

9+10 | 2014

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

## Schwerpunkt

Hausärzte-Strukturvertrag |  
Vertrag mit der AOK erweitert

## Hintergrund

Bedarfsplanung | Mehr  
Ärzte und besser verteilt

## Aktuell

Förderung | In diesem Jahr  
fließen 28,7 Millionen Euro

## Verordnungen

Heilmittel | In Nordrhein  
gibt es mehr Besonderheiten



**Engagiert für Gesundheit.**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

# Inhalt

## Schwerpunkt

---

- 2 Hausärzte-Strukturvertrag erweitert

## Aktuell

---

- 4 28,7 Millionen für besondere Leistungen
- 7 Honorar-Vereinbarung auf Bundesebene
- 8 Neue KVNO-Medien: Praxiswissen für die MFA
- 10 Freigabe der Diagnoseprüfungen via Portal
- 11 D2D: Ab Juli 2015 nur noch über KV-SafeNet
- 11 Laborüberweisung: Digitales Muster 10
- 11 App KBV2GO! – Die KBV im Taschenformat

## Praxisinfo

---

- 12 Jugendarbeitsschutzuntersuchung

- 12 Empfehlungen zu Schweigepflicht und Datenschutz
- 12 Zulassungslisten für Praxisverwaltungssysteme
- 12 Personalienfeld auf Formularen geändert
- 13 Influenza-Impfung – Infos zum Abrechnen und Verordnen

## Verordnungsinfo

---

- 17 Heilmittelvereinbarung: Mehr Praxisbesonderheiten
- 18 Verordnung außerhalb des Regelfalls und Langfristgenehmigung
- 19 Prüfanträge wegen fiktiv zugelassener Arzneien
- 19 Erweiterte STIKO-Empfehlungen 2014

## Hintergrund

---

- 20 Neue Bedarfsplanung: Mehr Hausärzte und bessere Versorgung

## Berichte

---

- 24 Weichen für Notdienstreform gestellt
- 26 Beschlüsse der Vertreterversammlung
- 27 SAPV-Teams in Solingen und Krefeld
- 28 „Hitzefrei“ trotz Wechseljahre

## Service

---

- 30 Sprachsoftware: Diktieren statt Tippen
- 32 Haftung bei Hygienemängeln
- 34 Chroniker-Bestimmungen gibt es viele

## In Kürze

---

- 36 Sommerempfang von Kammer und KVNO
- 36 KBV-Umfrage: Termintreue bei Patienten
- 37 Tipps zur richtigen Hygiene in der Praxis



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

wir hatten uns eigentlich vorgenommen, im Vorwort mal nicht auf das Thema Honorar einzugehen – an einem Hinweis auf das Ergebnis der Verhandlungen auf Bundesebene, das wir Ihnen in dieser Ausgabe vorstellen, kommen wir allerdings nicht vorbei. Vorweg: Wir betrachten das Ergebnis aus Berlin eher gelassen. Die teilweise harsche Kritik an der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) teilen wir nicht. Man kann Teile der Vereinbarung ebenso hinterfragen wie die von der KBV teilweise selbst geschürte, überzogene Erwartungshaltung.

Unterm Strich aber ist der Honorarzuwachs von 2,5 bis 2,8 Prozent nicht so schlecht, wie er gemacht wird. Zumal sich KBV-Chef Dr. Andreas Gassen mit dem Ziel, feste Preise für extrabudgetär vergütete Leistungen zu etablieren, auf einem mühsamen, aber richtigen Weg befindet.

Ein Problem, das nicht nur die Praxen im Rheinland, sondern bundesweit beschäftigt und belastet, ist die Bürokratie. Wir haben es in der vergangenen Ausgabe bereits gesagt: Wenn die Politik das Gesundheitssystem immer weiter verkompliziert, muss sie den Menschen auch erklären, wie es funktioniert. Eine Servicestelle für die Terminvergabe wird den Arztbesuch für alle Beteiligten aufwändiger gestalten.

Dabei gehören die angeblich überlangen Wartezeiten auf Arzttermine sicher nicht zu den drängenden Problemen unseres Gesundheitswesens – wenn sie denn überhaupt eines sind. Nicht nur die jüngste Versichertenbefragung der KBV spricht dagegen. Die „Unabhängige Patientenberatung“ etwa hat uns mitgeteilt, dass sie rund 80.000 Patienten im Jahr berät – und dabei nur einige hundert Beschwerden zum Thema Wartezeiten zählt.

Herzliche Grüße

Dr. Peter Potthoff  
Vorsitzender

Bernhard Brautmeier  
Stellvertretender Vorsitzender

## Hausärzte-Strukturvertrag erweitert

Zwei Monate nach dem Abschluss des neuen Hausärzte-Strukturvertrags haben sich die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein und die AOK Rheinland/Hamburg auf einen Ausbau des seit 1. Juli geltenden Vertrags verständigt. Die neu aufgenommenen Leistungen sind bereits im 4. Quartal 2014 abrechenbar und betreffen Extra-Vergütungen der am Vertrag teilnehmenden Hausärzte für Haus-, Dringlichkeits- und Pflegeheimbesuche, das Überleitungsmanagement und den Arzneimittelcheck.

„Die im bestehenden Vertrag enthaltene Option, die Vereinbarung zu ergänzen, wurde genutzt“, sagt Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein. Folgende Leistungen sind neu in den Strukturvertrag aufgenommen:

- Hausbesuche
- Dringlichkeitsbesuche
- Pflegeheimbesuche
- Überleitungsmanagement
- Arzneimittelcheck

Für diese Leistungen erhalten Hausärzte, die an dem Vertrag teilnehmen, eine zusätzliche Vergütung. „Das zusätzliche Geld wird von der AOK Rheinland/Hamburg extrabudgetär bereitgestellt und ist nicht Bestandteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung“, sagt Bernhard Brautmeier, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein. Matthias Mohrmann, Vorstandsmitglied

der AOK Rheinland/Hamburg: „Den Hausärzten mit ihren Praxisteams kommt eine Schlüsselrolle bei der Versorgung unserer Versicherten zu. Unser Vertrag soll diese Rolle unterstützen.“

Weiterhin erhalten teilnehmende Hausärzte Pauscha-

len. Dieser Vertragsbestandteil gilt bereits seit 1. Juli. Für den erhöhten Aufwand bei Beratung, Behandlung und Betreuung ihrer multimorbiden Patienten liegt die kontaktabhängige Betreuungspauschale je nach Diagnosen bei 2,20 bis 4,50 Euro je Pauschale – maximal bei 7,50 Euro zusätzlich je Behandlungsfall.

### Pauschale auch für DMP-Patienten

Auch bei den kontakt- und aufwandabhängigen Betreuungspauschalen gibt es ab 1. Oktober 2014 eine Verbesserung: Denn die Pauschale erhalten Praxen auch für Patienten, die am Strukturvertrag teilnehmen und gleichzeitig Leistungen aus einem Disease-Management-Programm (DMP) abrechnen. Und zwar immer dann, wenn eine zweite gesicherte Diagnose nach dem Indikationskatalog für einen DMP-Patienten vorliegt. Beispiel: Ein Patient leidet an Diabetes mellitus Typ 1 und Hypertonie. Er nimmt am Strukturvertrag teil und die Praxis rechnet im selben Quartal auch Leistungen aus dem DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 1 ab. Der Arzt kodiert E10.21G und I10.11G. Er erhält dann zweimal die Betreuungspauschale 1, insgesamt 4,40 Euro zusätzlich.

Teilnehmen am Hausärzte-Strukturvertrag können alle Haus- und Kinderärzte; ein Antrag ist nicht erforderlich. Und der Patient muss in den Vertrag eingeschrieben sein. Die AOK Rheinland/Hamburg sendet ihren Versicherten eine Teilnahmeerklärung zu. ■ FRANK NAUNDORF

Ab 1. Oktober zeigt sich der Strukturvertrag deutlich attraktiver: Für Hausbesuche erhalten Hausärzte zum Beispiel 15 bis 17,50 Euro zusätzlich.



## Infos zur Abrechnung und Vergütung

Die Betreuungspauschalen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet. Den Behandlungsfall muss die Praxis nur mit der Symbolnummer (SNR) 91324 kennzeichnen, die Betreuungspauschalen (SNR 91320 bis 91322) setzt die KV Nordrhein zu. Bei den Leistungen der Anlagen 5 bis 7 muss die Praxis die jeweiligen SNR eintragen; die automatische Zusetzung ist in diesen Fällen nicht möglich.

Leistung	Vergütung	Symbolnummer
<b>Hausärztliche Betreuung multimorbider Patienten (Anlage 4)</b>		
Kontaktabhängige Betreuungspauschale 1 (je Indikationsgruppe gemäß Anlage 2 zu diesem Vertrag)	2,20 Euro	91320
Kontaktabhängige Betreuungspauschale 2 (je Indikationsgruppe gemäß Anlage 2 zu diesem Vertrag)	3,00 Euro	91321
Kontaktabhängige Betreuungspauschale 3 (je Indikationsgruppe gemäß Anlage 2 zu diesem Vertrag)	4,50 Euro	91322
<b>Durchführung von Hausbesuchen, Dringlichkeitsbesuchen, Pflegeheimbesuchen (Anlage 5)</b>		
Hausbesuche nach der GOP 01410 bis einschließlich 10 km	15,00 Euro	91325
Hausbesuche nach der GOP 01410 ab 10,1 km	17,50 Euro	91326
Dringlichkeitsbesuch nach der GOP 01411	40,00 Euro	91327
Dringlichkeitsbesuch nach der GOP 01412	40,00 Euro	91328
Dringlichkeitsbesuch nach der GOP 01415	40,00 Euro	91329
Pflegeheimbesuch I nach der GOP 01410 bis einschließlich 10 km	15,00 Euro	91330
Pflegeheimbesuch II nach der GOP 01410 ab 10,1 km	17,50 Euro	91331
<b>Überleitungsmanagement (Anlage 6)</b>		
Überleitungsmanagement – persönlich	40,00 Euro	91332
Überleitungsmanagement – telefonisch	18,00 Euro	91333
<b>Arzneimittelcheck (Anlage 7)</b>		
Arzneimittelcheck I	80,00 Euro	91334
Arzneimittelcheck II	40,00 Euro	91335

- Die in Anlage 4 aufgelisteten Betreuungspauschalen können für jede der Diagnosen, die in Anlage 2 aufgeführt sind, beliebig oft abgerechnet werden – maximal bis zu einem Höchstbetrag von 7,50 Euro je Behandlungsfall. Voraussetzung ist, dass der Hausarzt gesicherte Diagnosen entsprechend der in Anlage 2 gelisteten Indikationen/Diagnosen kodiert und den Behandlungsfall mit der SNR 91324 gekennzeichnet hat.
- Für eine Abrechnung von Leistungen nach den Anlagen 5 bis 7 ist eine Kodierung gesicherter Diagnosen entsprechend der Anlage 2 des Vertrages nicht erforderlich.
- Wer die zusätzlichen Leistungen der Anlagen 5 bis 7 (Haus-, Dringlichkeits- oder Pflegeheimbesuche, Überleitungsmanagement und Arzneimittelcheck) abrechnet, muss mindestens einen multimorbiden Patienten im Rahmen der Anlage 4 behandeln.
- Ausgeschlossen ist die parallele Abrechnung inhaltsgleicher Leistungen (zum Beispiel Betreuungspauschalen und Hausbesuche) aus anderen Verträgen, insbesondere Spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, Modellvorhaben, Strukturverträge, Hausarztzentrierte Versorgung, Besondere ambulante ärztliche Versorgung und Integrationsverträge.

Alle genannten Informationen zum Vertrag finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) ▶ **Verträge**

## 28,7 Millionen für besondere Leistungen

Auch für das Jahr 2014 haben sich die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein darauf verständigt, eine Reihe besonders förderungswürdiger Leistungen im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich zusätzlich zu vergüten. 23 Millionen Euro wurden dafür in den Honorarverhandlungen fixiert. Dazu kommen noch einmal knapp 5,7 Millionen Euro für ausgewählte Facharztgruppen, besonders Urologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Pneumologen, Neurologen, Anästhesisten und Gastroenterologen. Insgesamt fließen 2014 also knapp 28,7 Millionen Euro in die Förderung. Nun steht auch die Liste der geförderten Leistungen.



Neu in den Katalog förderungswürdiger Leistungen für Fachärzte aufgenommen wurden zum Beispiel Gastroskopien.

### Hausärztlicher Bereich

Die Förderung der Behandlung multimorbider Patienten, die an mindestens drei chronischen Erkrankungen leiden, läuft weiter. Die KV Nordrhein hat mit den Krankenkassen die Liste der chronischen Erkrankungen aus 2013 fixiert, die als Grundlage für die Förderung dienen. Lediglich an einer Stelle wurde eine redaktionelle Anpassung (ICD-10-Code G25.88) vorgenommen.

Wenn Sie bei einem Patienten gesicherte Diagnosen aus dieser Liste kodieren und die hausärztlichen bzw. pädiatrischen Versichertenpauschalen (EBM-Nummer 03000 bzw. 04000) oder das ärztliche Gespräch (EBM-Nummer 03230 bzw. 04230) abrechnen, profitieren Sie von der Förderung. Eine Kenn-

zeichnung oder das Eintragen von Symbolnummern ist nicht nötig.

### Fachärztlicher Versorgungsbereich

Auch hier ist keine zusätzliche Kennzeichnung der geförderten Leistungen nötig. Die Förderung findet auf Basis der abgerechneten Gebührenordnungspositionen durch die KV Nordrhein statt.

Der Förderzeitraum umfasst das gesamte Jahr 2014 und beginnt mit dem 1. Quartal 2014. Es werden also auch bereits erbrachte Leistungen zusätzlich honoriert. Die Anteile der 23 Millionen Euro für das 1. und 2. Quartal wurden regulär vergütet.

Die Vergütung für die förderungswürdigen Leistungen finden Praxen im Quartalskonto und Quotierungs-Nachweis extra aufgeführt. Die Nachvergütung des zusätzlichen Förder Volumens von knapp 5,7 Millionen Euro für den fachärztlichen Versorgungsbereich im 1. und 2. Quartal 2014 führt die KV Nordrhein voraussichtlich Ende des Jahres durch.

■ KVNO

*Die angepasste Übersicht über den Katalog der förderungswürdigen Leistungen im fachärztlichen Versorgungsbereich finden Sie auf den folgenden Seiten. Die Liste der chronischen Erkrankungen zur Förderung im hausärztlichen Versorgungsbereich finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | [KV | 140904](#)*

# Katalog förderungswürdiger Leistungen für den fachärztlichen Versorgungsbereich

Arztgruppe	Leistungsbereich	EBM-Nummer
<b>Anästhesisten</b>	Anästhesien/Narkosen im Rahmen zahnärztlicher Behandlungen	05330, 05331, 05340, 05341, 05350
<b>Augenärzte</b>	Fluoreszenzangiographie	06331
	Sonographie I für Augenärzte *	33000, 33001, 33002, 33011
<b>Chirurgen</b>	Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
	Phlebologie	30500, 30501
	Prokto-/Rektoskopie	30600, 30601
	Sonographie I *	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092, 33043V, 33044V, 33090V
<b>Gastroenterologen</b>	Gastroskopien	13400, 13400I
<b>Gynäkologen</b>	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie *	08320, 33041
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren *	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie III *	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076
<b>Hämato-/Onkologen</b>	Transfusionen	02110, 02111
<b>Hautärzte</b>	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Hyposensibilisierung	30130, 30131
<b>HNO-Ärzte</b>	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Hörgeräteversorgung *	09372, 09373, 09374, 09375
	Hyposensibilisierung	30130, 30131

\* Wenn Genehmigung vorliegt.

# Katalog förderungswürdiger Leistungen für den fachärztlichen Versorgungsbereich

Arztgruppe	Leistungsbereich	EBM-Nummer
Neurologen	Betreuung eines Patienten mit einer Erkrankung des zentralen Nervensystems	16230, 16231
Phoniater und Pädaudiologen	Hörgeräteversorgung Phoniater *	20338, 20339, 20340, 20372, 20373, 20374, 20375, 20377, 20378
	Hörgeräteversorgung HNO *	09372, 09373, 09374, 09375
Pneumologen	Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
	Hyposensibilisierung	30130, 30131
	Bronchoskopien	13662, 13663, 13664, 13670 *, 13662I, 13663I, 13664I, 13670I *
Psychiater, Psychotherapeuten, Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	Betreuung psychisch, neurologisch Kranker im sozialen Umfeld	21230 - Voraussetzung = min. 2 BHT im Quartal
Urologen	Psychosomatische Grundversorgung *, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
	Sonographie I *	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092, 33043V, 33044V, 33090V
	Stoßwellenlithotripsie *	26330
	Prostatabiopsien	26341
	Urethrozystoskopie des Mannes	26310

\* Wenn Genehmigung vorliegt.

## 800 Millionen Euro mehr Honorar

Schneller als erwartet haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband auf die Steigerung der Vergütung der niedergelassenen Ärzte im kommenden Jahr geeinigt. Rund 800 Millionen Euro mehr werden insgesamt zur Verfügung stehen – ein Teil davon für extrabudgetäre Leistungen von Haus- und Facharztpraxen.

Selten erfolgte eine Einigung bei den Honorarverhandlungen auf Bundesebene so schnell. Und selten waren so schnell ablehnende Reaktionen zu hören. Das lag sicher auch an der Erwartungshaltung, die von den zuvor geäußerten KBV-Forderungen genährt worden war. Von fünf Milliarden Euro war da die Rede – allerdings versehen mit dem Zusatz, dass eine solche Steigerung in mehreren Schritten erfolgen müsse.

Ein Großteil davon entfiel auf die angestrebte Anpassung des kalkulatorischen Arztgehaltes an die stark gestiegenen Tarifgehälter der Oberärzte in den Kliniken. Jetzt soll die Anpassung im Rahmen der Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) zum 1. Januar 2016 geprüft werden. Eine entsprechende Notiz findet sich im Protokoll – und das sei „mehr als ein Eintrag ins Poesiealbum“, sagt Dr. Andreas Gassen, Vorsitzender der KBV.

### 2,2 Prozent mehr

Zu den Fakten: Die auf der Bundesebene erzielte Honorareinigung lässt für das Jahr 2015 eine Erhöhung der Gesamtvergütung um 794 bis 846 Millionen Euro erwarten, was einem Plus von 2,2 Prozent entspricht. Im Einzelnen:

- Der Orientierungswert steigt zum 1. Januar 2015 auf 10,2718 Cent

(+ 1,4 Prozent). Das entspricht einem Plus von rund 426 Millionen Euro, von dem alle Vertragsärzte und Psychotherapeuten profitieren.

- Die haus- und fachärztliche Grundversorgung wird mit zusätzlichen 264 Millionen Euro gefördert. Der auf die fachärztliche Versorgung entfallene Anteil von 132 Millionen Euro wird als Zuschlag zur Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) zur Verfügung gestellt. Außerdem können Internisten mit Schwerpunkt ab Januar die PFG abrechnen.

- Der auf die Hausärzte entfallene Anteil von 132 Millionen Euro ist für die Förderung der Hausbesuchsleistungen von nicht-ärztlichen Praxisangestellten vorgesehen – ebenfalls außerhalb der MGV. Ziel ist es, dass künftig jede große Versorgerpraxis auf dem Land und in der Stadt nicht-ärztli-



Der KBV-Vorstand vor Verhandlungsbeginn:  
Dr. Andreas Gassen und Dipl.-Med. Regina Feldmann.

che Praxisangestellte wie EVA oder Verah beschäftigen können. Der Einsatz ist in Haus- und Kinderarztpraxen möglich.

„Wichtig ist für uns vor allem die Förderung der hausärztlichen und fachärztlichen Grundversorgung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, was den Einstieg in feste Preise darstellt“, sagt Gassen. Bei der Ausdeckelung von Leistungen aus der MGV hatten die Kassen lange Zeit abgewunken. Dass am Ende dennoch eine extrabudgetäre Vergütung von haus- und fachärztlichen Grundbeziehungsweise Strukturleistungen erreicht wurde, wertet die KBV als Erfolg. ■ DR. HEIKO SCHMITZ

## Praxiswissen für die MFA

Ab dem vierten Quartal dieses Jahres versorgt die KV Nordrhein auch die Medizinischen Fachangestellten (MFA) in den Arztpraxen direkt mit Informationen. Ein neuer Newsletter und ein Facebook-Auftritt sollen den Beschäftigten Informationen für ihren Job in der Praxis bieten – und ihnen ermöglichen, sich fachlich auszutauschen.

Sie nehmen Blut ab oder legen Verbände an, sie organisieren die Termine, bereiten die Abrechnung mit der KV vor und kümmern sich ums Qualitätsmanagement: Die MFA sind unentbehrlich. Und werden tendenziell immer wichtiger – nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Diskussion um die etwaige Delegation ärztlicher Leistungen oder die wachsende Bedeutung von EVAs und anderen „Versorgungsassistentinnen und -assistenten“.

### Tipps für den Berufsalltag

Die KV Nordrhein reagiert auf die Rolle der MFA mit neuen Medien für

die Zielgruppe: Ein Newsletter, eine neue Rubrik auf der KVNO-Homepage und eine Facebook-Seite versorgen die MFA ab Ende September mit aktuellen Informationen für die Praxis und Tipps für den Berufsalltag.

„Wir wollen den MFA gezielt praxisrelevante Informationen zur Verfügung stellen. Dazu erhalten sie Fortbildungstermine und zum Beispiel Hinweise zur gesunden Gestaltung einer Mittagspause“, sagt Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. „Damit honorieren wir die Arbeit der

MFA, die immer wichtiger wird. Da wir Ärzte in Zukunft eher weniger als mehr werden, der Bedarf an medizinischer Betreuung aber mit der Alterung der Bevölkerung weiter wachsen wird, brauchen wir gut ausgebildete, interessierte MFA, die Ärzte bestmöglich unterstützen.“

Dazu sollen die neuen Medien beitragen. Bei der Entwicklung der Formate wurde per Umfrage ermittelt, wie sich die MFA mit Informationen für den Praxisalltag versorgen. Viele MFA nutzen die Homepage und die Serviceteams der KV als Quelle. Weitere Erkenntnis: Die MFA sind eifrige Internet-Nutzer und bereit, sich nach Feierabend mit Informationen der KV zu beschäftigen, wenn diese gut aufbereitet sind.

Zwei von drei MFA haben einen Facebook-Account – damit war schnell klar, auf welchem weiteren Weg die MFA erreicht werden sollen: mit einer Facebook-Seite. „Ein solches Forum ist etwas Neues innerhalb unserer Kommunikation. Wir hoffen, auf diese Weise den Austausch zu fördern und auch Hinweise zu Themen und häufigen Fragen der MFA zu erhalten“, sagt Potthoff. Der KV-Chef ist überzeugt: „Die neuen Medien sind gut für die MFA – und für die Praxen.“

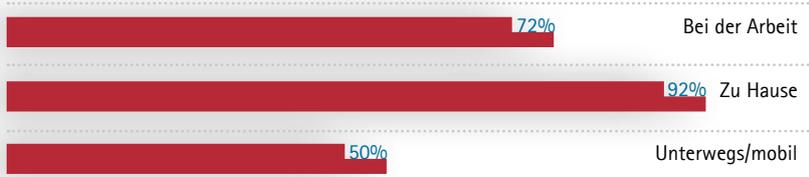
### Oft online und interessiert an beruflicher Information

Die KV Nordrhein wollte im Mai und Juni von den MFA wissen, wann und wie sie das Internet nutzen. 123 MFA haben sich an der Umfrage beteiligt. Die Ergebnisse wurden bei der Planung der neuen Medien berücksichtigt.

#### Wofür nutzen Sie das Internet?



#### Wo gehen Sie ins Internet?\*



\*Mehrfachnennungen möglich

■ DR. HEIKO SCHMITZ

- Schneller informieren
- Mehr kommunizieren
- Ganz einfach vernetzen
- **Alles online!**

## Extra für MFA:

Unser Newsletter „MFA aktuell“ und  
Facebook-Auftritt „MFA vernetzt“

**Jetzt registrieren!**  
**[www.kvno-newsletter.de](http://www.kvno-newsletter.de)**



**Engagiert für Gesundheit.**  
**Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein**

## Freigabe der Diagnoseprüfungen

Schnell, einfach und sicher – die Online-Abrechnung bietet den Praxen viele Vorteile. Mit dem eToken bietet die KV Nordrhein eine sehr preiswerte Lösung zur geschützten Übermittlung der Abrechnungsdaten. Die Digitalisierung der Abrechnung geht nun noch einen Schritt weiter: Die Freigabe der Diagnoseprüfungen findet künftig über das KVNO-Portal statt.



Vorteil: Die Korrekturen können alle Mitarbeiter der Praxis bearbeiten, die Zugriff auf die Daten im KVNO-Portal haben. Sie können die Bearbeitung auch unterbrechen, zwischenspeichern und beenden, wann es zeitlich passt.

### Korrekturen bis Mitte November

Die Freigabe der von der KV Nordrhein vorgeschlagenen Korrekturen an den Diagnosekodierungen betrifft erstmals die Abrechnungsdaten des 2. Quartals 2014, die die Praxen im Juni/Juli hochgeladen haben. Die Bestätigung oder Korrektur der Diagnoseprüfung via KVNO-Portal findet erstmals mit der Zusendung der Abrechnungsbescheide Ende Oktober 2014 statt.

Über das KVNO-Portal läuft nun auch die Freigabe der Diagnoseprüfungen.

Die KV Nordrhein muss die abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose prüfen. Dies verlangt der Gesetzgeber in Paragraf 106a des Sozialgesetzbuchs V. Bislang hat die KV Nordrhein den Praxen die Vorschläge für die Richtigstellungen auf Papier zur Verfügung gestellt. Die Praxen konnten diese Vorschläge per Fax bestätigen oder ablehnen.

Dieser Schritt ist nun online zu erledigen. Nach den guten Erfahrungen mit der Online-Abrechnung bietet das KVNO-Portal künftig auch im Kontext der Diagnoseprüfungen ein modernes, elektronisches Verfahren. Ein

Um das neue Verfahren zu nutzen, benötigen Praxen neben dem Zugang zum KVNO-Portal lediglich einen eToken oder den eA-light. Sollten Praxen sich für das Portal neu registrieren müssen, einen eToken bestellen wollen oder andere Fragen zum Portalzugang haben, steht Ihnen die Hotline des KVNO-Portals zur Verfügung unter der Telefonnummer 0211 5970 8500.

Das Verfahren gestaltet die KV Nordrhein so einfach wie möglich. Im KVNO-Portal und im Internet-Angebot steht in Kürze eine Anleitung zur Verfügung, die zeigt, wie die Korrektur-Vorschläge im Portal bearbeitet werden können. Die Anleitung erscheint auch in der November-Ausgabe von KVNO aktuell. ■ KVNO

## D2D: Ab Juli 2015 nur noch über KV-SafeNet

In den vergangenen Monaten haben viele D2D-Anwender ihr Praxisverwaltungssystem von Windows XP auf Windows 7 umgestellt. Dabei gab es speziell in den Praxen Probleme, die noch mit der ISDN-Direkteinwahl arbeiten und als D2D-Zugangstechnologie noch nicht KV-SafeNet einsetzen.

Um Komplikationen vorzubeugen, bietet die KV Nordrhein den ISDN-Zugang auf ihrem D2D-Server deshalb nur noch bis längstens 30. Juni 2015 an. Weiterer Grund für die Änderung: Der ISDN-Zugang auf dem D2D-Server,

insbesondere mit ISDN-Karten, ist in Sachen Datenschutz und Datensicherheit nicht mehr akzeptabel.

KV-SafeNet ist der sichere Kommunikationsweg der KBV. Diesen gibt es von zertifizierten Providern schon für unter zehn Euro pro Monat. Wenn man bedenkt, dass auch bei der ISDN-Einwahl zusätzliche Datenübermittlungskosten vom Telefonanbieter in Rechnung gestellt werden, kostet KV-SafeNet bei vorhandenem DSL-Anschluss nur wenig mehr, ist aber deutlich schneller und außerdem noch sicherer.



Mehr Infos unter  
[www.kbv.de](http://www.kbv.de) und  
[www.d2d.de](http://www.d2d.de)  
KV | 140911

## Laborüberweisung: Digitales Muster 10

Die KV Nordrhein ermöglicht ihren Mitgliedern bei Plausibilitätsprüfungen bundesweit als erste KV digitale Überweisungen nach Muster 10 vorzulegen – alternativ zu den sonst üblichen Papierformularen.

Hierzu ist der Einsatz des eHeilberufsausweises (eHBA) oder einer anderen Signaturkar-

te für die qualifizierte elektronische Signatur (QES) unabdingbar. Bevor das Labor das digitale Verfahren in der Praxis anwenden kann, bedarf es einer Genehmigung durch die KV Nordrhein. Damit wird sichergestellt, dass das PDF/A-Dokument mit QES den formalen Anforderungen entspricht.

Mehr Infos unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

## App KBV2GO! – Die KBV im Taschenformat

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist nun auch im Taschenformat erhältlich: als App für Smartphones. Die neue Applikation heißt KBV2GO! und enthält den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) inklusive Suchfunktion. Außerdem liefert sie aktuelle Meldungen für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten. Ausgewählte Themen sind dort auch als Videos abrufbar.

Mit der App erweitert die KBV ihr digitales Informationsangebot um einen weiteren Zugangsweg. Neben dem Newsletter Praxis-Nachrichten ist die KBV auch auf Twitter und Youtube aktiv. Auch im hauseigenen Web-TV KV-on macht sie Videos zu ausgewählten The-

men frei zugänglich. Darüber hinaus hat sie ihren Internetauftritt im Frühjahr aufgefrischt und durch Responsive Design noch mobiler und damit flexibler nutzbar gemacht.

KBV2GO! ist neben der BundesArztsuche die zweite App der KBV. Beide Anwendungen sind sowohl für iPhones als auch für Android-Geräte kostenlos erhältlich.

Mehr Infos und der  
Link zum Download  
unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de)



## Jugendarbeitsschutz- untersuchung

Jugendliche dürfen in Deutschland nur dann von einem Arbeitgeber angestellt werden, wenn sie innerhalb der letzten 14 Monate vor Beschäftigungsbeginn von einem Arzt untersucht worden sind. Nach Paragraph 32 des Jugendarbeitsschutzgesetzes muss die Bescheinigung einer Jugendarbeitsschutzuntersuchung dem Arbeitgeber vorliegen.

Die Untersuchung kann von jedem Haus- oder Kinder- und Jugendarzt durchgeführt werden. Der Arzt muss vor allem beurteilen, ob das Ausführen bestimmter Tätigkeiten für den Jugendlichen gesundheitsgefährdend sein könnte oder ihn eventuell in seiner Entwicklung beeinträchtigt.

Die Berechtigungsscheine für die Abrechnung sind beim jeweiligen Meldeamt, in dessen Einzugsgebiet der Jugendliche seinen Wohnsitz hat, erhältlich. Die Ausgabe der Untersuchungsberechtigungsscheine erfolgt kostenlos.

Zur Vorbereitung der Untersuchung erhält der Jugendliche einen Fragebogen, den er mit den Eltern oder Sorgeberechtigten zusammen ausfüllen muss. Bei den Formularen für die Jugendarbeitsschutzuntersuchung handelt es sich um die Muster 242, 243, 244. Diese erhalten Sie über unseren Formularversand.

Zur Vergütung Ihrer Leistungen müssen Sie die Rückseite des Untersuchungsberechtigungsscheines ausfüllen und bei der Gemeinde einreichen, die den Untersuchungsberechtigungsschein ausgegeben hat.

## Empfehlungen zu Schweige- pflicht und Datenschutz

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer haben ihre Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Daten-

schutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis überarbeitet. So werden unter anderem die neuen Regelungen des Patientenrechtegesetzes bei der elektronischen Dokumentation und Archivierung berücksichtigt. Zudem wurden Empfehlungen für die externe Sicherung von Patientendaten außerhalb des eigenen Praxisverwaltungssystems aufgenommen.

*Der komplette aktualisierte Leitfaden zum Datenschutz in der Arztpraxis wurde in der 21. Ausgabe des Deutschen Ärzteblattes vom 23. Mai 2014 veröffentlicht. Sie finden ihn im Internet zum Herunterladen unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de)*

**KV | 140912**

## Zulassungslisten für Praxisverwaltungssysteme

Ärzte können sich auf der Internetseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Praxisverwaltungssysteme (PVS) informieren. Sie können dort unter anderem die Zulassungslisten einsehen oder über die Marktanteile der einzelnen Systeme bzw. PVS-Hersteller erkundigen.

Ärzte, die wissen wollen, ob sich ihr PVS auf dem aktuellen Stand befindet und Daten korrekt verarbeitet werden, können folgenden Test nutzen: Suchen Sie in Ihrer Arzneimitteldatenbank nach der Pharmazentralnummer 10330075. Arbeitet Ihr System korrekt, dann finden Sie ein Bisoprolol ratiopharm® 2,5-/3,75 mg Tabletten mit 100 Stück, das sich seit dem 15. Mai 2014 im Handel befindet.

*Die Infos finden Sie im Internet unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de)*

**KV | 140912**

## Personalienfeld auf Formularen geändert

Das Personalienfeld auf Überweisungsscheinen und anderen Formularen wurde zum 1. Oktober 2014 leicht geändert. Grund ist die Umstellung der Datenverarbeitung von den Formaten der alten Versichertenkarte (KVK) auf die Formate der elektronischen Gesundheitskarte (eGK).

Das Personalienfeld enthält Informationen zum Versicherten, zur Krankenkasse und zum ausstellenden Arzt. Da die Daten im Personalienfeld aufgedruckt werden, musste dieses Feld angepasst werden. Das betrifft auch die Vordrucke für Psychotherapeuten. Um die Umstellung in den Praxen möglichst einfach zu halten, wurde nur wenig geändert:

- Die äußeren Maße des Personalienfeldes, die Anzahl der Zeilen und die Zeichenpositionen bleiben unverändert.
- Das Feld „Kassen-IK“ wurde umbenannt in Kostenträgerkennung. Zwei Begrenzungslinien haben sich dadurch verschoben.

Die neue Bedruckung kann problemlos mit den alten Formularen vorgenommen werden. Die alten Formulare können Praxen also weiter verwenden und aufbrauchen, sie müssen aber ab 1. Oktober 2014 nach den neuen Vorgaben bedruckt werden. Der Formularversand versendet die neuen Formulare erst nach Aufbrauch der alten Muster.

Bei der Blankoformularbedruckung werden die Formulare mitsamt ihrer Inhalte auf Sicherheitspapier gedruckt. Falls Sie dieses Verfahren nutzen, sind die aktuellen Formularversionen mit dem Quartalsupdate des Praxisverwaltungssystems bei Ihnen installiert.

Die alten Krankenversichertenkarten können Sie bis zum 31. Dezember 2014 noch einlesen. Danach gilt nur noch die eGK. Die Änderungen bei den Vordrucken haben darauf keinen Einfluss.

### PVS-Anbieter vorbereitet

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bereitet die Anbieter von Praxisverwaltungssystemen (PVS) bereits seit einem Jahr auf die Umstellung der Datenformate vor. Zusätzlich wird die korrekte Umsetzung im Rahmen einer Zertifizierung geprüft. Die Erfahrung zeigt, dass nicht alle PVS-Systeme die Vorgaben der KBV pünktlich umsetzen.

### Das neue Personalienfeld

Das Diagramm zeigt ein Personalienfeld mit folgenden Datenzeilen:

Testort-Musterkasse/SVA	72
Mustermann-Müller	
Prof. Dr. Johanna von Musterweg 6	20.10.25
D 12345 Musterhausen	12/15
101234567 (A123456789	15 8 8
123456789,123456499	01.10.14

Die Änderungen sind wie folgt beschriftet:

- Erste Druckzeile: WOP-Kennzeichen anstelle VKNR
- Verlängerung des nutzbaren Bereichs um 2 Zeichen
- Länderkennzeichen ist obligat
- Versicherungsschutz-Ende ist optional (entsprechend eGK)
- Kostenträgerkennung ist 9-stellig
- Versichertenart obligat; besondere Personengruppe optional; DMP-Kennzeichen optional

Anschrift: Falls auf der Versichertenkarte nur die Postfach-Adresse des Versicherten gespeichert ist, wird diese mit dem Zusatz „Postfach“ in das Personalienfeld gedruckt.

Hinweis: Die Unterschiede zur bisher üblichen Bedruckung sind rot hervorgehoben und kurz erläutert.

Ab 1. Oktober können Sie dies leicht selbst überprüfen, indem Sie beim Ausdruck von Formularen darauf achten, ob die Kostenträgerkennung – also die Ziffernfolge, die im Personalienfeld direkt über der Betriebsstättennummer steht – in jedem Fall neunstellig gedruckt wird. Im Zweifelsfall fragen Sie bei Ihrem PVS-Anbieter nach, ob das System ein gültiges aktuelles Zertifikat hat. Die zugelassenen Softwaresysteme für die KVK-Ablösung und Kontaktdaten finden Sie auf der Internetseite der KBV.

Die Zulassungsliste KVK-Ablösung sowie alle Informationen zum Thema Formulare und ab 1. Oktober auch die neue Vordrucksammlung finden Sie unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

**KV | 140913**

## Influenza-Impfung – Infos zum Abrechnen und Verordnen

Die ersten Chargen von Xanaflu sind freigegeben und werden über den pharmazeutischen Großhandel ausgeliefert. Die Krankenkassen in Nordrhein hatten die Belieferung mit Grippeimpfstoffen ausgeschrieben; die Abbott Arzneimittel AG hat den Zuschlag für Xanaflu erhalten. Nur in Einzelfällen bei medizinischer Indikation kann von Xanaflu abgewichen werden, ansonsten hat der vereinbarte Grippeimpfstoff nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs Vorrang. Der Influenza-Impfstoff schützt nicht nur gegen die Erreger der saisonalen Influenza, sondern auch – wie bereits seit 2009 – gegen

das Schweinegrippe-Virus A/H1N1. Die Zusammensetzung des Influenzaimpfstoffes für die kommende Saison hat sich gegenüber der Saison 2013/2014 nicht geändert.

## Vergütung und Verordnung

Die Influenzaimpfung wird für die in der Schutzimpfungs-Richtlinie aufgeführten Risikogruppen ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen vergütet. Die Krankenkassen stellen für jede Impfung zusätzliches Geld außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung bereit. Die Influenza-Impfungen werden mit 7,40 Euro je Impfung vergütet. Bei Influenza-Impfungen nach der Schutzimpfungs-Richtlinie beziehen Sie den Impfstoff über den Sprechstundenbedarf. Bitte verordnen Sie auf einem Kassenrezept „Grippeimpfstoff 2014/2015“ oder „Xanaflu 2014/2015 Fertig-spritze ohne Kanüle“ und kennzeichnen Sie das Rezept mit „8“ und „9“. Die Abrechnung erfolgt mit den Symbolnummern 89111 (Standard, Personen über 60 Jahre), 89112 (sonstige Indikationen) und die 89112N (nasal, Kinder zwei bis sechs Jahre).

## Personenkreis mit Impfpflicht

Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Institutes (STIKO) zur Influenzaimpfung haben sich nicht geändert. Sie ist weiterhin als Standardimpfung bei Personen über 60 Jahre und als Indikationsimpfung für folgende Gruppen vorgesehen:

- Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens, beispielsweise

- chronische Krankheiten der Atmungsorgane (inklusive Asthma und COPD)
- chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten
- Diabetes und andere Stoffwechselerkrankungen
- Multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben sowie weitere in Schwere vergleichbare chronische neurologische Krankheiten, die zu respiratorischen Einschränkungen führen können
- Personen mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion
- HIV-Infektion
- Schwangere ab dem zweiten Schwangerschaftsdrittel (bei erhöhtem Risiko infolge eines Grundleidens ab erstem Schwangerschaftsdrittel)
- Bewohner von Alters- und Pflegeheimen
- Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute Risikopersonen fungieren können

## Nasenspray für Zwei- bis Sechsjährige

Die STIKO empfiehlt, bei Kindern von zwei bis sechs Jahren einen nasalen Impfstoff (abgeschwächter Lebendimpfstoff - LAIV) einzusetzen, wenn keine Kontraindikationen bestehen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Empfehlung 2013 auch in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen. Durch die nasale Applikation soll eine mukosale Immunität direkt an der Eintrittspforte der Influenzaviren induziert werden. Sie können bei den Zwei- bis Sechsjährigen den nasalen Impfstoff Fluenz\* einsetzen. Für sieben- bis 17jährige Kinder sollte laut Schutzimpfungs-Richtlinie der inaktivierte Impfstoff eingesetzt werden, in dieser Saison also Xanaflu.

*\*Kontraindikationen für Fluenz: Nach der Fachinformation sollte der nasale Impfstoff Fluenz nicht bei Kindern mit schwerem Asthma und akutem Giemen angewendet werden. Auch bei klinischer Immunschwäche und für Kinder, die gleichzeitig eine Salicylat-Therapie erhalten, ist Fluenz kontraindiziert.*

## 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](http://www.kvno.de) | **KV 140914**

## Beruflich bedingte Indikationen

Aufgrund erhöhter Gefährdung liegen beruflich bedingte Indikationen zum Beispiel bei Personen mit viel Publikumsverkehr und beim medizinischen Personal vor. Die Impfquote beim medizinischen Personal ist mit 22 Prozent (Studie des Robert Koch-Institutes) – trotz expliziter Impfempfehlung der STIKO und der Vorgaben des Arbeitsschutzes – sehr niedrig. Durch den direkten Kontakt mit an Influenza erkrankten Patienten besteht ein erhöhtes Risiko, selbst zu erkranken. Gleichzeitig stellt medizinisches Personal auch eine mögliche Infektionsquelle für die von ihm behandelten und betreuten Patienten dar. Bitte denken Sie daher daran: Mit der Impfung schützen Sie sich selbst und Ihre Patienten. Bitte achten Sie aus Gründen des Arbeitsschutzes auch darauf, dass Ihre Mitarbeiter geimpft sind.

Bei beruflichen Indikationen ist die Leistungspflicht der GKV eingeschränkt, beispielsweise wenn nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) ein spezieller Anspruch gegen den Arbeitgeber besteht.

## Sondervereinbarungen

Für die kommende Influenza-Saison hat die KV Nordrhein mit einigen Krankenkassen Vereinbarungen zur Übernahme der Influenza-Impfung außerhalb der in der Schutzimpfungs-Richtlinie genannten Indikationen geschlossen. Die Vereinbarungen gelten vom 1. Oktober 2014 bis 31. März 2015 für folgende Krankenkassen:

- AOK Rheinland/Hamburg (nur Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre)
- Techniker Krankenkasse
- Kaufmännische Krankenkasse (KKH)
- BKK Demag Krauss-Maffei
- Pronova BKK

Mit Ausnahme der AOK gilt bei den übrigen Krankenkassen keine Altersbegrenzung. Bitte verwenden Sie für die Abrechnung bei die-

sen Impfungen außerhalb der STIKO-Indikationen die Symbolnummer 89112T. Auch diese Impfungen werden mit 7,40 Euro vergütet. Der Impfstoff wird mit dem Muster 16 auf den Namen des Versicherten und zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse verordnet. Bitte kennzeichnen Sie das Rezept mit „8“. Für die Versicherten fallen keine Zuzahlungen an. Eine weitere Besonderheit: Auch in dieser Saison hat die Ausschreibung für den Grippe-Impfstoff keine Gültigkeit für die Influenza-Impfungen außerhalb der STIKO-Indikationen. Damit können für diese Impfungen auch Grippe-Impfstoffe anderer Hersteller verordnet werden. Ausnahme: Der nasale



Grippeimpfstoff Fluenz kann nur im Rahmen der STIKO-Indikation für Kinder von 2 bis 6 Jahren, die infolge eines Grundleidens eine erhöhte gesundheitliche Gefährdung aufweisen, zu Lasten der GKV verordnet werden. Im Rahmen der Sondervereinbarungen für Impfungen außerhalb der STIKO-Indikationen kann der Impfstoff Fluenz nicht verordnet werden.

Zur Information Ihrer Patienten steht im Internet der KV Nordrhein eine Patienteninformation zum Herunterladen bereit. Auf Wunsch können Praxen ein kostenloses Plakat von der KBV erhalten. Weitere Informationen finden Sie im Internet.

Mehr Informationen finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)  
KV | 140915

Die Influenza-Impfsaison ist gestartet.

## Übersicht Influenzaimpfung 2014/2015 in Nordrhein

### Standard- und Indikationsimpfung gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie (alle Kassen)

	SNR	Impfstoff	Bezugsweg
Standardimpfung über 60 Jahre	89111	Xanaflu	SSB
Indikationsimpfung*	89112	Xanaflu	SSB
2 bis 6 Jahre nasal*	89112N	Fluenz	SSB

### Satzungsimpfung (1. Oktober 2014 bis 31. März 2015)

Unter 60 Jahre ohne erhöhte gesundheitliche Gefährdung: <b>TK, KKH, BKK Demag Krauss-Maffei und pronova BKK</b>	89112T	Grippeimpfstoff 2014/15 (nicht nasal)	Einzelverordnung auf den Namen des Patienten
Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre ohne erhöhte gesundheitliche Gefährdung: <b>AOK Rheinland/Hamburg</b>	89112T	Grippeimpfstoff 2014/15 (nicht nasal)	Einzelverordnung auf den Namen des Patienten

- \* ■ Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens wie
- chronische Krankheiten der Atmungsorgane (inklusive Asthma und COPD)
  - chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten
  - Diabetes und andere Stoffwechselkrankheiten
  - Multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben sowie weitere in Schwere vergleichbare chronische neurologische Krankheiten, die zu respiratorischen Einschränkungen führen können
  - Personen mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion
  - HIV-Infektion
- alle Schwangere ab 2. Trimenon; bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ab 1. Trimenon
- Bewohner in Alters- oder Pflegeheimen
- Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute Risikopersonen fungieren können

## Heilmittelvereinbarung 2014: Mehr Praxisbesonderheiten

Nun steht auch die Heilmittel-Vereinbarung für 2014. Abgeschlossen haben sie die Krankenkassen im Rheinland und die KV Nordrhein. Insgesamt stehen für die Verordnung von Physio-, Ergo-, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Podologie 514 Millionen Euro zur Verfügung – das sind knapp 6 Prozent mehr als im Jahr 2013. Die Richtgrößen wurden entsprechend neu berechnet und gelten rückwirkend ab dem 1. Januar 2014.

In 2013 wurden die Symbolziffern zur Kennzeichnung und Anerkennung von Praxisbesonderheiten nicht fortgeführt. Seitdem gilt ein bundeseinheitlicher Katalog von Praxisbesonderheiten, der als Anlage 1 in die Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung in Nordrhein aufgenommen wurde. Die Praxisbesonderheiten dieser Anlage werden durch den ICD-10-Code und einen Indikationsschlüssel gekennzeichnet. Seit 1. Juli 2014 müssen Praxen jeden therapielevanten ICD-10-Code neben dem Indikationsschlüssel auf der Heilmittelverordnung angeben.

Heilmittel mit langfristigem Behandlungsbedarf wurden ebenfalls bundesweit vereinbart. Auch diese Liste wurde bereits 2013 als Anlage 2 in die Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung übernommen. Heilmittel mit langfristigem Behandlungsbedarf gemäß dieser Liste werden ebenfalls als Praxisbesonderheit anerkannt. Die Heilmittel werden direkt „außerhalb des Regelfalls“ verordnet und ebenfalls über die ICD-10-Codierung und den Indikationsschlüssel gekennzeichnet.

Eine weitere Anlage 3a mit regionalen Praxisbesonderheiten konnte ab 2014 für Nordrhein verhandelt werden. Für die in der Tabelle genannten Diagnosen werden Maßnahmen der physikalischen Therapie nach chirurgisch orthopädischen Eingriffen als Praxisbesonderheit anerkannt. Auch hier kennzeichnen die Praxen die Besonderheit über die Kombination von ICD-10-Code und Indikationsschlüssel. ■ HON

### Heilmittel-Richtgrößen 2014

Arztgruppe	AV/RV*	in Euro
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	AV RV	6,09 18,61
Chirurgie einschließlich Gefäß-, Plastische-, Unfall- und Visceralchirurgie	AV RV	13,03 18,54
HNO einschließlich Phoniatrie und Pädaudiologie	AV RV	4,90 2,84
Innere Medizin, hausärztlich	AV RV	6,09 18,61
Innere Medizin, fachärztlich einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	AV RV	2,93 4,90
Kinderheilkunde	AV RV	24,75 32,06
Orthopädie einschl. orthopädischer Rheumatologie	AV RV	26,08 27,95

Für Arztgruppen, die nicht gelistet sind, ist keine Richtgröße vereinbart.  
Die Richtgröße wird für die fachärztlichen Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie (früher Teilgebiet "Rheumatologie") ausgesetzt.

\* AV Allgemeinversicherte [Mitglieder- und Familienversicherte]  
\* RV Rentenversicherte

### Regionale Heilmittel-Praxisbesonderheiten

ICD-10-Code	Diagnose
G56.0	Karpaltunnelsyndrom
I83.9	Varizen der unteren Extremität ohne Ulzeration oder Entzündung
M20.1	Hallux valgus [erworben]
M20.4	sonstige Hammerzehe[n] [erworben]
M23.20 - M23.26	Meniskusschädigungen durch alten Riss oder alte Verletzung
M23.31 - M23.36	sonstige Meniskusschädigungen
M24.41	Habituelle Luxation und Subluxation Schulterregion
M72.0	Fibromatose der Palmarfaszie [Dupuytren-Kontraktur]
M75.3	Tendinitis calcarea im Schulterbereich
M75.4	Impingement-Syndrom der Schulter
M75.5	Bursitis im Schulterbereich
S52.0 - S52.9	Fraktur des Unterarmes
S83.2	Meniskusriss, akut
S83.3	Riss des Kniegelenkknorpels, akut
S83.43	Riss des fibularen Seitenbandes [Außenband]
S83.44	Riss des tibialen Seitenbandes [Innenband]
S83.5-	Verstauchung und Zerrung des Kniegelenks mit Beteiligung des [vorderen] [hinteren] Kreuzbandes
Z47.0	Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixationsvorrichtung

Maßnahmen der physikalischen Therapie | Praxisbesonderheit der Verordnung nur nach chirurgisch orthopädischen Eingriffen | Anl. 3a der HM-VB

Die vollständigen Vereinbarungen finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)

## Verordnung außerhalb des Regelfalls und Langfristgenehmigung

### HEILMITTEL KOMPAKT

Verordnungen außerhalb des Regelfalls sind generell begründungspflichtig und damit grundsätzlich von der Krankenkasse zu genehmigen. Die Mehrzahl der Krankenkassen hat auf die Genehmigung der Verordnungen außerhalb des Regelfalls verzichtet. Folglich brauchen die Patienten dieser Krankenkassen solche Verordnungen nicht zur Genehmigung bei der Krankenkasse vorlegen.

In begründeten Fällen (siehe unten) sollte der Patient bei seiner Krankenkasse dennoch einen entsprechenden Antrag stellen – und zwar unabhängig eines möglichen Genehmigungsverzichts seitens der Kasse. Denn nur wenn die Genehmigung vorliegt, können Sie als behandelnder Arzt davon ausgehen, dass die entstandenen Kosten nicht Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung sind. Dies gilt für besonders schwere Erkrankungen mit funktionellen oder strukturellen Schädigungen, bei denen der Arzt einen kontinuierlichen, langfristigen Therapiebedarf begründet hat. Hier kann der Patient bei seiner Krankenkasse einen Antrag auf Genehmigung langfristiger Heilmaßnahmen stellen (§ 8 Abs. 5 Heilmittel-Richtlinie bzw. § 32 Abs. 1a SGB V).

Durch eine Vereinbarung auf der Bundesebene zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband konnte bereits für eine Vielzahl von Erkrankungen geklärt werden, dass bei diesen generell die Voraussetzungen für eine Langfristgenehmigung vorliegen. Die betreffenden Diagnosen sind in der Anlage 2 zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung und im Anhang zum Merkblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gelistet. Auf der Heilmittel-Verordnung ist der entsprechende ICD-10-Schlüssel anzugeben, damit die Verordnung bei der Ermittlung der

Richtgrößen entsprechend identifiziert werden kann.

Aber auch Patienten, die unter keiner Erkrankung leiden, die unter die in der Anlage 2 gelisteten Diagnosen fallen, können den Antrag bei der Krankenkasse stellen; der Arzt muss diesen, entsprechend der Hinweise des Merkblattes des G-BA, begründen. Voraussetzung ist vor allem, dass bei dem Patienten ein kontinuierlicher und langfristiger (mindestens ein Jahr andauernder) Therapiebedarf besteht. In diesem Fall ist es wichtig, dass bereits mit der Antragstellung alle notwendigen Informationen zum Therapiebedarf zur Verfügung gestellt werden, sodass eine zügige Entscheidung durch die Krankenkasse möglich ist.

Sollten die Angaben auf der Heilmittel-Verordnung einmal nicht ausreichend sein und die Krankenkasse ergänzende Angaben erbiten, sollten diese zeitnah übermittelt werden. Bei solchen Fallkonstellationen ist immer ein Genehmigungsverfahren durchzuführen, selbst dann, wenn die Krankenkasse darauf im Zusammenhang mit Verordnungen außerhalb des Regelfalles verzichtet hat. Lehnt die Krankenkasse die langfristige Genehmigung mit der Begründung ab, dass kein kontinuierlicher oder langfristiger Bedarf gegeben ist, so sind die benötigten Heilmittel weiterhin außerhalb des Regelfalles zu verordnen.

Bei Patienten von Kassen, die nicht auf das Genehmigungsverfahren verzichtet haben, ist bei einer Ablehnung zu unterscheiden, ob die Leistung außerhalb des Regelfalles abgelehnt wurde oder nur die langfristige Genehmigung. Im Fall der Ablehnung der langfristigen Genehmigung ist jede einzelne Verordnung außerhalb des Regelfalles bei der Krankenkasse zur Genehmigung einzureichen.

## 400 Prüfanträge wegen fiktiv zugelassener Arzneien

Wegen der Verordnung fiktiv zugelassener Arzneimittel hat die Prüfungsstelle Regress-Anträge an rund 400 Praxen geschickt. Die AOK Rheinland/Hamburg beanstandete die Verordnung dieser Arzneien aus dem zweiten Halbjahr 2013 und hat Verfahren eingeleitet. Die Kasse bezieht sich in den Anträgen auf ein Urteil des Bundessozialgerichts aus 2005, wonach für Wobe Mugos keine Pflicht zur Übernahme der Kosten durch die gesetzliche Krankenversicherung bestand, weil es sich um ein fiktiv zugelassenes Arzneimittel handelte (Az. B 1 KR 6/04 R - BSGE 95, 132). Fertigarzneimittel, die bereits vor 1978 im Markt waren, galten mit Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes

von 1976 als „fiktiv zugelassen“ um weiterhin verkehrsfähig zu bleiben. Sie sollten sich bis 2005 einer Nachzulassung unterziehen und den Nachweis von Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit erbringen. Einzelne fiktiv zugelassene Präparate sind ohne Nachzulassung noch immer im Handel. Zum Teil verzögern laufende Gerichtsverfahren eine endgültige Entscheidung.

Bei den beanstandeten Präparaten handelt es sich beispielsweise um AHP, Cysto Myacine, Diamox, Pentalong, Tepilta (ist auch aufgrund der Arzneimittel-Richtlinie nicht verordnungsfähig), Myoson und Vagantin. ■ HON

*Eine vollständige Übersicht der fiktiv zugelassenen Arzneimittel finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)*  
KV | 140919

## Erweiterte STIKO-Empfehlungen 2014

Die ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut hat ihre Impfeempfehlungen erweitert.

**HPV-Impfung:** Die Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) empfiehlt die STIKO weiter als Standardimpfung für Mädchen, nun aber für die Altersgruppe von neun bis 14 Jahren. Bisher wurde die Impfung für Mädchen von zwölf bis 17 empfohlen. Je nach Alter, Impfstoff und Impfabstand ist unter Umständen eine dritte Impfung nötig. Darauf verweist die STIKO im überarbeiteten Impfkalendar.

**Pneumokokken:** Bei den Empfehlungen zur Pneumokokken-Indikationsimpfung nennt die STIKO die chronischen Krankheiten der Leber als weiteres Beispiel. Ebenso wurde die Asplenie als Beispiel für wiederholte Pneumokokken-Impfungen ergänzt. Das Cochlea-Implantat ist als Indikation aufgenommen, da sowohl intra- als auch postoperativ das Risiko für Pneumokokken-Meningitiden erhöht ist. Die STIKO empfiehlt für die Standardimpfung für Kinder bis einschließlich zwei Jahren einen Konjugatimpfstoff und für Erwachsene ab 60 Jah-

ren, einmalig einen Polysaccharidimpfstoff einzusetzen. Für eine Indikationsimpfung kann die Impfung mit dem 13-valenten Konjugatimpfstoff (Prevenar 13) oder mit dem 23-valenten Polysaccharid-Impfstoff (Pneumovax 23) erfolgen. Die STIKO gibt hier keine Empfehlung, den einen oder anderen Impfstoff zu bevorzugen. Beide sind mittlerweile ohne obere Altersbegrenzung zugelassen. Wirtschaftliche Aspekte sind zu berücksichtigen.

**Meningokokken:** Für den neuen Meningokokken B-Impfstoff (Bexsero) weist die STIKO darauf hin, dass die derzeitige Evidenz nicht ausreicht, eine generelle Impfeempfehlung auszusprechen. Bexsero ist weder im Sprechstundenbedarf noch auf den Namen des Patienten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig.

Die Änderungen muss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in die Schutzimpfungs-Richtlinie übernehmen, erst dann besteht eine Leistungspflicht der gesetzlichen Kassen. Der G-BA hat mit seiner Entscheidung Zeit bis Anfang Dezember. ■ HON

### Kontakt

**Pharmakotherapieberatung**  
Telefon 0211 5970 8111  
Telefax 0211 5970 8136  
E-Mail [pharma@kvno.de](mailto:pharma@kvno.de)

**Hilfsmittelberatung**  
Telefon 0211 5970 8070  
Telefax 0211 5970 8287  
E-Mail [patricia.shadiakhy@kvno.de](mailto: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](mailto:margit.karls@kvno.de)

## Mehr Hausärzte und bessere Versorgung

Die hausärztliche Versorgung in Nordrhein hat sich seit Einführung der neuen Bedarfsplanung verbessert – das zeigen aktuelle Zahlen. Seit Juli 2013 wendet die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein die neuen Regeln in der Bedarfsplanung an. Sie ermöglichen eine kleinräumigere und genauere Planung und sollen helfen, Lücken innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung zu erkennen und zu schließen. Mit Erfolg, wie eine Zwischenbilanz für Nordrhein belegt.

Im Rheinland waren nach der neuen Richtlinie zunächst 105,5 zusätzliche Hausarztsitze notwendig, um Versorgungslücken in den neu gebildeten Planungsbereichen zu schließen und überall einen Versorgungsgrad von mindestens 100 Prozent zu erreichen. 57,5 dieser Hausarzt-Sitze konnten bereits besetzt werden, 48 neue Hausärzte – vorwiegend für den ländlichen Raum – werden noch gesucht.

„Unsere Versorgungslücke hat sich binnen eines Jahres halbiert. Es gibt jetzt deutlich mehr gut versorgte Gebiete in Nordrhein – damit stemmen wir uns klar gegen den Bundestrend“, sagt Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein. „Die neuen Planungsregionen für Hausärzte, so genannte Mittelbereiche, wurden Anfang 2013 einge-

führt und haben sich positiv auf die hausärztliche Versorgung in Nordrhein ausgewirkt.“

Die kleinräumigere Planung von Hausarztsitzen bewirkt genau das, was beabsichtigt war: Gut versorgte Gebiete bleiben gesperrt, damit sich neue Hausärzte gezielt in den Regionen ansiedeln, wo sie am dringendsten gebraucht werden.

### Regionaler Bedarf neu definiert

Mit der neuen Bedarfsplanung konnte 2013 erstmals ein regionaler Bedarf an Hausärzten ausgewiesen werden, der vorher aufgrund des größeren Zuschnitts der Versorgungsgebiete unberücksichtigt blieb: Die Mittelbereiche lösten den Kreis als Planungsgebiet ab. So wurden Ungleichverteilungen innerhalb der

### Versorgungsgrade der Mittelbereiche im Zeitverlauf

Versorgungsgrad	Anzahl Mittelbereiche (insgesamt 94)		
	07 2013	12 2013	08 2014
unter 75%	3	1	1
75 bis unter 100%	33	29	21
100 bis unter 110%	28	31	38
110% und mehr	30	33	34

Quelle: KV Nordrhein, Anlage 2.2. zur Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Kreise transparent und für das Planungsgeschehen relevant. Die Messlatte für die Bestimmung von Über- und Unterversorgung ist der Versorgungsgrad: 100 Prozent stehen für eine bedarfsgerechte Versorgung.

Die im Zuge der neuen Planung ausgewiesenen Arztsitze sind in Nordrhein in erfreulich kurzer Zeit auf interessierte Praxisgründer gestoßen: Von den drei Mittelbereichen mit einem Versorgungsgrad unter 75 Prozent ist nur noch einer übrig: Kaarst im Rhein-Kreis Neuss.

Noch beeindruckender war das Interesse der Ärzteschaft an den freien Hausarztsitzen in den Planungsgebieten mit einem Versorgungsgrad zwischen 75 und 100 Prozent: 12 dieser Mittelbereiche haben im letzten Jahr die 100-Prozent-Schwelle überschritten.

Es ist auch ein Ziel der Bedarfsplanung, dass dieser positive Trend nicht zu lokaler Überver-

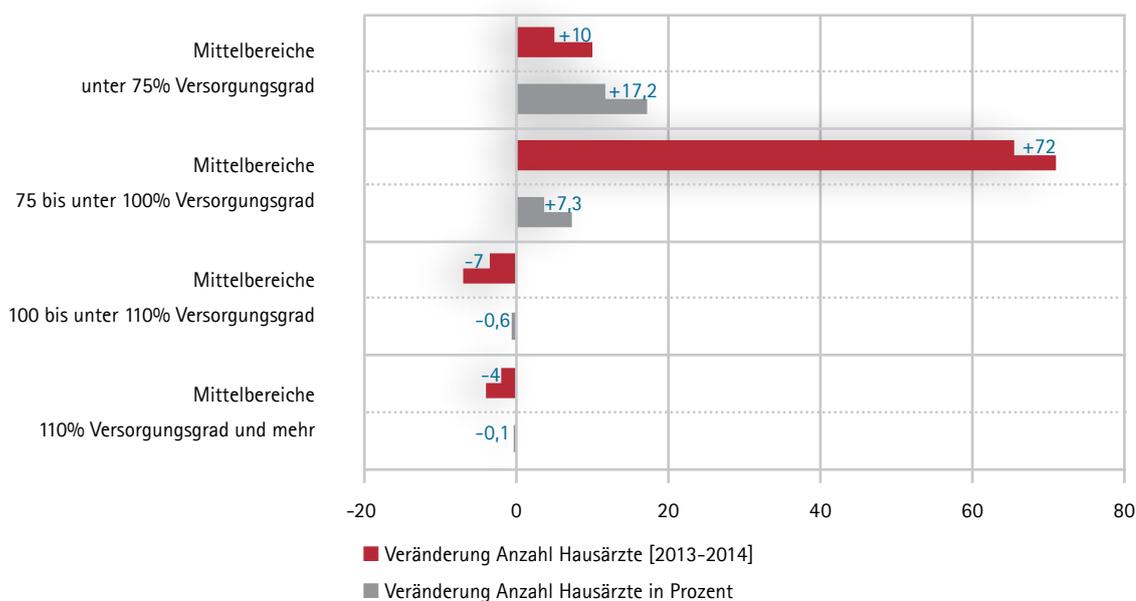
sorgung führt. Unter diesem Aspekt lohnt ein genauerer Blick auf die Entwicklung in Nordrhein: Die Anzahl der Hausärzte ist in den Mittelbereichen mit über 100 Prozent Versorgungsgrad nicht weiter angestiegen – im Gegensatz zu den Gebieten, in denen die neue Bedarfsplanung freie Sitze ausgewiesen hat. Die Analyse der Veränderung der Hausarzt-Zahlen seit Beginn der neuen Bedarfsplanung zeigt: Je dringender der Bedarf, desto höher der Zuwachs an Hausärzten.

Auch die kartografische Betrachtung der Entwicklung des letzten Jahres zeigt die Wirkung der neuen Bedarfsplanung. Vielerorts wurden Versorgungslücken geschlossen oder zumindest der Versorgungsgrad spürbar verbessert.

### Mehr Ärzte, aber nicht mehr Mittel

Der positive Befund darf freilich nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auch langfristig schwierig bleiben wird, die ambulante Versor-

## Veränderung der Hausarzt-Zahlen seit Einführung der neuen Bedarfsplanung



Quelle: KV Nordrhein, Anlage 2.2. zur Bedarfsplanungs-Richtlinie.

gung auf dem heutigen Niveau zu halten. Die Zahl der Hausärzte, die in den Ruhestand gehen, wird höher sein als die Zahl der Zugänge – bei steigendem Behandlungsbedarf der immer älter werdenden Patienten. Der Anteil der Hausärzte, die über 60 Jahre alt sind, ist in den vergangenen fünf Jahren in Nordrhein von 16 auf 27 Prozent gestiegen. Viele von ihnen werden in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen und Nachfolger für ihre Praxen suchen. „Wir müssen deshalb weiterhin verstärkt den hausärztlichen Nachwuchs sichern“, betont Potthoff, „und wir müssen uns auch auf eine Zukunft vorbereiten, in der weniger Ärzte für mehr Patienten mit mehr Behandlungsbedarf zur Verfügung stehen werden.“

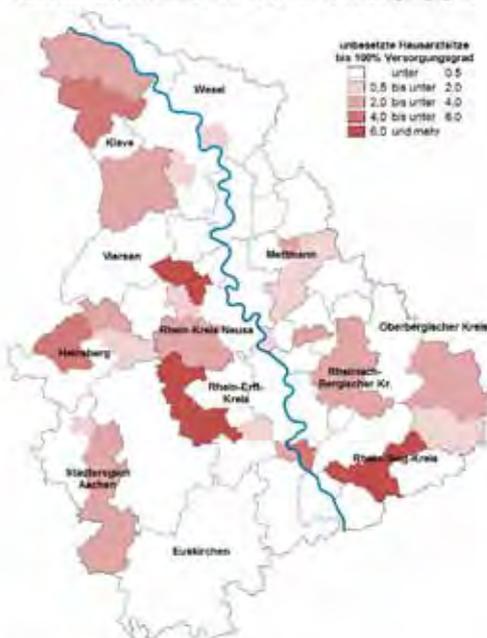
Der KV-Vorsitzende fordert Unterstützung: „Es kann nicht sein, dass wir die Versorgung verbessern, ohne die notwendigen finanziellen Mittel für die neuen Ärzte zu erhalten.“ Zumal die strukturelle Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung in Nordrhein andauert: Seit Jahren steht für die Versorgung der Versicherten in Nordrhein weniger Geld zur Verfügung als in anderen Bundesländern – und damit auch weniger Vergütung für die niedergelassenen Ärzte und Therapeuten. „Das gefährdet auf Dauer die Qualität der Versorgung und hält den Nachwuchs davon ab, sich in Nordrhein niederzulassen.“ ■ MIGUEL TAMAYO

Mehr Informationen, Grafiken und Karten erhalten Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)>Bedarfsplanung

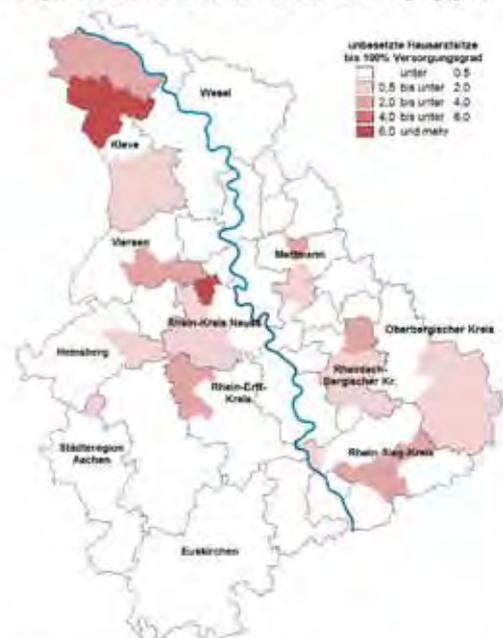
## Weniger freie Hausarztsitze

Die Karten zeigen die Zahl der freien Hausarztsitze. Im Juli 2013 waren es noch 105,5 Sitze, im Juli 2014 nur noch 48. Hier zeigt sich der Einfluss der neuen Bedarfsplanung: Versorgungslücken schließen sich.

Juli 2013: 105,5 Hausärzte fehlen zu 100 % Versorgungsgrad



August 2014: 48 Hausärzte fehlen zu 100 % Versorgungsgrad



Bei uns werden Sie sicher fündig!

# KVbörse

Von Praxisübernahme über  
Kooperationen bis hin zu  
medizinischen Geräten:

[www.kvboerse.de](http://www.kvboerse.de)



## Weichen für Notdienstreform gestellt

Die geplante Reform des Notfalldienstes in Nordrhein bleibt umstritten, wie die Debatte in der Vertreterversammlung (VV) vom 12. September zeigte. Die Skeptiker rieben sich am Konzept, das der Notdienstausschuss der VV präsentierte, welches unter anderem die mögliche Zahl und Standorte der Notdienstpraxen enthält. Eine deutliche Mehrheit aber wünscht, dass es vorangeht – und stimmte für eine Fortsetzung der Detailarbeit.



Weniger Notdienstpraxen als zurzeit – das ist ein wichtiger Punkt des Simulationsmodells, das der Notdienstausschuss der VV den Kreisstellen vorstellt.

Zum Konzept gehört unter anderem eine Simulation, nach der rechnerisch 42 Notdienstpraxen für eine flächendeckende Versorgung benötigt würden. Beschlossen wurde auch eine Abfrage bei den Kreisstellen, welche Sondersituationen vor Ort berücksichtigt werden sollten. Sowohl bei der Zahl der Notdienstpraxen als auch beim Sitz- und Fahrdienst sollen einheitliche Korrekturfaktoren gelten, die Fläche, Einwohner, Entfernung, Fahrzeit und Erreichbarkeit berücksichtigen.

In den Ausschuss Honorarverteilungsmaßstab (HVM) überwiesen wurde ein Antrag, der vorsieht, dass die für den Notfalldienst und die Notfallbehandlung in den Krankenhäusern

aufgewendeten Honorare und Kosten die von den Krankenkassen dafür zur Verfügung gestellten Mittel nicht mehr überschreiten. Diese Regelung soll zudem bereits ab 2015 greifen.

Begonnen hatte die VV mit einer Gratulationskur und einer schlechten Nachricht – der dann viele gute Neuigkeiten folgten. Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Nordrhein, beglückwünschte zunächst den neuen Vorstand der Ärztekammer Nordrhein und die im Amt bestätigte Spitze mit Präsident Rudolf Henke und Vize Bernd Zimmer, der auch Mitglied in der VV der KV Nordrhein ist. Ebenso gratulierte Bergmann im Namen der KV Nordrhein dem neuen Vorstand der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Präsident Gerd Höhner und seinem Stellvertreter Andreas Pichler.

### Facharzthonorare bleiben inakzeptabel

Keine frohe Kunde hatte Bergmann für die Fachärzte: „Die Honorarentwicklung vor allem im fachärztlichen Sektor ist in Nordrhein weiterhin desaströs, anders als im hausärztlichen Bereich“, sagte Bergmann, der wie immer einen detaillierten Honorarbericht präsentierte. „Die weit offene Schere zu den übrigen Bundesländern und dem Bundesdurchschnitt bleibt. Der aktuelle Honorarabschluss der KBV kann dieses Problem in keiner Weise mildern“, so Bergmann. Das Gegenteil sei der Fall: „Mit jeder Erhöhung der Honorare wird die Schere

größer, da wir auf einer viel niedrigeren Basis aufsetzen."

Zu der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband nahm auch Bernhard Brautmeier Stellung. Der stellvertretende Vorsitzende der KV Nordrhein kommentierte das Ergebnis, das eine Steigerung der vertragsärztlichen Vergütung um 2,5 bis 2,8 Prozent bringt (siehe Seite 7). „Der Abschluss ist heftig kritisiert worden – sicher wäre die KBV besser beraten gewesen, die Forderung in Höhe von fünf Milliarden nicht in den Mund zu nehmen“, so Brautmeier. Aber: „Der Einstieg in die extrabudgetäre Vergütung ist zum Teil gelungen.“

Zu den guten Nachrichten in der Vertreterversammlung gehörte auch die mit der AOK Rheinland/Hamburg vereinbarte Erweiterung des seit 1. Juli geltenden Hausärzte-Strukturvertrags. Die zusätzlichen Module treten zum 1. Oktober in Kraft und enthalten Extravergütungen der am Vertrag teilnehmenden Hausärzte für Hausbesuche, Dringlichkeitsbesuche, Pflegeheimbesuche, Überleitungsmanagement und Arzneimittelcheck.

## Mehr Hausärzte

Noch eine gute Nachricht aus dem hausärztlichen Bereich verkündete Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein: Die hausärztliche Versorgung hat sich seit Einführung der neuen Bedarfsplanung verbessert. Von den 105,5 neuen Hausarztsitzen, die nach den neuen Berechnungen notwendig waren, um Versorgungslücken zu schließen, konnten binnen eines Jahres 57,5 besetzt werden. „Unsere Versorgungslücke hat sich also halbiert. Es gibt jetzt deutlich weniger schlecht versorgte und mehr gut versorgte Gebiete in Nordrhein“, sagte Potthoff, verbunden mit dem Hinweis, „dass wir leider keine zusätzlichen Mittel für die Honorierung der zusätzlichen Ärzte erhalten.“

Hoffnung auf ein Ende der Benachteiligung Nordrheins bei den Mitteln für die vertragsärztliche Versorgung äußerte Potthoff aufgrund der jüngsten Entwicklung auf Bundesebene. Die Bundesregierung will im Rahmen des „Versorgungsstrukturgesetzes II“ prüfen, ob unbegründete regionale Unterschiede bestehen. „Da der Weg einer Verhandlungslösung durch das jüngste Urteil des Bundessozialgerichts versperrt ist, bleibt nur eine gesetzliche Lösung“, sagte Potthoff. ■ DR. HEIKO SCHMITZ



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

**Kontakt**  
KV Nordrhein  
IT-Servicedesk  
Telefon 0211 5970 8500  
Telefax 0211 5970 9500  
E-Mail [portal@kvno.de](mailto:portal@kvno.de)

**[www.kvno-portal.de](http://www.kvno-portal.de)**  
Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

# Beschlüsse der Vertreterversammlung



Die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein fasste am 12. September 2014 folgende Beschlüsse.

## Notdienst

### Simulationsmodell für die Notdienstpraxen

Der Notdienstausschuss der VV wird beauftragt, das Simulationsmodell für die allgemeinen ärztlichen Notdienstpraxen den Kreisstellen vorzulegen und eine zeitnahe schriftliche Stellungnahme mit-

tels eines Fragebogens einzuholen.

*Antrag: Notdienstausschuss der VV*

### Vorschläge zur Optimierung des Fahrdienstes

Der Notdienstausschuss der VV und der Vorstand werden beauftragt, Vorschläge zur Optimierung des Einsatzes des Fahrdienstes insbesondere durch die Verbesserung der Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten zu erarbeiten. Hierzu sollen aus eigener mehrjähriger Teilnahme mit der Praxis des allgemeinen ärztlichen Notdienstes ver-

traute Ärztinnen und Ärzte gebeten werden, die derzeitige Praxis und Struktur der Kommunikation und Patientenlenkung in der Arzttrufzentrale sowie in einigen Notdienstpraxen zu evaluieren und Verbesserungsmöglichkeiten zu benennen.

*Antrag: Notdienstausschuss der VV*

### Einheitliche Korrekturfaktoren bei der Planungsarbeit

Zur Objektivierbarkeit der Entscheidungen bzw. Planung des Notdienstausschusses der VV sollen bei der Planungsarbeit einheitliche Korrekturfaktoren Anwendung finden; dies gilt sowohl für die Kalkulation der maximalen Anzahl der Notdienstpraxen als auch der Besetzung der Sitzdienste und

Fahrdienste. Die Korrekturfaktoren sollen mindestens berücksichtigen: Fläche, Einwohner, Entfernung, Fahrzeit bzw. Erreichbarkeit.

*Antrag: Notdienstausschuss der VV*

## Honorarverteilungsmaßstab

### HVM-Änderung ab 1. Oktober 2014

Der HVM mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2014 in der Fassung des Rheinischen Ärzteblattes 9/2014, Seite 90 f (Erscheinungsdatum 29. August 2014) wird mit Wirkung zum 1. Oktober 2014 wie folgt modifiziert: In § 11 Abs. 1 wird folgender neuer

Satz 2 eingefügt: „Die Bekanntgabe des Bescheides erfolgt schriftlich durch Übersendung per Post.“

*Antrag: HVM-Ausschuss*

## SAPV-Teams in Solingen und Krefeld

Auch in Solingen und Krefeld können schwerstkranke und sterbende Menschen jetzt umfassend in ihrer häuslichen Umgebung betreut werden. Dies ermöglicht der Vertragsabschluss über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Die Patienten können somit auf ihren Wunsch zu Hause medizinisch und pflegerisch versorgt werden, bei Bedarf auch rund um die Uhr. Der letzte Lebensabschnitt wird so im vertrauten Umfeld verbracht – und nicht im Krankenhaus oder in einem Hospiz.

Das „SAPV-Team Solingen“ bietet seit dem 1. September 2014 die SAPV für Solingen (über 155 000 Einwohner) an. Das Palliative-Care-Team „Home Care Städteregion Aachen gGmbH – Betriebsstätte Krefeld“ leistet die SAPV-Versorgung für die Stadt Krefeld (rund 222.000 Menschen).

Die gesetzlichen Krankenkassen und die Kassenz ärztliche Vereinigung Nordrhein, die die Verträge mit den Palliative-Care-Teams geschlossen haben, begrüßten das Verhandlungsergebnis im Sinne der Schwerstkranken. „Es ist außerordentlich erfreulich, dass wir es in Nordrhein geschafft haben, nahezu flächendeckend die bundesweit beste Palliativversorgung für die Patienten zu etablieren“, sagte Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein.

Für die Versorgung in Solingen stehen sechs qualifizierte Palliativ-Ärzte (niedergelassene und stationär tätige Mediziner) bereit. Dazu kommen acht qualifizierte Palliativ-Pflegefachkräfte des Pflegedienstes Medicus und des Diakonischen Werks Bethanien-Mobil. In Krefeld leisten neun qualifizierte Palliativ-Ärzte (niedergelassene Mediziner) die SAPV. Dazu kommen neun qualifizierte Palliativ-Pflegefachkräfte des Caritasverbandes. ■ NAU

Ausführliche Infos zur spezialisierten und allgemeinen ambulanten Palliativversorgung unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)  
KV | 140927

### SAPV-Versorgung in Nordrhein

In den rot markierten Regionen bestehen SAPV-Verträge. In den schraffierten Bereichen sind Verträge in Vorbereitung.



## „Hitzefrei“ trotz Wechseljahre

Viele Frauen erwarten die Wechseljahre mit großer Unsicherheit oder leiden jahrelang unter ihren Folgen. Erfahrene Frauenärzte beantworteten dazu zahlreiche Fragen beim Ratgeber Gesundheit der KV Nordrhein und der Rheinischen Post.



Im Durchschnitt setzen die Wechseljahre im Alter von 47 Jahren ein. Das Klimakterium geht oft mit unangenehmen Begleitscheinungen einher.

ohne größere Probleme erlebt. Diese Erfahrung machen die beiden Düsseldorfer Frauenärzte Dr. med. Tobias Resch und Melanie Suntinger. Als Experten war es bei der Ratgeberveranstaltung der KV Nordrhein in Kooperation mit der Rheinischen Post zum Thema „Hitzefrei‘ trotz Wechseljahre“ ihr erklärtes Ziel, Frauen dabei zu helfen, ihre Lebensqualität zu erhalten.

Resch hatte seinen Vortrag „Wenn die Hormone verrückt spielen – was geschieht im Körper?“ betitelt. Er überraschte die Zuhörer mit einem Vergleich: „Wenn die Produktion der Geschlechtshormone nachlässt, reagiert der Körper wie ein Kutscher: Er gibt immer wieder die Peitsche, damit die Eierstöcke arbeiten.“ Auf diese Weise kommen nach seinen Worten die schwankenden Hormonwerte zustande, deren Folgen Frauen oft spüren: Ein Man-

gel an Hormonen Sorge beispielsweise dafür, dass der Körper weniger Flüssigkeit produziere und die Hautschichten in der Folge dünner würden, erläuterte Resch.

Die Zeit des Wandels bedeutet für seine Kollegin Melanie Suntinger eine Anregung zum Nachdenken über das Leben. Sie stellte Tipps und Tricks für den Alltag vor. Zum Beispiel rät die Medizinerin, den Lebenswandel zu überprüfen und zu überlegen, was sich verändern ließe, um die Gesundheit in den kommenden Jahren möglichst zu erhalten. Suntinger: „Wer abnimmt oder mit dem Rauchen aufhört, kann etwas gegen spätere Blutdruckprobleme unternehmen.“ Ein wichtiges Thema für Frauen in den Wechseljahren ist die Hormontherapie – hierzu gab es viele Fragen aus dem Publikum.

### Hormonbehandlung: Risiken und Nutzen

Eine solche Ersatzbehandlung kann aus Sicht der Experten bei Mangelerscheinungen durchaus sinnvoll sein, wenn sie individuell angepasst wird. Melanie Suntinger gab einen Überblick über Studien zu den Risiken von Hormonbehandlungen und beruhigte: „Sie verursachen in den seltensten Fällen Krankheiten, zumal man heute Gele oder Pflaster nutzt, welche die Leber nicht belasten.“ Riskant werde es etwa, wenn Frauen diese Therapie anwenden, die übergewichtig sind und rauchen. Insofern gilt nach Worten der Mediziner: Den Frauenarzt rechtzeitig auf starke Wechseljahresprobleme hinweisen und gemeinsam Risiken und Nutzen einer Hormonbehandlung abwägen.

■ NATASCHA PLANKERMANN

# CIRSNRW

in der KVWL

# Gipfel



Critical Incidence:  
Fehler verstehen und  
Risiken mindern!

19. November 2014

Wie konnte das passieren?

Schirmherrin: Barbara Steffens  
Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter  
des Landes Nordrhein-Westfalen

## PROGRAMM

ab 12.30 Uhr	<p><b>Registrierung, Imbiss Austausch und Kontakt</b></p> <p><b>Gesamtmoderation</b> Andreas Daniel, Stabsbereichsleiter Politik und Public Affairs, KVWL</p>
14 – 14.15 Uhr	<p><b>Begrüßung und Eröffnung</b> Dr. med. Wolfgang-Axel Dryden, 1. Vorsitzender der KVWL</p>
14.15 – 15.15 Uhr	<p><b>Einführungsvortrag</b> „Effektive Nutzung des CIRSNRW-Potenzials: Beteiligung und Lernen gezielt fördern“ Prof. Dr. Dieter Conen Präsident der Stiftung Patientensicherheit Schweiz und Prof. Dr. Tanja Manser Direktorin des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn</p>
15.15 – 16.45 Uhr	<p> WORKSHOPS I bis V</p>
16.45 – 17.15 Uhr	<p><b>Pause</b></p>
17.15 – 18.30 Uhr	<p><b>Präsentation der Ergebnisse der Workshops</b></p>
18.30 Uhr	<p><b>Ende der Veranstaltung</b></p>

Der CIRSNRW-Gipfel 2014 ist zertifiziert  
mit sechs Fortbildungspunkten.

Die Teilnahme ist kostenlos.

Anmeldung bis zum 3. November 2014 unter [www.cirsgipfel.org/anmeldung](http://www.cirsgipfel.org/anmeldung)

## WORKSHOP I

Hermann Grube, AWARENESS UG, Safety Management und Human Factors Training

**Unternehmensziel Sicherheit –  
von Hochrisikobereichen lernen**

Moderation: Andreas Kintrup, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

## WORKSHOP II

Dr. med. Michael Gössling, Christophorus Kliniken, Coesfeld-Dülmen-Nottuln  
Ulrich Erdbories, Josephs-Hospital, Warendorf

**Meldesystem für uns –  
CIRSNRW dauerhaft erfolgreich machen**

Moderation: Robert Färber, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

## WORKSHOP III

Nadine Benner, Kern Apotheke Düsseldorf; Sarah Krebs, Diakonie Düsseldorf

**Miteinander sprechen –  
Arzneitherapie gemeinsam verbessern**

Moderation: Anke Follmann, Ärztekammer Westfalen-Lippe

## WORKSHOP IV

Susanne Eschkötter, St. Franziskus-Hospital, Münster

**Fehler nutzen – aus kritischen Ereignissen lernen**

Moderation: Christoph Fedder, Ev. Krankenhaus Hagen-Haspe

## WORKSHOP V

Prof. Dr. Tanja Manser, Institut für Patientensicherheit der  
Universität Bonn

**Wunschtraum Fehlerfreiheit? –  
Fehler psychologisch verstehen**

Moderation: Dr. med. Markus Holtel,  
Christophorus-Kliniken, Coesfeld-Dülmen-Nottuln



## Diktieren statt Tippen

Arbeitsbelastung und Zeitdruck im täglichen Praxisbetrieb erschweren es, die hohen rechtlichen Anforderungen an die Dokumentation ärztlicher Untersuchungen und Behandlungen zu erfüllen. Aber ungenaue oder unvollständige Dokumentation wird in rechtlichen Auseinandersetzungen zur Stolperfalle des Arztes. In Umfang und Präzision angemessene ärztliche Dokumentation erfordert daher intelligent gewählte Hilfsmittel. Was moderne Sprachsoftware leisten kann, berichtet Dr. med. Oscar Pfeifer, Hausarzt aus Essen und Mitglied der Qualitätsmanagement-Kommission der KV Nordrhein.

Textbausteine zur Erleichterung der Dokumentation sowie zur Erstellung von Berichten nutzen viele Praxen. Komplexe und individuelle Texte werden aber meist unmittelbar vom Untersucher geschrieben oder auf Datenträger zur weiteren Verarbeitung diktiert. Durch Nutzung moderner Sprachsoftware lässt sich dieser Vorgang erheblich verkürzen und erleichtern.

Sollten Sie vor mehreren Jahren einen Versuch mit Sprachsoftware unternommen haben und dabei unzufrieden gewesen sein, so vergessen Sie für einen Moment diese schlechten Erfahrungen. Deutliche Verbesserungen der Software sowie die Verfügbarkeit schneller Hard-

ware haben zu einer beeindruckenden Optimierung digitaler Sprachverarbeitung geführt.

Die Vorteile direkter Sprachumwandlung sind offensichtlich: Der Umweg über Diktiergerät sowie delegiertes Tippen entfällt; die unmittelbare Ansicht des geschriebenen Textes erlaubt einen Überblick über den Gesamtzusammenhang sowie die sofortige Korrektur von Fehlern.

### Lernfähige Systeme

Moderne Spracherkennungssysteme liefern dazu praktische Tools und erlauben schnelle Adaptation an persönlichen Sprachfluss und individuelles Vokabular. Allerdings ist es nötig,



sich zu Beginn für zwei bis drei Stunden mit der Software zu beschäftigen. Dies ist ausreichend, um danach weitgehend fehlerfreie Texte zu verfassen. Voraussetzung für die richtige Worterkennung ist ein relativ ruhiges Umfeld, da insbesondere laute Stimmen aus der Umgebung mitunter zu Eingabefehlern führen.

Die Systeme sind lernfähig und optimieren ihre Funktion im laufenden Gebrauch. Wird der Pfad zu einem Verzeichnis mit bereits erstellten Dokumentationen und Berichten eingepflegt, erfolgt die automatische Ermittlung benutzter Fachbegriffe, die dann beim Diktat problemlos erkannt werden.

Nicht nur der gesprochene Text wird umgesetzt, sondern auch Satzzeichenbefehle, Formatierungsbefehle sowie gesprochene Korrekturen. Darüber hinaus ist es möglich, individuell Handlungsbefehle zu definieren. Damit können Sie gängige Computeranweisungen – die sonst mit Tastatur oder Maus eingegeben werden – durch Sprachbefehle ersetzen.

In der Sprechstunde können nach dem Gespräch mit dem Patienten oder nach dessen Untersuchung Informationen zeitnah und mit bester gedanklicher Präsenz diktiert werden. Da dies bedeutend leichter und schneller ist

als das – oft auf zwei Finger beschränkte – Tippen, ist die Dokumentation viel zeitsparender bzw. umfassender und detaillierter.

### Auch für Briefe und Mails

Besonders Ärztinnen und Ärzte, die keine schnelle Tastatureingabe beherrschen und umfangreiche individuelle Dokumentationen oder Berichte erstellen, profitieren davon. Wer sich erst einmal an die Nutzung einer Diktiersoftware gewöhnt hat, benutzt sie bald auch für tägliche Schriftwechsel und E-Mails.

Grundsätzlich können Sie alle Texte in Programmen mittels der Sprachsoftware erstellen. Beim Versuch, die Standardversion von Diktierprogrammen innerhalb der Praxissoftware zu nutzen, erlebt man allerdings mitunter eine unangenehme Überraschung. Die Hersteller verhindern diese Nutzung gezielt und verweisen auf die erheblich teurere medizinische Version ihres Programms. Diese sind unter anderem im Bereich des Vokabulars für den Einsatz in der ärztlichen Praxis und im Krankenhaus optimiert. ■ DR. OSCAR PFEIFER

Der Autor benutzt „Dragon Dictate Naturally Speaking“ in der Version 12.5. Er unterstützt das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) sowie die Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung im Bereich Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement sowie ärztliche Dokumentation.



Die Steuerleiste sowie das Hilfenümenü des Sprach-Programms sind in jedem geöffneten Programm verfügbar. Wird das Mikrofon aktiviert, setzt das Programm Ihre Sprache an der Position des Cursors in Schrift um.

## Haftung bei Hygienemängeln

„Der Arzt hat seinen Praxisbetrieb so zu organisieren, dass ein Patient im Zusammenhang mit der Behandlung in der Sprechstunde nicht zu Schaden kommt.“ So sagt es das Richterrecht. Zu den Dingen, die in medizinischen Einrichtungen zu organisieren sind und die im Zusammenhang mit Behandlungsfehlervorwürfen immer wieder auftauchen, zählt die Hygiene.



Wer die Hygiene-Vorschriften einhält, reduziert das Risiko von Infektionen und Entzündungen – und ist gegen Behandlungsfehler-Vorwürfe gewappnet.

Der Behandlungsvertrag, der als Dienstvertrag definiert wird, verpflichtet Ärztinnen und Ärzte zu sorgfältiger Arbeit – nicht zu einem Erfolg. Das Auftreten von Komplikationen ist also nicht per se ein Behandlungsfehler. Ärzte haften nur dann bei Schäden,

wenn Sorgfaltsmängel zu diesen geführt haben. Wann aber ist ein Wundinfekt, die Entstehung eines Abszesses oder eines Gelenkempyems ein durch Sorgfaltsmängel begründeter Behandlungsfehler?

Zu der geschuldeten Sorgfalt zählt – neben einer guten Indikationsstellung und Aufklärung – die Einhaltung der Hygienestandards. Jede Injektion und Punktion stellt eine Gefahr für eine Verschleppung von Keimen dar. Auch wenn Praxen bei einem Eingriff alle Hygiene-Vorschriften einhalten, ist ein Wundinfekt nicht mit absoluter Sicherheit zu verhindern. Wurden aber nachweislich die Hygienestandards eingehalten, so wird in der Regel die Entstehung von Entzündungen oder Infektionen als schicksalhaft angesehen.

Bei Eingriffen an oder Infiltrationen in ein Gelenk, bei Infiltrationen paravertebral und spinalen Punktionen ist es besonders wichtig,

die Hygienestandards einzuhalten. Corticoid-Injektionen in Gelenke bedürfen einer strengen Indikation und Risikoaufklärung des Patienten.

Kommt es bei nicht indizierter intraartikulärer Injektion zu einer Infektion, wird dies in der Regel als Behandlungsfehler eingestuft. Auch zeitlich zu rasch aufeinanderfolgende intraartikuläre Injektionen werten Richter respektive Gutachter meist als Behandlungsfehler, da dadurch Infektionen begünstigt werden. Hier ist der Patient über Alternativen aufzuklären – und diese sollten auch empfohlen werden.

### Hygieneplan und Qualitätsmanagement

Die Grundlage für einen erfolgreichen Nachweis, dass die Hygienestandards eingehalten werden, ist das Vorliegen eines aktuellen Hygieneplans. Er ist Bestandteil des Qualitätsmanagements (QM) und in medizinischen Einrichtungen mit invasiven Eingriffen vorgeschrieben.

Der Hygieneplan legt alle hygienischen Maßnahmen fest, von der Hände- und Oberflächenreinigung/-desinfektion über die Aufbereitung medizinischer Geräte und Medizinprodukte. Auch der Umgang mit Medikamenten und der Abfallentsorgung wird beschrieben und Zuständigkeiten festgelegt. Fehlt ein solcher Plan, wird im Streitfall angenommen, dass grundlegende Regelungen nicht getroffen wurden und somit Hygienemängel bestehen.

Den Hygieneplan als wesentlichen organisatorischen Baustein muss das Praxisteam im Alltag mit Leben erfüllen. Eine angemessene Dokumentation der im Einzelfall durchgeführten hygienischen Maßnahmen ergänzt den Plan.

Bei routinemäßigen Vorgängen wie Blutentnahmen reicht es, wenn im Hygieneplan oder QM-Handbuch das standardisierte Vorgehen beschrieben und glaubhaft so durchgeführt wurde. Bei Eingriffen, die unter sterilen Kauteilen zu erfolgen haben, sind diese kurz zu dokumentieren. Auch dabei kann ein schriftlich fixierter Standard die Dokumentation abkürzen.

Bei Behandlungsfehlervorwürfen, bei denen die Einhaltung der Hygieneregeln und -standards strittig ist, werden Hygienepläne und -protokolle, Sterilisationsdokumentationen und OP-Berichte herangezogen und genau geprüft. Da kann zum Beispiel die ausreichende Einwirkzeit eines Antiseptikums und die persönliche Hygiene, also etwa Händedesinfektion, Mundschutz oder sterile Handschuhe, im Fokus stehen. Wer bei einer Gelenkpunktion oder tiefen Infiltrationstherapien ein steriles Vorgehen nicht einhält (oder dieses nicht dokumentiert), wird mit hoher Wahrscheinlichkeit bei einer Infektion haftungsrechtliche Probleme bekommen.

Achten Sie auch auf die Sicherheitsaufklärung: Sollte trotz aller Hygienevorschriften eine Entzündung/ein Infekt eintreten, so sollten die Patienten darüber aufgeklärt worden sein, dass

dies passieren kann. Wichtig ist der Hinweis, dass sie bei entsprechenden Symptomen, die zu benennen sind, sofort einen Arzt aufsuchen.

### Schutzkleidung stellen

Hygiene ist nicht nur im Zusammenhang mit der Patientenversorgung ein relevantes Thema. Praxisinhaber sind auch als Arbeitgeber verpflichtet, Hygienestandards einzuhalten. Die Beschäftigten einer Praxis sind über die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) unfallversichert; Arbeitgeber respektive Praxisinhaber müssen auch nach Vorschriften der BGW hygienische Anforderungen erfüllen.

Daraus resultiert unter anderem die Pflicht, persönliche Schutzkleidung zur Verfügung zu stellen. Kommt es zu einem Arbeitsunfall, weil ein Arbeitgeber fahrlässig Vorschriften missachtet hat, so wird die BGW zwar die Kosten übernehmen, kann sich diese aber vom Arbeitgeber erstatten lassen. Außerdem besteht das Risiko eines Bußgeldes in Höhe von bis zu 10.000 Euro bei Verstößen gegen die Unfallverhütungsvorschriften bzw. Berufsgenossenschaftliche Vorschriften für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz.

■ DR. MED. DAGMAR M. DAVID, IQN

*Die Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung bietet am 3. Dezember die Fortbildung „Hygiene und Desinfektion in der Arztpraxis“ zur Bestellung einer/s Hygienebeauftragten an. Kontakt: Kirsten Lautenschlager, Telefon: 0211 4302 2848, E-Mail: [kirsten.lautenschlager@aeqno.de](mailto:kirsten.lautenschlager@aeqno.de) Mehr Informationen zum Thema Hygiene unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | KV 140933*

## Hygieneberater der KV Nordrhein

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

Gerne beraten wir Sie auch vor Ort in Ihrer Praxis.

**Patrick Ziech**  
Telefon 0211 5970 8489  
E-Mail [hygiene@kvno.de](mailto:hygiene@kvno.de)



## Chroniker-Bestimmungen gibt es viele

Der Begriff „chronisch krank“ oder „Chroniker“ ist aus abrechnungstechnischer Sicht unterschiedlich definiert. In den vergangenen Monaten erreichten die Serviceteams viele Fragen zu den verschiedenen Regelungen. Chroniker-Bestimmungen gibt es im Sozialgesetzbuch V, im Einheitlichen Bewertungsmaßstab, im Hausärzte-Strukturvertrag und den Disease-Management-Programmen. Zudem spielen die chronisch Kranken in der Vereinbarung über besonders förderungswürdige Leistungen im hausärztlichen Bereich eine entscheidende Rolle. Wir erklären, welche Regelungen für die Praxis wichtig sind.

### Sozialgesetzbuch 5 (SGB V)

#### *Welche Patienten zählen im Rahmen des SGB 5 (§ 62) zu den Chronikern?*

Als chronisch krank gilt ein Patient, wenn er wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde und eine kontinuierliche medizinische Versorgung erforderlich ist. Das kann zum Beispiel eine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, eine Arzneimitteltherapie, eine Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln oder Behandlungspflege sein.

### Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

#### *Welche Voraussetzungen gelten für die Abrechnung der Chronikerpauschalen im EBM? Und wie ist die kontinuierliche Betreuung im EBM definiert?*

Abrechnungsvoraussetzung nach dem EBM ist das Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung. Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt vor, wenn der Patient

- in den vergangenen vier Quartalen
- wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung
- in mindestens drei Quartalen
- in derselben Praxis behandelt wurde und
- in mindestens zwei der drei Quartale jeweils ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

### *Welche Gebührenordnungspositionen (GOP) rechne ich für die Chroniker ab?*

Im EBM gibt es zwei Chronikerpauschalen für den hausärztlichen Bereich. Die Hausärzte rechnen beim ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt die GOP 03220 ab, beim zweiten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt die GOP 03221 (Zuschlag zur GOP 03220). Für die Kinderärzte gelten die GOPs 04220 und 04221 entsprechend.

### *Kann ich beide Chroniker-Pauschalen in einem Behandlungsfall abrechnen?*

Ja, haben mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden, tragen Sie beide Chroniker-Pauschalen ein. Die Leistungsbeschreibungen im EBM sind zum 1. Juli 2014 entsprechend angepasst worden.

Da diese Anpassung nicht in alle Quartals-Updates der Praxissoftware-Systeme integriert werden konnte, setzt die KV Nordrhein für das 3. Quartal 2014 die GOP 03220 bzw. 04220 in den Fällen zu, in denen Praxen nur die GOP 03221 bzw. 04221 abgerechnet haben. Ab dem 4. Quartal 2014 haben die EDV-Anbieter die Änderungen in die Software eingearbeitet.

### Hausärzte-Strukturvertrag

#### *Im Hausärzte-Strukturvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg werden „Pauschalen für Chroniker“ vergütet. Was bedeutet das?*

Die Hausärzte erhalten für den besonderen Betreuungsaufwand bei Patienten mit schwierigen und langwierigen Erkrankungen (Chronikern) eine zusätzliche Vergütung über kontakt- und aufwandsabhängige Betreuungspauschalen. Die Basis hierfür bildet ein vertraglich festgelegter Katalog (ab 1. Oktober 2014 die Anlage 2 des Vertrages) mit Diagnosen (siehe hierzu Seite 2 und 3 dieser Ausgabe).

#### **Was müssen wir in der Abrechnung angeben, um die Vergütung aus dem Hausärzter-Strukturvertrag zu erhalten?**

Bei den Diagnosen achten Sie bitte darauf, dass die chronischen Erkrankungen gesichert und endstellig nach dem gültigen ICD-10-GM kodiert werden. Zusätzlich tragen Sie bei den am Vertrag teilnehmenden Patienten die Symbolnummer (SNR) 91324 ein. Die Betreuungspauschalen (SNR 91320 bis 91322) setzt die KV Nordrhein dann automatisch entsprechend der kodierten Diagnosen zu. Die zusätzlichen Leistungen dieses Vertrages finden Sie auf den Seiten 2 und 3 dieser Ausgabe.

#### **Disease-Management-Programme**

##### **Welche anderen Versorgungsformen für chronisch kranke Patienten gibt es noch?**

In Nordrhein gibt es seit mehr als zehn Jahren die Disease-Management-Programme als besondere Versorgungsform für chronisch kranke Patienten. Derzeit existieren strukturierte Behandlungsprogramme für folgende Krankheitsbilder:

- Diabetes mellitus Typ 1 und 2
- Asthma bronchiale und COPD
- Koronare Herzerkrankung
- Brustkrebs

An den Programmen können Ärzte mit entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen auf Antrag teilnehmen. Die Teilnahme der Patienten an den Programmen ist freiwillig. Die Leistungen aus den DMP-Verträgen rechnen Praxen mittels Symbolnummern (SNR) ab; sie

werden außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet.

#### **Förderung im hausärztlichen Bereich**

##### **Welche Bedeutung hat die "Liste der chronischen Krankheiten zur Förderung im hausärztlichen Bereich", die auf Ihrer Homepage steht?**

Im hausärztlichen Versorgungsbereich werden Versichertenpauschalen und Gesprächsleistungen gefördert, wenn multimorbide Patienten betreut werden, die an mindestens drei chronischen Erkrankungen leiden. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat mit den Krankenkassen in einer Liste die chronischen Erkrankungen fixiert, die als Grundlage für die Förderung dienen. (Siehe hierzu auch den Beitrag auf Seite 4.) Die Liste mit den Erkrankungen und ICD-Kodes finden Sie auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)

## **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](mailto:service.koeln@kvno.de)

#### **Serviceteam Düsseldorf**

Telefon 0211 5970 8888 Telefax 0211 5970 8889  
E-Mail [service.duesseldorf@kvno.de](mailto:service.duesseldorf@kvno.de)

## Sommerempfang: Statements und Gespräche



Die Gastgeber des Sommerempfangs mit Martina Hoffmann-Badache, Staatssekretärin im NRW-Gesundheitsministerium (v.l.n.r.): Dr. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein, Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer und Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Nordrhein.

bundesweite Angleich der Vergütung der niedergelassenen Ärzte verankert wird. Der Präsident der Ärztekammer Nordrhein klagte zudem über fehlende Krankenhausinvestitionen der Länder.

Staatssekretärin Martina Hoffmann-Badache erläuterte die Vorstellungen des Landesgesundheitsministeriums unter anderem zur Inklusion. Unterschiedliche Sichtweisen von Ärzteschaft und Landesregierung kamen beim Thema gesetzliche Regelung der Wartezeiten für einen Arzttermin zur Sprache.

Der Sommerempfang der ärztlichen Körperschaften in Nordrhein fand am 10. September im Haus der Ärzteschaft statt. In seinem Grußwort forderte Rudolf Henke das in dem geplanten „Versorgungsstrukturgesetz 2“ der

Nach den Grußworten führten die 400 geladenen Gäste aus Landespolitik, Gesundheitswesen und Medizin in lockerer Atmosphäre Gespräche, knüpften neue Kontakte oder ließen alte wieder aufleben.

## KBV-Umfrage: Termintreue bei Patienten

Immer mehr Patienten sagen ihren Arzttermin kurzfristig ab oder erscheinen gar nicht in der Praxis. Daraus entsteht bei 16 Prozent der Haus- und 37 Prozent der Fachärzte ein großes bis sehr großes Problem in der Praxisorganisation. Das ist das Ergebnis einer telefonischen Befragung von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zum Thema Termintreue. Das Meinungsforschungsinstitut Infas hatte im Juli und August im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) rund 1.000 Ärztinnen und Ärzte befragt.

Den Angaben der Befragten zufolge sagt rund die Hälfte der Patienten den Termin ein bis zwei Tage vorher ab, ein Viertel sagt drei bis sieben Tage vorher ab und ein Sechstel sogar am selben Tag. Weiteres Ergebnis: Die Termintreue hat sowohl bei Haus- als auch bei Fachärzten in den letzten beiden Jahren deutlich zugenommen.

Mit den Terminausfällen gehen die Praxen unterschiedlich um. So vergeben fast alle die frei gewordenen Termine an andere Patienten oder ziehen dringende Fälle vor. Die Mehrheit vermerkt zudem in der Patientenakte, dass ein Termin nicht wahrgenommen wurde. Ein geringer Teil der Praxen (22 Prozent) plant allerdings von vornherein eine höhere Termindichte und kompensiert so die Terminabsagen.

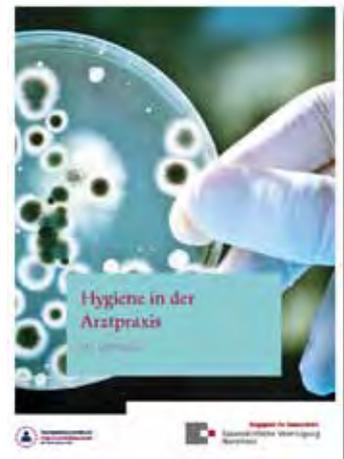
Dr. med. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, wies Ärzte und Patienten gleichermaßen in die Verantwortung, wenn es um eine schnelle Terminvergabe geht. Es könne immer einmal vorkommen, dass man einen Termin nicht wahrnehmen könne, aber wenn ein Arzt nicht rechtzeitig davon erfahre, sei die beste Terminplanung obsolet. Damit verwies Gassen auf das geplante Gesetz, mit dem die Bundesregierung Facharzttermine innerhalb von vier Wochen garantieren will. ■ HEI

## Tipps zur richtigen Hygiene in der Praxis

Hygiene muss in einer Arztpraxis groß geschrieben werden, um Infektionen sowohl für Patienten als auch für das Personal zu vermeiden. Doch was genau heißt eigentlich Hygiene? Rechtsvorschriften und Regelungen gibt es viele. Aber leider sind die nicht immer einfach umsetzbar. Hier setzt das Werk „Hygiene in der Arztpraxis. Ein Leitfaden“ des Kompetenzzentrums für Hygiene und Medizinprodukte der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an. Das Ziel: ein umfassendes, kompaktes Informationswerk für den ambulanten Bereich bereitzustellen – ergänzend zu den bereits vorhandenen Veröffentlichungen.

Der Hygieneleitfaden versteht sich als Unterstützungs- und Serviceangebot für das praxisinterne Hygienemanagement. Er beinhaltet die gesetzlichen Bestimmungen, die Ärzte einhalten müssen, aber auch viele konkrete Umsetzungsvorschläge. Das Werk gliedert sich in die fünf Kapitel: Rechtliche Rahmenbedingungen, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit, Hygienemanagement in der Arztpraxis, Medizinprodukte sowie Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten. Der Hygieneleitfaden richtet sich sowohl an Praxisinhaber als auch an das Praxispersonal.

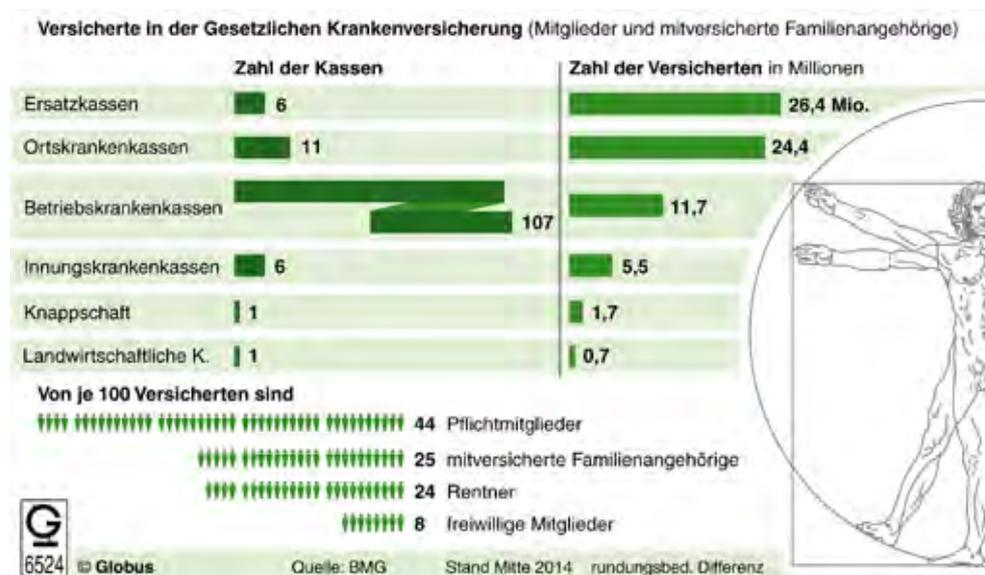
Den Hygieneleitfaden finden Sie online unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | KV | 140937



## Unter dem Dach der GKV

Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen ist in den vergangenen Jahren deutlich geschrumpft. Gab es Mitte der 90er-Jahre noch weit über 1.000 gesetzliche Kassen in Deutschland, so ging deren Zahl inzwischen auf 132 zurück. Zu diesem – auch von der Politik gewollten – Rückgang kam es vor allem durch Fusionen. Von den rund 70 Millionen Menschen unter dem Dach

der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehört die größte Gruppe (44 Prozent) zu den Pflichtversicherten. 25 Prozent sind als Familienangehörige (Ehepartner, Kinder) beitragsfrei mitversichert. Die meisten Versicherten haben die sechs Ersatzkassen mit 26,4 Millionen, gefolgt von den elf Ortskrankenkassen (AOK) mit 24,4 Millionen Versicherten.



# Nordrheinischer Praxisbörsentag

## Informationen rund um Praxisabgabe und Nachfolge

**Samstag, 8. November 2014**

9 bis 14 Uhr | KV Nordrhein Bezirksstelle Köln | Sedanstraße 10-16 | 50668 Köln



### informieren

Kurzvorträge für Abgeber und Nachfolger, zum Beispiel

- Perspektiven der Niederlassung
- Ablauf der Praxisabgabe
- Schritte in die Niederlassung
- Praxiswertermittlung
- Finanzplanung vor der Praxisabgabe
- Steuerliche und betriebswirtschaftliche Aspekte etc.

### kontaktieren

Abgeber treffen Nachfolger: Der Nordrheinische Praxisbörsentag bietet die Möglichkeit, direkt mit Praxisabgebern, -nachfolgern, Anstellungssuchenden und Kooperationspartnern in Kontakt zu treten. An schwarzen Brettern können Sie Ihre Praxis vorstellen, Angebote formulieren oder eine Suchanzeige aufgeben.

Ein Anzeigenmuster, das Sie direkt ausgefüllt an uns mailen können, finden Sie auf [www.kvno.de](http://www.kvno.de) unter dem Termin Praxisbörsentag. Das Dokument steht auch im Faxabruf unter 0211 5970 7503 zur Verfügung. Sie können Ihre ausgefüllte Anzeige auch an 0221 7763 5914 faxen oder zum Praxisbörsentag mitbringen.

### beraten

Niederlassung, Rechtsfragen, Kooperationen – Experten der KV Nordrhein beraten individuell. Eine Fachausstellung bietet weitere Informationen.

[www.kvno.de](http://www.kvno.de)



Engagiert für Gesundheit.  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

## Mitgliederversammlungen

22.10.2014 | 15.00 Uhr | Kreisstelle Oberhausen | Ev. Krankenhaus Oberhausen  
29.10.2014 | 18 Uhr | Kreisstelle Essen | Lindentallee 29-41 | 45127 Essen  
04.11.2014 | 19.30 Uhr c.t. | Kreisstelle Düsseldorf | Haus der Ärzteschaft  
20.11.2014 | 19.30 Uhr | Kreisstelle Mülheim | Ev. Krankenhaus Mülheim

## Befunderhebungsfehler: Das müssen Ärzte wissen

Im Rahmen der Fortbildungsreihe „Aus Fehlern lernen“ bietet das IQN die Veranstaltung „Befunderhebungsfehler mit Folgen für die Haftung – was muss der Arzt in Klinik und Praxis beachten?“ in Kooperation mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler an. Der Kurs startet mit einer Begriffserklärung zu „Befunderhebungsfehlern“ in Abgrenzung zu „Diagnosefehlern“. Erklärungen zu ersteren aus Sicht des niedergelassenen Arztes und des Klinikers folgen. Abschließendes Thema ist der Befunderhebungsfehler und der Haftpflichtfall. Aktuelle Aspekte können mit den Referenten und Kolleginnen und Kollegen ausgetauscht werden.

ZERTIFIZIERT | ■■■■ Punkte

**Termin** 29. Oktober 2014  
16 bis 19.30 Uhr  
**Ort** Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf  
**Info** IQN  
**Telefon** 0211 4302 2750  
**Anmeldung** [iqn@aekno.de](mailto:iqn@aekno.de)  
Fax 0211 4302 5751

## Brennpunkt Demenz – Der Hausarzt als „Zehnkämpfer“

Als „Zehnkämpfer“ stehen die Hausärzte vielen Herausforderungen gegenüber. Die Fortbildung möchte sie bei der Behandlung von Demenzpatienten unterstützen. Neben Möglichkeiten der Früherkennung und der Fachberatung in der Praxis wird besonders das Spektrum an nichtmedizinischen Hilfen aufgezeigt. Diese Veranstaltung bietet die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein in bewährter Kooperation mit dem Demenz-Servicezentrum Region Köln an, das auch die Adressen der maßgeblichen Ansprechpartner für die Begleitung von Demenzkranken und ihren Angehörigen zusammengestellt hat.

ZERTIFIZIERT | ■■■■ Punkte

**Termin** 5. November 2014  
15.30 bis 19 Uhr  
**Ort** KV Nordrhein  
Bezirksstelle Köln  
Sedanstraße 10-16  
50668 Köln  
**Info** KV Nordrhein,  
KOSA, Anke Petz  
**Telefon** 0211 5970 8090  
**Anmeldung** [kosa@kvno.de](mailto:kosa@kvno.de),  
Fax 0211 5970 8092  
**Gebühr** keine

## Impfkurs für niedergelassene Vertragsärzte

Die Nordrheinische Akademie bietet ein weiteres Seminar zur Erlangung der Abrechnungsgenehmigung von Impfleistungen an. Zusätzlich zu der halbtägigen Präsenzveranstaltung haben die Teilnehmer die Möglichkeit, auf der Lernplattform der Akademie die eingestellten Module zu bearbeiten und Fragen zur Selbstkontrolle zu beantworten. Nach erfolgreichem Abschluss gibt es 4 weitere Fortbildungspunkte.

ZERTIFIZIERT | ■■■■■■ [+4] Punkte

**Termin** 8. November 2014  
9.30 bis 15 Uhr  
**Ort** Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf  
**Telefon** 0211 4302 2834  
**Anmeldung** [tanja.kohnen@aekno.de](mailto:tanja.kohnen@aekno.de)  
Fax 0211 4302 5834  
**Gebühr** 150 Euro

## Veranstaltungen für Mitglieder

■	08.10.2014	KV Nordrhein: EBM-Grundlagen, Köln	
	08.10.2014	Arzneimittelkommission/KV Nordrhein/Ärztelkammer Nordrhein: Therapiesymposium, Düsseldorf	
	11.-18.10.2014	Nordrheinische Akademie: 79. Fortbildungskongress, Norderney	
■	15.10.2014	KV Nordrhein: Vortrag „Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?“, Köln – Fachärzte	
	24.10.2014	Nordrheinische Akademie: „Hygiene in Einrichtungen für ambulantes Operieren“, Köln	
■	29.10.2014	KV Nordrhein: Einführungsworkshop „Rational und rationell verordnen für neu niedergelassene Ärzte“, Düsseldorf	
■	29.10.2014	KV Nordrhein: Vortrag „Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?“, Köln – Fachärzte	
■	29.10.2014	KV Nordrhein: Vortrag „Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?“, Düsseldorf – Fachärzte	ausgebucht
	25./26.10./6.12.14	Nordrheinische Akademie: Kurs „Hygienebeauftragter Arzt“, Düsseldorf	
	29.10.2014	IQN: „Befunderhebungsfehler mit Folgen für die Haftung – was muss der Arzt in Klinik und Praxis beachten?“, Düsseldorf	
■	05.11.2014	KV Nordrhein: „QM-Tipps für nicht-phaseskonforme Praxen, Düsseldorf	
■	05.11.2014	KV Nordrhein: „Brennpunkt Demenz“, Köln	
■	05.11.2014	KV Nordrhein: Vortrag „Wie lese ich meine Abrechnungsunterlagen?“, Düsseldorf – Fachärzte	
	08.11.2014	Nordrheinische Akademie: Impfkurs für niedergelassene Vertragsärzte, Düsseldorf	
■	08.11.2014	KV Nordrhein: 13. Nordrheinischer Praxisbörsentag, Köln	
■	15.11.2014	KV Nordrhein / BVKJ: Infoveranstaltung für angehende Pädiater/-innen, Düsseldorf	
■	21.11.2014	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf	

## Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

	10.10.2014	KV Nordrhein: Der Weg zu mehr Gelassenheit – Umgang mit stressigen Situationen, Düsseldorf
	22.10.2014	IQN/Nordrheinische Akademie: Diagnosekodierung in der Praxis – Grundlagenwissen, Düsseldorf
	22.10.2014	KV Nordrhein: Selbsthilfe-Unterstützung für Patient und Praxis. Schwerpunkt: psychische Störungen, Mettmann
	23.10.2014	KV Nordrhein: IGe-Leistungen, Düsseldorf
	29.10.2014	KV Nordrhein: IGe-Leistungen, Köln
	29.10.2014	KV Nordrhein: Selbsthilfe-Unterstützung für Patient und Praxis. Schwerpunkt: Arbeit von Selbsthilfegruppen, Gummersbach
	05.11.2014	IQN/Akademie: „Pharmakotherapie“, Düsseldorf
	12.11.2014	IQN/Akademie: Diagnosekodierung – Aufbaukurs, Düsseldorf

## Veranstaltungen für Interessierte und Patienten

	05.11.2014	KV Nordrhein/Rheinische Post: „Tinnitus“, Neuss
--	------------	---

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) oder [www.aekno.de](http://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

Heike 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](mailto: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](mailto:service.koeln@kvno.de)

## Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888  
Telefax 0211 5970 8889  
E-Mail [service.duesseldorf@kvno.de](mailto:service.duesseldorf@kvno.de)

## Formularversand

Petersstraße 17-19  
47798 Krefeld  
Telefon 02151 3710 00  
Telefax 02151 9370 655  
E-Mail [formular.versand@kvno.de](mailto:formular.versand@kvno.de)

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 23 500

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“ 11 | 2014

## ■ Versorgung

### Aktueller Stand der ASV

## ■ Honorar

### Mehr Mittel für MFA-Leistungen

## ■ Hausbesuche

### Abrechnung und rechtliche Aspekte

## ■ KVNO-Portal

### Diagnosekorrekturen einfach freigeben

Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell

erscheint am 12. November 2014

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

[www.kvno.de](http://www.kvno.de)



**Engagiert für Gesundheit.**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein