihren eigenen Qualitätsmanagement-Regeln, falls Sie ein festgelegtes Vorgehen bei Kontamination mit Adenoviren in ihrem QM-Ordner fixiert haben. Informationen zur Desinfektion liefert auch die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO), die Sie im Internet-Angebot des Robert-Koch-Instituts finden. Die Empfehlungen enthalten unter anderem Informationen zu viruziden Desinfektionsmitteln.

KV | 131239

Pauschalen beim kurativen Kontakt

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im Herbst standen Fragen rund um den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) im Fokus.

Sind die Versichertenpauschalen jetzt für die Impfberatung abrechnungsfähig?

Nein. Die Versichertenpauschalen sind beim ersten kurativ-ambulanten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Behandlungsfall zu berechnen. Das gilt übrigens auch für die Grund- oder Konsiliarpauschalen.

Fallen die Gesprächsleistungen nach den EBM-Nummern 03230 und 04230 in das Regelleistungsvolumen?

Ja, nach Beschluss der Vertreterversammlung der KV Nordrhein werden diese Gesprächsleis-

tungen innerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV) vergütet.

Mehr Infos und eine Liste mit knapp 40 Fragen und Antworten zum EBM finden Sie unter www.kvno.de

KV | 131240

Wann muss der erste Ringversuch für das Urinsediment abgeschlossen sein?

Der erste Ringversuch muss bis 31. Dezember 2013 abgeschlossen sein. Die entsprechende Richtlinie der Bundesärztekammer schreibt weiterhin für das Urinsediment den Ringversuch einmal im Kalenderjahr vor. Dies betrifft das Urinsediment als Einzelleistung aus dem Kapitel 32.2 des EBM. Aber auch als Bestandteil von Komplexleistungen ist das Urinsediment ringversuchspflichtig.

Mehr Infos zu den Ringversuchen unter

www.bundesaerztekammer.de | **KV | 131240**

Wie lange müssen wir die Durchschriften von BTM-Rezepten aufbewahren?

Die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung gibt vor, dass die Durchschriften von Betäubungsmittel-Rezepten drei Jahre lang aufzubewahren sind.

Darf ich Befunde auch elektronisch archivieren?

Ja. Sie können Befunde scannen und auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien aufzeichnen. Dies bedarf allerdings besonderer Sicherheits- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern.

Mehr Infos zum Datenschutz unter www.aekno.de

KV | 131240

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



www.kvno-portal.de

Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

- **Abrechnung online** Übermitteln Sie Ihre Abrechnung schnell und kostengünstig online über das KVNO-Portal. Verschiedene Varianten (eToken, eA-light und KV-SafeNet) stehen Ihnen dabei zur Verfügung.
- **Abrechnungsunterlagen** Greifen Sie bereits vor dem Versand auf die Abrechnungsunterlagen Ihrer Praxis zu. Auch die Unterlagen der vergangenen Quartale stehen für Sie online bereit.
- **Kennzahlen** Tabellarisch und grafisch aufbereitete Auswertungen aus der Honorarabrechnung; darunter Ihre Fallzahlen, Diagnosen und Ihr Leistungsspektrum – inklusive der Abweichungen vom Vergleichsgruppendurchschnitt.
- **Honorarauswertung** Als Partner in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines Medizinischen Versorgungszentrums können Sie (gegen Gebühr) den Anteil am Honorar, Leistungsbedarf und an den Behandlungsfällen je Mitglied abrufen. Aber nur, wenn alle Partner dem zustimmen.
- **eQualitätszirkel** Dieser Dienst unterstützt Moderatoren bei der Vor- und Nachbereitung von Qualitätszirkeln und bietet für alle Teilnehmer eine elektronische Informations- und Kommunikationsplattform.
- **eDokumentationen** Geben Sie Ihre Dokumentationen einfach online ein, zum Beispiel für das Hautkrebs-Screening, die Hörgeräteversorgung oder Zytologie.
- **Vordrucke** Alle Vordrucke, die Sie für die Praxis benötigen, können Sie rund um die Uhr online über das Portal bestellen.
- **Praxisdaten** Mit diesem Dienst können Sie Ihre Praxisdaten einsehen, prüfen und elektronisch ändern.

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

Kontakt

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

www.kvno-portal.de 

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

Qualitätszirkel-Tutoren treffen sich in Düsseldorf



Die KV Nordrhein war am 8. und 9. November 2013 Gastgeber für das 8. Nationale Treffen der Qualitätszirkel-Tutoren. Über 70 Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten diskutierten über die Förderung der strukturierten, evidenzbasierten und datengeschützten Arbeit in Qualitätszirkeln. Neben Vorträgen zum Schwerpunkt der Qualitätsförderung in der aktuellen Berufspolitik, dem Patientenrechtegesetz und über die 20-jährige Geschichte der Qualitätszirkelarbeit vertiefen die Teilnehmer ihr Wissen in Workshops.

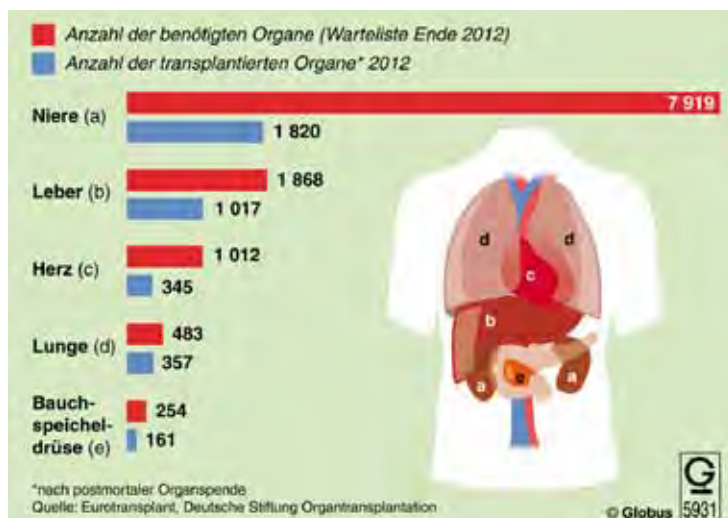
Anfang der 90er Jahre gründeten sich die ersten ärztlichen Arbeitsgruppen für eine neue selbstbestimmte und unabhängige Art der Fortbildung. Nach 20 Jahren erreichte die Be-

wegung eine Zahl von über 9.500 Qualitätszirkeln bundesweit. Die KV Nordrhein unterstützte die Initiativen von Anfang an. Und bereits seit 15 Jahren bildet sie erfahrene Qualitätszirkelmoderatoren zu Tutoren aus.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat inzwischen mit Wissenschaftlern des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin ein Curriculum für die Ausbildung entwickelt. Mittlerweile wurden über 200 Tutoren ausgebildet. Maßgeblichen Anteil daran hatte und hat Prof. Marcus Siebolds, Prodekan des Fachbereichs Gesundheitswesen und Qualitätsmanagement der Katholischen Fachhochschule NRW.

Das nächste Nationale Tutoren-Treffen findet am 7. und 8. November 2014 in Berlin statt.

Patienten auf der Warteliste



Rund 12.000 Menschen warten zurzeit in Deutschland auf ein Spenderorgan, etwa 8.000 auf eine neue Niere. Die Wartezeit liegt zwischen fünf und sieben Jahren.

Die Lücke zwischen Angebot und Bedarf zu schließen wird immer schwerer. Mehrere Skandale bei der Organvergabe in den vergangenen Jahren ließen die Spendenbereitschaft deutlich sinken.

2012 spendeten 1.046 Menschen nach ihrem Tod ein oder mehrere Organe. Das waren rund 13 Prozent weniger als noch ein Jahr zuvor.

Infomarkt der KV Nordrhein in Köln

Ein großes Expertenteam steht Ihnen an den einzelnen Infoständen Rede und Antwort. Lassen Sie sich individuell beraten und erfahren Sie alles über Neuerungen im Jahr 2014. Kommen Sie vorbei: Von der Abrechnung bis zur Zulassung – Mitarbeiter der KV Nordrhein stehen für Sie an Infoständen bereit. Die Veranstaltung bietet Ärztinnen und Ärzten einen aktuellen und umfassenden Überblick zur ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) und zeigt Strategien auf, um sich rechtzeitig für die neue Herausforderung zu wappnen.

- KVNO-Portal: Bestellung des eToken und Online-Dienste für Praxen
(Bitte bringen Sie für die Bestellung des eToken Ihre Zugangsdaten für das KVNO-Portal mit.)
- Abrechnungsberatung
- Niederlassungsberatung
- Hygieneberatung
- Honorar
- KV-Börse – Kooperationspartner und Praxisnachfolger online finden
- Betriebswirtschaftliche Orientierung mit dem KV-Praxis-Check
- Tipps zum Verordnen von Arznei- und Heilmitteln sowie Hilfsmitteln
- Serviceteams – Ansprechpartner bei allen Fragen aus dem Praxisalltag

Termin 8. Januar 2014

14 bis 17 Uhr

Ort Bezirksstelle Köln

Sedanstraße 10-16

50668 Köln

Anmeldung keine

Infos Telefon 0211 5970 8106

NRW-Impftag

Impfungen gehören zu den wichtigsten Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und Prävention, die der Medizin zur Verfügung stehen. Über den aktuellen Stand des Impfens informiert der 6. NRW-Impftag, an dem auch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein als ein Kooperationspartner beteiligt ist. Veranstalter ist das Landeszentrum Gesundheit NRW. Die Vorträge thematisieren Impfschutz und Impfhindernisse, Rechtsfragen zum Impfen, das Impfmanagement in sozialen Brennpunkten wie auch Grundlagen und neue Entwicklungen von Adjuvantien.

Termin 12. Februar 2014

13.30 bis 18.15 Uhr

Ort tanzhaus nrw

Erkrather Straße 30

40233 Düsseldorf

Anmeldung www.reviera.de/impftag

Fax 0201 2740880



Die nächste Versorgungsmesse greift „Qualität, Kooperation und Diversifizierung“ auf. Zu den Programmpunkten zählt der Vergleich internationaler Erfahrungen zur medizinischen Aus- und Weiterbildung mit anschließender Podiumsdiskussion sowie das Fachforum „20 Jahre Qualitätszirkel“, das Bilanz zieht und Perspektiven für die weitere Arbeit entwickeln und präsentieren wird.

Veranstaltungen für Mitglieder

■	08.01.2014	KV Nordrhein: Infomarkt, Köln
	15.01.2014	IQN: „Verordnungssicherheit: Verordnung von Heilmitteln am Beispiel der Logopädie“, Düsseldorf
	24.01.2014	IQN: Qualitäts- und Risikomanagement in der Praxis: „Meine Praxis – organisiert und sicher!?, Düsseldorf
	24.1./1.2.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-Qualitäts- und Risikomanagement: „Organisation des Notfallmanagements“, Düsseldorf
	29.1./5.2.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-Qualitäts- und Risikomanagement: „Grundlagen und Instrumente“, Einführungslehrgang, Düsseldorf
■	05.02.2014	KV Nordrhein/Rheinische Post: „Allergien“, Düsseldorf
■	07.2./8.2.2014	KV Nordrhein/Ärztchammer Nordrhein: Moderatorenausbildung, Grundkurs, Düsseldorf
	07.2./14.2.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-Qualitäts- und Risikomanagement: „Elemente und Instrumente, Anforderung der Richtlinie“, Düsseldorf
■	12.02.2014	KV Nordrhein: „Einführungsworkshop rational und rationell verordnen für neu niedergelassene Ärzte“, Düsseldorf
	12.02.2014	Landeszentrum Gesundheit NRW: NRW-Impftag, Düsseldorf
	12.02.2014	IQN: „Verordnungssicherheit: Die (medikamentöse) Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 unter Berücksichtigung der neuen Antidiabetika“, Düsseldorf
	15.2./8.3.2014	Nordrheinische Akademie: „Gesundheitsförderung und Prävention“, Bonn
	19.02.2014	IQN: „Organisationsverschulden in Klinik und Praxis“, Düsseldorf

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

	11.1./18.1.2014	Nordrheinische Akademie: EVA, Modul D: „Notfallmanagement/erweiterte Notfallkompetenz“, Düsseldorf
	24.1./1.2.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-Qualitäts- und Risikomanagement: „Organisation des Notfallmanagements“, Düsseldorf
	29.01.2014	KV Nordrhein: „ICD-10-Kodierung“, Düsseldorf
	29.01.2014	IQN/Nordrheinische Akademie: „Diagnosekodierung in der hausärztlichen, internistischen und gynäkologischen Praxis“, Aufbaukurs, Düsseldorf
	29.1./5.2.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-Qualitäts- und Risikomanagement: „Grundlagen und Instrumente“, Einführungslehrgang, Düsseldorf
	07.2./14.2.2014	Nordrheinische Akademie: Praxis-Qualitäts- und Risikomanagement: „Elemente und Instrumente, Anforderung der Richtlinie“, Düsseldorf

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“ 1 | 2014



Die Redaktion von

KVNO aktuell wünscht

allen Leserinnen und Lesern

schöne Weihnachtstage

und einen guten Rutsch

ins neue Jahr.



Die nächste Ausgabe von „KVNO aktuell“
erscheint am 5. Februar 2014.