

7+8 | 2013

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Hintergrund

Wahlen | Programme der Parteien im Gesundheits-Check

Schwerpunkt

Arztrufzentrale | Notfalldienst in NRW wieder gut erreichbar

Aktuell

EBM-Reform | Grundversorger bei Haus- und Fachärzten stärken

Praxisinfo

Schwangere | Organ-Screening in Nordrhein schon abrechenbar



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Arztzufentrale:
116 117 – Bestwerte
bei Erreichbarkeit

Aktuell

- 4 EBM-Reform: Mehr für
die Grundversorger
- 8 Pauschale für viele
Facharztgruppen
- 10 Orientierungspunktwert:
Nur ein virtuelles Plus?
- 11 Dr. Andreas Köhler:
„Wichtiger Schritt auf dem
Weg zu festen Preisen“
- 12 Gesetzesvorhaben:
Auf den letzten Drücker
- 13 213 zusätzliche Hausarzt-
Sitze in Nordrhein
- 15 Abrechnung im
Internetcafé
- 16 Standpunkt:
Nutzen? Nutzen. Nutzen!
- 17 Gutes Zeugnis für die
KV Nordrhein

■ Praxisinfo

- 18 Neuer Vertrag zum
Diabetischen Fußsyndrom

- 18 Onkologie: Übergangs-
regelung verlängert
- 18 Qualitätssicherungs-
Richtlinie Dialyse
- 18 Mutterschafts-Richtlinien:
Übergangsregelung
- 18 Ausschlüsse bei der
EBM-Nr. 40100
- 18 Screening auf
Gestationsdiabetes
- 19 Kostenpauschalen für
die Kinderdialyse
- 19 Dialyse-Zusatzpauschalen:
Änderung der Leistungs-
legende
- 20 Psychotherapie-Richtlinie:
Änderung bei
Gruppentherapien

■ Verordnungsinfo

- 21 Arzneimittel-Quoten
2013: Das Wichtigste
- 21 KVNO extra zu Arzneimit-
telfragen online verfügbar

Hintergrund

- 22 Parteiprogramme:
Abstimmung über
Gesundheitspolitik

Berichte

- 26 KBV-Versicherten-
befragung: Viel Vertrauen
in die Ärzte
- 27 Ess-Störungen kooperativ
behandeln

Service

- 28 Compliance: Auch
Patienten in die Pflicht
nehmen
- 32 Die RLV-Fallzahl der
fachgleichen BAG
- 34 Image-Kampagne geht in
zweite Runde
- 36 Patientenrechtegesetz –
Die Dokumentation
- 38 Wegegelder richtig
abgerechnet
- 39 Für Genuss – gegen
Bluthochdruck

In Kürze

- 40 Vier Prozent mehr Gehalt
für MFA
- 41 Versorgungslandschaft
Nordrhein-Westfalen 2020
- 41 Gesund im Urlaub



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

„Der Landarzt“ schließt seine Praxis – zumindest im Zweiten Deutschen Fernsehen. Nach rund 25 Jahren stellt das ZDF seine beliebte Arztserie ein. Dabei ist der letzte Vertreter der Landarzt-Rolle noch lange nicht im Rentenalter: Dr. Jan Bergmann alias Wayne Carpendale muss seine Praxis im fiktiven Örtchen Deekelsen nur schließen, weil das ZDF neue Programmideen verfolgt – trotz der durchschnittlich vier Millionen Zuschauer, die dem Landarzt pro Folge treu geblieben sind. Der Bürgermeister des Städtchens Kappeln, wo die Serie gedreht wurde, hat alle Hebel in Bewegung gesetzt, um das Format zu retten. Kein Wunder: Eine bessere Werbung für seine Kommune und Schleswig-Holstein als die Fernseh-Idylle rund um die Landarzt-Praxis ist schwer vorstellbar.

Werbung für die Ärzte machen wir als Ärzteschaft lieber selber. Und mit Erfolg, wie die aktuelle bundesweite Image-Kampagne zeigt, die nicht nur bei vielen Kollegen und in den Medien, sondern auch bei den Menschen gut ankommt, wie erste Umfragen zeigen. Das macht Lust auf die zweite Phase der Kampagne, die im Spätsommer beginnt – erneut mit Fernsehspots vor der Tagesschau und einem wirklich witzigen Kinospot. Ergänzt wird die primär unterhaltende Werbung durch wichtige Informationen über den drohenden Ärztemangel.

Ein Ziel der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie war es, diesem Mangel vor allem im ländli-

chen Bereich zu begegnen. In dieser Ausgabe stellen wir Ihnen die neue Bedarfsplanung für Nordrhein vor, die vor allem die Zahl der freien Sitze im hausärztlichen Bereich erhöht. Um Entwarnung zu geben, ist es aber viel zu früh. Die KV Nordrhein hat immer darauf hingewiesen, dass der neue Plan ein besserer ist – aber eben auch nur ein Plan, der uns noch keinen einzigen zusätzlichen Arzt beschert. Abzuwarten bleibt auch, wie sich der neue Hausarzt-EBM auswirkt, der in seiner ersten Stufe ab dem 1. Oktober gilt. Details dazu finden Sie ebenfalls in dieser Ausgabe.

Eine gute Nachricht zum Schluss. Bei der jüngsten Versichertenbefragung der Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat sich einmal mehr herausgestellt, dass die Patienten sehr zufrieden sind mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Über 90 Prozent der Befragten bewerten die fachliche Kompetenz und das Vertrauensverhältnis zum zuletzt besuchten Arzt mit „gut“ oder „sehr gut“ – das ist ein Pfund, mit dem wir wuchern sollten. Und die beste Werbung für den Arztberuf, die man sich vorstellen kann.

Herzliche Grüße

Dr. Peter Potthoff

Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier

Vorstand

116 117 – Bestwerte bei Erreichbarkeit

Klagen über die mangelnde Erreichbarkeit der bundesweiten Hotline für den ambulanten Notdienst in Nordrhein gehören momentan der Vergangenheit an – seit diesem Frühjahr sind die Probleme offenbar gelöst. Die Erreichbarkeit der Arztrufzentrale in Duisburg ist jetzt auch zu Spitzenzeiten durchgehend gewährleistet.

Gute Nachrichten von der Hotline für den ärztlichen Notfalldienst: Die Erreichbarkeit der 116 117 hat sich in Nordrhein auf hohem Niveau stabilisiert. Unter Berücksichtigung der Anrufer, die die Nummer mehrfach anwählen, lag die Erreichbarkeit im April dieses Jahres erstmals über der Quote des Vorjahres. „Wir sind froh, dass die Maßnahmen, mit denen wir die Erreichbarkeit dauerhaft verbessern wollten, greifen“, sagt Dr. Michael Klein, Geschäftsführer der Arztrufzentrale NRW.

Die ARZ hatte auf die wiederholten Klagen über mangelnde Erreichbarkeit, zu lange Warteschleifen oder gar abgebrochene Telefonate schnell reagiert und Abhilfe versprochen – insbesondere durch zusätzliche personelle Kapazitäten an Wochenenden und Feiertagen. Technische Lösungen wie die auch bei der 116 117 inzwischen möglichen Bandansagen, halfen ebenfalls, Engpässe zu reduzieren. „Insgesamt kann man sagen, dass die Kinderkrankheiten bei der 116 117 ausgestanden sind.

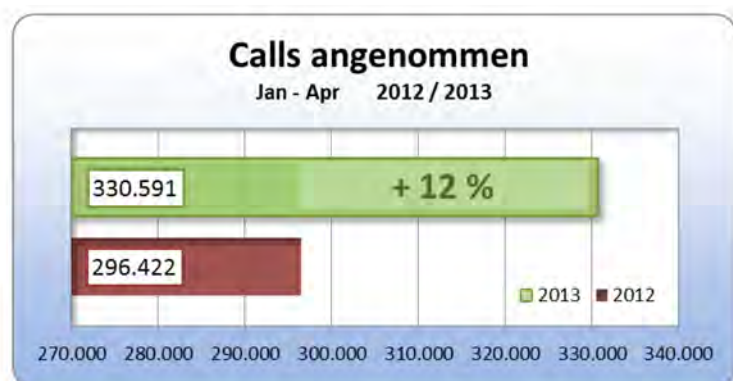
Es gibt fast keine technisch bedingten Probleme mehr bei der bundesweiten Rufnummer“, sagt Klein.

Immer mehr Anrufe in der Arztrufzentrale

Das ist eine gute Nachricht, denn die Zahl der von den Mitarbeitern angenommenen Anrufe steigt immer weiter: „Wir hatten mit über 330.000 angenommenen Anrufen von Januar bis April 2013 zwölf Prozent mehr Anrufe als im gleichen Zeitraum des Vorjahres“, erläutert Klein. Dazu kommt noch eine deutlich gestiegene Zahl von ausgehenden Anrufen zur Disposition der im Einsatz befindlichen Ärzte.

Arztrufzentrale besser erreichbar

Das Diagramm zeigt die Erreichbarkeit der Arztrufzentrale an Wochenenden. Sie ist im Verlauf der ersten Jahreshälfte immer besser geworden. In der 17. Kalenderwoche konnten die Beschäftigten der Arztrufzentrale 97 Prozent der Anrufe entgegennehmen.



Insofern war es richtig, die Werbung für die noch bestehende 0180er-Nummer zwischenzeitlich zu verstärken. Auch das nahm Druck von der phasenweise überlasteten Hotline. Immerhin 30 Prozent der Anrufer wählen nach wie vor die 0180er Nummer, die allerdings auf Dauer zur Disposition steht.

Da die Bundesnetzagentur flächendeckend die Einrichtung kostenloser Hotlines fordert, besteht bei der 0180er-Nummer Handlungsbedarf. Fest steht: Bis zum Jahresende wird es die 0180er-Nummer in Nordrhein auf jeden Fall weiterhin geben. Und: Die Warteschleife ist bis zu zwei Minuten lang für die Anrufer kostenlos – wie von der Bundesnetzagentur gefordert.

Weitere Schritte zur Sicherstellung einer durchgehend guten Erreichbarkeit sind Pflicht, denn die Zahl der Anrufer wird perspektivisch weiter zunehmen. Schon deshalb, weil der Bekanntheitsgrad der 116 117 ausbaufähig ist: Die jüngste Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (siehe den Bericht auf Seite 26)



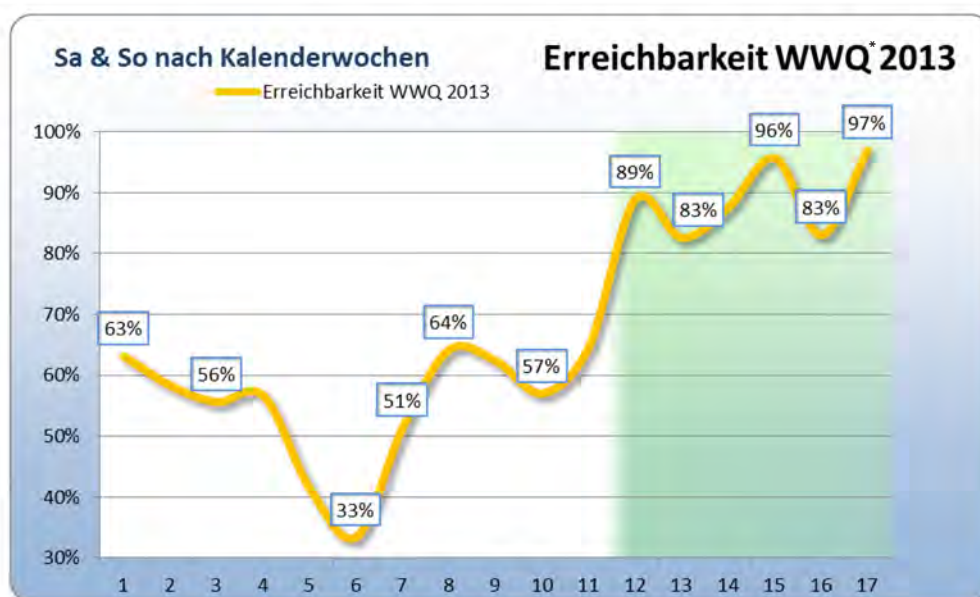
ergab, dass fast zwei Drittel der Deutschen die bundesweit einheitliche Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst noch gar nicht kennen. Das sorgt mit dafür, dass für viele Patienten Krankenhäuser und Rettungsdienst noch immer die erste Anlaufstelle sind – weitere Werbung für die leicht zu merkende 116 117 ist somit für alle Niedergelassenen ratsam.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Besonders an Samstagen und Feiertagen stehen die Telefone in der Arzt-rufzentrale kaum still.

Immer mehr Anrufe

Die Zahl der Anrufe in der Duisburger Zentrale ist im Vergleich zum Vorjahr um zwölf Prozent gestiegen. Sie lag in den ersten vier Monaten 2013 bei über 330.000 Anrufen.



* Die Wahlwiederholer sind in dieser Erreichbarkeits-Quote mit berücksichtigt.

Mehr für die Grundversorger

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) steht vor einer neuen Reform. Ab Oktober 2013 greifen Änderungen im hausärztlichen und im fachärztlichen Bereich. Ziel ist es, die Grundversorger zu stärken. Bei den Hausärzten profitiert die sprechende Medizin und „klassische“ Hausärzte, bei den Fachärzten erhalten „die Grundversorger“ eine Strukturpauschale. Mit der Arbeit am EBM wollen GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Mitte 2014 fertig sein – bis dahin soll es schrittweise Änderungen geben. Doch keine Sorge: Die Grundstruktur des EBM ändert sich nicht.



Das ausführliche Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Krankheit ist künftig nicht mehr in der Versichertenpauschale enthalten, sondern separat berechnungsfähig. Wenn es mindestens zehn Minuten dauert, können Sie 90 Punkte (9 Euro) abrechnen – je vollendete zehn Minuten.

Zunächst zum Hausarzt-EBM: Nachdem die Vertreterversammlung der KBV grünes Licht für die Verhandlungen gegeben hatte (wir berichteten), gelang Ende Juni die Einigung mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Reform betrifft drei Punkte: Neue Leistungen kommen hinzu, die Versichertenpauschale wird stärker nach dem Alter differenziert und der Chroniker-Zuschlag neu geregelt.

Ziel der KBV ist es, dass die Krankenkassen künftig alle hausärztlichen Grundleistungen

außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu festen Preisen bezahlen. Dies sei vor dem Hintergrund des zunehmenden Mangels an Hausärzten und der immer älter werdenden Bevölkerung dringend erforderlich.

Das Spektrum der Gebührenordnungspositionen (GOP) im Kapitel 3 für Hausärzte und im Kapitel 4 für Kinder- und Jugendärzte bleibt im Wesentlichen erhalten. Auch die Abrechnung wird nicht aufwändiger.

Stärker altersdifferenziert

Bei der Versichertenpauschale (GOP 03000 für Hausärzte und GOP 04000 für Kinder- und Jugendärzte) werden zwei Leistungen ausgliedert: das ausführliche Gespräch und das Vorhalten von Praxisstrukturen, die zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung erforderlich sind. Beide Positionen sind künftig einzeln berechnungsfähig, die Höhe der Versichertenpauschale sinkt entsprechend.

Die Versichertenpauschale ist künftig noch stärker nach dem Alter differenziert. Statt bislang drei Altersgruppen gibt es ab dem 4. Quartal 2013 fünf unterschiedlich hoch bewertete Gruppen:

- unter 4 Jahren (23,60 Euro)
- 4 bis unter 18 (15 Euro)

- 18 bis unter 54 (12,20 Euro)
- 54 bis unter 75 (15,70 Euro)
- ab 75 (21 Euro)

Die Abrechnung wird deswegen nicht komplizierter. Sie rechnen einfach weiter die Versichertenpauschale ab. Die altersgestaffelte Bewertung setzt die Praxissoftware beziehungsweise die KV automatisch zu.

Neue „Vorhalte-Pauschale“

Ab 1. Oktober 2013 erhalten Praxen eine Zusatzpauschale für das „Vorhalten von Grundstrukturen für die hausärztliche Versorgung“: die GOP 03040 für Hausärzte und die GOP

04040 für Kinder- und Jugendärzte. Diese Pauschale ist einmal im Behandlungsfall ansetzbar und mit 14 Euro bewertet. Sie ist in der Regel neben der Versichertenpauschale ansetzbar und wird von der KV automatisch zugesetzt.

Hausärzte, die sich auf die Betreuung von Diabetikern oder HIV-Patienten spezialisiert haben, können in diesen Fällen die halbe Pauschale abrechnen, also 7 Euro. Praxen mit mehr als 1.200 Behandlungsfällen je Arzt im Quartal erhalten einen Aufschlag von zehn Prozent auf die Pauschale, also 15,40 Euro. Bei weniger als 400 Behandlungsfällen je Arzt erfolgt ein Abschlag von zehn Prozent.

Bei diesen Leistungen gibt es keine Pauschalen

Die „Vorhalte-Pauschale“ und der Chroniker-Zuschlag sind nicht ansetzbar, wenn Sie in dem Behandlungsfall zusätzlich oder ausschließlich Leistungen durchführen, die nicht zum grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsbereich zählen. Denn die Vergütung für die Grundstrukturen ist bei diesen Leistungen bereits enthalten. Deswegen erhalten Sie bei diesen Leistungen weder Vorhalte-Pauschale noch Chroniker-Zuschlag:

- Behandlung krebskranker Patienten nach der Onkologie-Vereinbarung
- Phlebologie (EBM-Abschnitt 30.5)
- Schmerztherapie nach EBM-Abschnitt 30.7, zum Beispiel Akupunktur (Abschnitt 30.7.3)
- Schlafstörungsdiagnostik (EBM-Abschnitt 30.9)
- Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson (GOP 35111 bis 35113)
- Hypnose (GOP 35120)
- Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer psychotherapeutischen Kurzzeittherapie (GOP 35130) und zur Einleitung / Verlängerung einer Langzeittherapie (GOP 35131)
- Biographische Anamnese, vertiefte Exploration, Zuschlag zur Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde (GOP 35140 bis 35142)
- Probatorische Sitzung (GOP 35150)
- Antragspflichtige Leistungen der Psychotherapie (EBM-Abschnitt 35.2)
- Leistungen aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich (Paragraf 6 Anlage 5 Bundesmantelverträge)
- Leistungen, die auf Überweisung eines anderen Hausarztes oder im Vertretungsfall durchgeführt werden



Für Leistungen der allgemeinen Palliativversorgung gibt es nun einen neuen EBM-Abschnitt. Die Eingangsdiagnostik ist zum Beispiel mit 34,10 Euro bewertet.

Chroniker-Zuschlag verändert

Der Chroniker-Zuschlag wird abgesenkt, dafür ist er aber jetzt bereits bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal abrechenbar. Hierfür vorgesehen sind zwei GOP:

- Die GOP 03220 für Hausärzte / 04220 für Kinder- und Jugendärzte bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (13 Euro).
- Die GOP 03221 für Hausärzte / 04221 für Kinder- und Jugendärzte bei zwei und mehr Arzt-Patienten-Kontakten im Quartal (15 Euro).

Ausnahmen: In Behandlungsfällen, in denen Leistungen abgerechnet werden, die nicht zum grundsätzlichen hausärztlichen Versorgungsauftrag gehören (siehe Kasten), können Sie den Zuschlag nicht berechnen.

Neuaufnahme Gesprächsziffer

Künftig ist es wieder möglich ausführliche Gespräche mit einem Patienten und/oder einer Bezugsperson abzurechnen. Voraussetzung ist, dass das Gespräch mindestens zehn Minuten dauert und im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung steht.

Dafür steht künftig die GOP 03230 für Hausärzte und die GOP 04230 für Kinder- und Jugendärzte zur Verfügung (neun Euro je vollendete zehn Minuten). Sie können mehrere Gespräche mit ein und demselben Patienten führen oder mit verschiedenen Patienten. Das hängt allein vom Behandlungsbedarf ab.

Um die Ausweitung von Gesprächsleistungen zu Lasten anderer Ärzte zu verhindern, erhält jede Praxis ein quartalsbezogenes Gesprächskontingent. Das Gesprächskontingent einer Praxis berechnet sich wie folgt: Zahl der Behandlungsfälle multipliziert mit 4,50 Euro. Beispiel: Bei einer Praxis mit 1.000 Fällen steht ein Gesprächskontingent in Höhe von 4.500 Euro im Quartal zur Verfügung. Aus diesem Kontingent werden die ausführlichen Gespräche vergütet, die der Arzt führt. Für 4.500 Euro zum Beispiel kann die Praxis bis zu 500 ausführliche Gespräche mit jeweils 9 Euro abrechnen.

Diese Fälle fließen nicht in die Berechnung ein: Fälle im organisierten Bereitschaftsdienst, Überweisungen, um ausschließlich Proben zu untersuchen oder um dokumentierte Untersuchungsergebnisse zu befunden, Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Kostenpauschalen (EBM-Kapitel 40) berechnet werden sowie stationäre (belegärztliche) Behandlungsfälle.

Neue Leistungen

Drei Leistungsbereiche werden gezielt gefördert: Geriatrie, Palliativversorgung und die Betreuung chronisch kranker und/oder behinderter Kinder. Die Kassen zahlen dafür bundesweit 124 Millionen Euro zusätzlich pro Jahr.

Geriatrische Versorgung ab 70 Jahren

Für das Basisassessment (GOP 03360) erhalten Hausärzte künftig 12,20 Euro. Eingeführt wird die neue GOP 03362 (15,90 Euro) zur Betreuung von Patienten, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität ihrer Krankheitsverläufe einen besonders aufwändigen Versor-

gungsbedarf haben. Ein zusätzlicher Qualifikationsnachweis ist nicht erforderlich.

Allgemeine Palliativversorgung

Zur Förderung der allgemeinen Palliativversorgung wird ein neuer Abschnitt 3.2.5 bzw. 4.2.5 in den EBM aufgenommen. Zur Eingangsdiagnostik und Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Patienten stehen die GOP 03370 bis 03373 und 04370 bis 04373 bereit. Sie sind berechnungsfähig bei Patienten jeden Alters, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankung leiden. Die Eingangsdiagnostik zum Beispiel ist mit 34,10 Euro bewertet.

Für Hausbesuche bei palliativmedizinisch versorgenden Patienten sind Zuschläge vorgesehen: Ein Zuschlag für reguläre Hausbesuche in Höhe von 12,40 Euro je vollendete 15 Minuten (GOP 03372 bei Hausärzten / GOP 04372 bei Kinder- und Jugendärzten) sowie für dringende Hausbesuche in Höhe von 12,40 Euro je Besuch (GOP 03373 bei Hausärzten / GOP 04373 bei Kinder- und Jugendärzten).

Sozialpädiatrische Leistungen

Die GOP 04355 in Kapitel 4 des EBM soll den zusätzlichen Aufwand von Kinder- und Jugendärzten bei der Betreuung chronisch kranker und/oder behinderter Kinder entschädigen. Die neue Leistung ist mit 14,50 Euro bewertet.

So geht's weiter

Drei Arbeitspakete stehen bei der EBM-Reform noch auf der Agenda der KBV:

Technikgestützte Leistungen

Bisher war die Vergütung der Geräteleistungen von der Anzahl der durchgeführten Untersuchungen abhängig. Die KBV möchte dies ändern und schlägt ein neues Modell für technische Leistungen (EBM-Abschnitt 3.2.3) vor: Ab einer bestimmten Anzahl an Untersuchungen im Quartal soll der Arzt für jeden Patienten einen Technikzuschlag erhalten und zwar unabhängig davon, ob er weitere Untersu-



chungen durchführt. Hierüber verhandelt die KBV gerade mit den Krankenkassen.

Vergütung für MFA-Hausbesuche

KBV und GKV-Spitzenverband haben sich darauf verständigt, bis zum 1. Juli 2014 zu prüfen, ob die Hausbesuche von qualifizierten nichtärztlichen Mitarbeitern auch in nicht unterversorgten Gebieten vergütet werden können.

Neukalkulation der Leistungen

Bis zum 30. Juni 2014 soll das Institut des Bewertungsausschusses alle Leistungen überprüfen und wenn nötig neu kalkulieren. Dabei wird unter anderem geschaut, ob die für die Bewertung der Leistungen herangezogenen Praxiskosten noch stimmen.

■ KBV | FRANK NAUNDORF

Bislang sieht der EBM nur dann eine Vergütung von Hausbesuchen von Medizinischen Fachangestellten vor, wenn sie in unterversorgten Gebieten stattfinden. Die Regel könnte erweitert werden – und wäre nicht nur für die nordrheinischen EVAs sehr wichtig.

Mehr Infos im Internet

Ausführliche Informationen zur EBM-Reform finden Sie unter www.kvno.de

KV | 130807

Pauschale stellt fachärztliche Grundversorger besser

Ein wesentliches Ziel der Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) ist es, die Grundversorgung zu stärken – auch die fachärztliche. Im fachärztlichen Versorgungsbereich gibt es deswegen zum 1. Oktober 2013 einen neuen Zuschlag: die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG).



Die Augenärzte sind eine von vielen Fachgruppen, die die Grundpauschale erhalten – für jeden Behandlungsfall, bei dem der Arzt ausschließlich konservativ tätig wird.

Grundversorgende, konservative Fächer haben nach Worten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in den vergangenen Jahren an Attraktivität verloren. Infolge des medizinischen Fortschritts erfolge auch im ambulanten Bereich eine zunehmende Spezialisierung. Fachärzte der Grundversorgung hätten zudem in den vergangenen Jahren kaum von Honorarzuwächsen profitiert und es sei für sie immer schwieriger geworden, eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten.

Um die wirtschaftliche Situation dieser Praxen zu verbessern und damit die wohnortnahe Grundversorgung zu stärken, will die KBV

den EBM anpassen. Die Krankenkassen sollen künftig Leistungen der Grundversorgung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlen – ohne Mengenbegrenzung und zu festen Preisen. Die Pauschale zur fachärztlichen Grundversorgung ist laut KBV ein erster Schritt, um die Unterfinanzierung zu beseitigen.

Pauschale für die Grundversorgung

Fachärzte der Grundversorgung erhalten ab 1. Oktober einen Zuschlag: Die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung wird einmal im Quartal gezahlt und zwar für jeden Behandlungsfall, bei dem der Arzt ausschließlich konservativ tätig ist und keine spezialisierten Leistungen durchführt. Darauf hat sich die KBV mit dem GKV-Spitzenverband bereits Ende Mai geeinigt.

Wäre es nach der KBV-Spitze gegangen, hätten Ärzte aller Fachrichtungen die Pauschale abrechnen können, wenn sie ausschließlich konservativ tätig sind. Doch gegen diese Forderung hatten sich die Krankenkassen in den Verhandlungen gewehrt. Die Vertreterversammlung der KBV hatte daraufhin einen Kompromissvorschlag vorgelegt, der Grundlage für die schließlich getroffene Vereinbarung war.

Die Strukturpauschale ist neben der Grundpauschale sowie anderen Grund- und wenigen

Beratungsleistungen möglich. Das bedeutet: Auch Fachärzte der Grundversorgung erhalten den Zuschlag nur in den Behandlungsfällen, in denen sie ausschließlich Leistungen der Grundversorgung durchführen. Die Leistungen, die zum Ausschluss der Pauschale führen, werden im Anhang 3 zum EBM gelistet. Beispiel: Untersucht ein Augenarzt die Sehfähigkeit eines Patienten oder behandelt er eine Bindehautentzündung, rechnet er die Pauschale ab. Führt er hingegen eine Katarakt-Operation durch, erhält er keine Pauschale.

Zur Finanzierung der Pauschale steht zusätzliches Geld bereit. Die Honorarumsätze aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden sich für die einzelnen Fachgruppen dadurch um durchschnittlich 4,4 Prozent erhöhen, prognostiziert die KBV. Dabei sollen die Anästhesisten mit einer Steigerung von 1,2 Prozent die geringste und die Augenärzte mit 6,3 Prozent den höchsten Umsatzzuwachs erzielen.

Die Pauschale selbst ist je nach Arztgruppe unterschiedlich hoch. Wie stark der einzelne Arzt von dem Zuschlag profitieren wird, hängt davon ab, wie stark er sich um die Grundversorgung kümmert. Faustregel: Je mehr Grundversorgung, desto höher der Honorarzuwachs für den einzelnen Arzt.

Die Pauschale wird einerseits aus zusätzlichen Honorarmitteln finanziert: 125 Millionen Euro mehr zahlen die Kassen zusätzlich in die Gesamtvergütung. Außerdem finanzieren Einsparungen innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs die Pauschale, darunter die Umstellung der Abrechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus Labor, die Absenkung der Dialyse-Sachkosten sowie die Zuwächse der Fachärzte innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung für das entsprechende Quartal. Insgesamt stehen nach Angaben der KBV rund 339 Millionen Euro pro Jahr zur Finanzierung der Strukturpauschale zur Verfügung.

Neubewertung der EBM-Leistungen

In der zweiten Stufe der Weiterentwicklung des EBM kommt die Bewertung haus- und fachärztlicher Leistungen auf den Prüfstand: Stimmen die vor Jahren festgesetzten Kalkulationszeiten noch oder müssen sie angepasst werden? Auch die gestiegenen Praxis-kosten sollen in die Neubewertung einfließen. Die Ergebnisse sollen bis 1. Juli 2014 stehen. Dann soll diese Reform des EBM abgeschlossen sein.

■ KBV | FRANK NAUNDORF

Fachärztliche Grundpauschale

Die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) erhalten laut Beschluss des Bewertungsausschusses die unten aufgeführten Fachgruppen. Die Tabelle zeigt diese Gruppen und die Höhe der Pauschale je Behandlungsfall und Fachgebiet.

Fachrichtung	Höhe der PFG in Euro
■ Anästhesiologie	7,00
■ Augenheilkunde	1,60
■ Chirurgie	2,70
■ Dermatologie	1,30
■ Gynäkologie	2,50
■ Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	2,20
■ Innere Medizin ohne Schwerpunkt	3,60
■ Kinder- und Jugendpsychiatrie	8,00
■ Neurologie	3,50
■ Nervenheilkunde und Psychiatrie	3,50
■ Orthopädie	2,60
■ Phoniatrie und Pädaudiologie	2,20
■ Physikalische und Rehabilitative Medizin	6,00
■ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	15,90
■ Psychotherapie (ärztliche und psychologische)	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	15,90
■ Urologie	3,00

Orientierungspunktwert steigt am 1. Oktober auf 10 Cent

Nur ein virtuelles Plus?

Ein Punktwert von 10 Cent – das sollte die meisten Praxen eigentlich begeistern. Doch die Anhebung, die der Bewertungsausschuss beschlossen hat, wirkt ausgabenneutral. Und doch sieht die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in der Anhebung Vorteile.

Am 1. Oktober 2013 steigen der Orientierungswert und der kalkulatorische Punktwert auf 10 Cent. Dadurch erhofft sich die KBV ein einfacheres Rechenverfahren und mehr Transparenz. Das liegt auf der Hand: Wer heute den Wert einer Leistung errechnen will, der muss die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) angegebene Punktzahl mit dem Orientierungswert von derzeit 3,5363 Cent multiplizieren. Das funktioniert nur schriftlich oder mit dem Taschenrechner. Aber: Da die meisten Leistungen ohnehin floatenden Punktwerten unterliegen, lohnt sich auch der geringere Rechenaufwand für eine Praxis nicht wirklich.

Auf jeden Fall ist die Rechnung ab 1. Oktober einfacher. Der dringende Besuch (EBM-Nr. 01411) beispielsweise ist im EBM derzeit mit 1325 Punkten notiert. Multipliziert mit dem bisherigen Orientierungswert ergibt sich ein Wert von 46,86 Euro. Ab 1. Oktober ist die

Leistung mit 469 Punkten ausgezeichnet, hat also einen Wert von 46,90 Euro. Das Beispiel deutet es bereits an: Mehr Geld gibt es nämlich nicht in diesem Jahr, die Anhebung des Orientierungswertes auf 10 Cent erfolgt kostenneutral. Das war eine Bedingung der Krankenkassen.

Die KBV setzt auf die Zukunft. Die Anpassung des Orientierungswertes 2014 findet auf Basis der 10 Cent statt. Die für die EBM-Leistungen durchgeführten Kalkulationen in Euro werden künftig mit dem kalkulatorischen Punktwert auch in Höhe von 10 Cent in Punkte umgerechnet. Bislang klafften diese Werte auseinander. Erstmals steht der betriebswirtschaftlich kalkulierte Preis auch als tatsächlicher Leistungs-Preis im EBM. Und das – so hofft die KBV – könnte helfen, gegenüber den Kassen „finanzwirksame Forderungen umzusetzen“.

■ NAU

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Gute Versorgung. Gut organisiert.

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

Bezirksamte Düsseldorf Königsplatz 9 40244 Düsseldorf Telefon: 0211 97570 E-Mail: erkrankte.kv@kvno.de	Bezirksamte Köln Königsplatz 10-12 50667 Köln Telefon: 0221 7763 6500 E-Mail: erkrankte.kv@kvno.de
---	---

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

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

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

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

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

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

Das Meldeformular finden Sie im Internet unter www.kvno.de | **KV 130810**

Dr. Andreas Köhler über die Anhebung des Orientierungspunktwertes

„Das ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu festen Preisen“

Die KBV wertet die Anhebung des Orientierungspunktwertes als Erfolg – auch wenn die Gesamtvergütung zunächst unverändert bleibt. Über die Hintergründe sprachen wir mit KBV-Chef Dr. Andreas Köhler.

Die Anhebung des Orientierungspunktwertes bringt den Praxen kein höheres Honorar. Mit der Umstellung ist aber Aufwand verbunden, zum Beispiel für die Software-Umstellung. Welche Vorteile hat der Punktwert von 10 Cent dann?

Die Anhebung des Orientierungswertes auf 10 Cent zum 1. Oktober 2013 erfolgt kostenneutral. Das war eine Bedingung der Krankenkassen. Und dennoch ist die Angleichung ein wichtiger Schritt, um unsere Forderung nach festen Preisen durchzusetzen. Erstmals wird der in der Euro-Gebührenordnung ausgewiesene Preis dem Preis entsprechen, der aus der betriebswirtschaftlichen Kalkulation resultiert. Dadurch wird noch stärker sichtbar, dass das Geld der Krankenkassen nicht ausreicht, um alle Leistungen zu den vereinbarten und im EBM ausgewiesenen Preisen zu vergüten. Dies stärkt unsere Position bei den anstehenden Verhandlungen zur Überprüfung der Kalkulationsgrundlagen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, die wir mit dem GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss führen. Für die Kassen ist mit der Angleichung der Punktwerte ein entscheidendes Argument weggefallen, nämlich, dass die Preise – berechnet mit dem Kalkulationspunktwert von jetzt 5,11 Cent – zu hoch seien.

Bei einzelnen Leistungen gibt es kleine Rundungseffekte. Können diese zu nennenswerten Verschiebungen innerhalb einer Fachgruppe führen?



Zur Person
Dr. Andreas Köhler ist am 20. November 1960 im Badischen Hambrücken geboren. Er studierte Humanmedizin und Betriebswirtschaft. Seit 2005 hat Köhler das Amt des Vorstandsvorsitzenden der KBV inne und ist zuständig für den fachärztlichen Bereich.

Es wird marginale Rundungseffekte geben, da wir die neuen EBM-Punktzahlen als ganze Werte kaufmännisch runden. Doch diese Effekte sind so gering, dass sie zu keinen nennenswerten Verschiebungen führen. Die Auf- und Abrundungen streuen über alle Leistungen und alle Arztgruppen bundesweit um 0.

Was ist konkret anders, wenn ein Arzt am 1. Oktober seine Praxissoftware hochfährt?

Da die Anhebung des Orientierungswertes zum 1. Oktober kostenneutral stattfindet, verändern sich die Punktzahl-Bewertungen für die EBM-Leistungen entsprechend. Dann gibt es noch Änderungen aufgrund der EBM-Reform: Vor allem bei den Hausärzten wird sich diese in Form veränderter Gebührenordnungspositionen im EBM bemerkbar machen. Auch bei den Fachärzten finden sich durch die vereinbarte Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung neue Positionen. Die Vorbereitung für Vorgaben an die Praxissoftware-Hersteller ist bereits weit vorangeschritten. Wir gehen daher davon aus, dass die Umstellung zum 1. Oktober reibungslos ablaufen wird. ■ DAS GESPRÄCH FÜHRTE FRANK NAUNDORF.

Auf den letzten Drücker

Mit den Stimmen der Regierungskoalition hat der Bundestag in seiner letzten Sitzung vor den Bundestagswahlen am 27. Juni das Präventionsförderungsgesetz beschlossen. Darin sind auch Regelungen zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen enthalten – das Gesetz dürfte allerdings im Bundesrat scheitern. Gute Aussichten hat dagegen ein anderes Gesetz: Demnach dürften Fusionen gesetzlicher Kassen künftig vom Kartellamt kontrolliert werden.



Foto: Bundesrat

Über das aktuelle Schicksal des Präventionsförderungsgesetzes und die Änderungen am Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen entscheidet der Bundesrat.

Die Koalition will mit dem Gesetz die Präventionsanstrengungen in den sogenannten „Lebenswelten“, darunter Kitas, Schulen, Betriebe und Altenheime voranbringen (wir berichteten). Die Kassen sollen verpflichtet werden, mehr Mittel für die Primärprävention zur Verfügung zu stellen.

Erfreulich ist, dass die Rolle des Arztes im Rahmen der primärpräventiven Gesundheitsuntersuchungen gestärkt werden soll. In diesem Kontext kann der Arzt eine individuelle Präventionsempfehlung geben. Ebenfalls positiv ist die geplante Verpflichtung der Kassen zu bewerten, künftig die Kosten für alle U-Untersuchungen

erbringern im Gesundheitswesen vor. Im Sozialgesetzbuch V soll ein neuer, den Bestechungsdelikten des Strafgesetzbuches angelehnter Straftatbestand eingefügt werden.

Verstöße gegen die bestehenden Verbote der Patientenzuweisung oder die Versorgungsbeteiligung von anderen Leistungserbringern gegen Entgelt sollen unter Strafe gestellt werden. Beides ist bereits im ärztlichen Berufsrecht und im Vertragsarztrecht ausdrücklich untersagt. Da die im Bundesrat dominierende rot-grüne Opposition gegen beide Bereiche des Gesetzes massive Vorbehalte geäußert hat, gehen Beobachter davon aus, dass die

im Kindes- und Jugendalter zu übernehmen. Gemeinsam mit dem Präventionsgesetz wurden auch Regelungen zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen beschlossen. Sie sehen ein Verbot der Bestechlichkeit und Bestechung von Leistungs-

Länderkammer im Rahmen der zweiten Lesung am 20. September – also zwei Tage vor der Bundestagswahl – den Vermittlungsausschuss anrufen wird. Damit wäre das Gesetz hinfällig. Denn nach dem Diskontinuitätsprinzip verfallen alle noch nicht abgeschlossenen Gesetzgebungsverfahren mit Ende der Legislaturperiode.

GWB-Novelle

Dagegen hat ein anderes Gesetz, das ebenfalls als Verfallskandidat gehandelt wurde, jüngst die Hürde des Vermittlungsausschusses genommen: die 8. Novelle des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB-Novelle). Monatlang waren hier vor allem diejenigen Passagen umstritten, die eine Ausdehnung des Kartellrechts auf die gesetzlichen Krankenkassen vorsahen.

Am Ende wurde ein Kompromiss gefunden: Das Kartellrecht wird nicht auf die Gesetzliche Krankenversicherung ausgedehnt. Dafür werden die Kassen aber unter die Fusionskontrolle des Kartellamts gestellt. Dies resultiert in einem Kompetenzverlust der Landesministerien bzw. des Bundesversicherungsamts, die eine Kassenfusion künftig erst dann genehmigen können, wenn das Kartellamt diese freigegeben hat. ■ GRI

213 zusätzliche Hausarzt-Sitze in Nordrhein

Die Experten haben gerechnet: Auf Basis der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie entstehen in Nordrhein 213 neue Sitze im hausärztlichen Bereich. Im fachärztlichen Bereich, der bei der Planung jetzt differenzierter betrachtet werden muss, gibt es nur eine geringe Zahl zusätzlicher Sitze.

In den vergangenen Monaten hat Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, immer wieder betont: Die neue Bedarfsplanung sei ein neuer, ein besserer Plan – aber auch nicht mehr als das. Selbst wenn rechnerisch reichlich neue freie Arztsitze entstehen, ist damit noch kein einziger zusätzlicher Arzt in der Praxis. Das gilt für alle Regionen. Während jedoch in den östlichen Bundesländern zum Teil Sitze in großer Zahl verloren gehen – die „Ärzte Zeitung“ betitelte die Hausärzte im Osten bereits als „Verlierer der Bedarfsplanung“ – gibt es im Westen der Republik viele zusätzliche Sitze, vor allem im hausärztlichen Bereich.

Für Nordrhein heißt das konkret: Mit den derzeit noch 67 alten offenen und 213 neuen Sitzen könnten 280 offene Hausarztsitze besetzt werden, 222 davon sofort. „Für 58 Sitze in Gebieten mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 Prozent werden wir die Übergangsregelung nach § 67 Bedarfsplanungs-Richtlinie anwenden, sie also frühestens in drei Jahren besetzen“, erklärt Potthoff. Damit will die KV Nordrhein niederlassungsbereite Hausärzte vorrangig in Bereichen mit einem Versorgungsgrad von unter 100 Prozent ansiedeln.

Verbunden mit dem Befund, dass die neuen Sitze ohnehin im Wesentlichen

in den ländlichen Bereichen und der Peripherie der Ballungsräume zu finden sind, scheint der neue Plan dem drohenden Ärztemangel zu trotzen. „Vorausgesetzt, dass wir die Ärzte finden, die freie Hausarztsitze im ländlichen Bereich übernehmen wollen“, schränkt Potthoff ein.

Wenig Veränderung bei Fachärzten

Im Bereich der „allgemeinen fachärztlichen Versorgung“ entstehen 18 neue Sitze, so dass mit den derzeit sechs offenen insgesamt 24 Facharztsitze besetzt werden können; davon entfallen 15 Sitze auf den psychotherapeutischen Bereich. In der „spezialisierten fachärztlichen Versorgung“ entstehen zwei neue Sitze für Kinder- und Jugendpsychiater. Hinzu kommen 19 neue Sitze der gesonderten fachärztlichen Versorgung für Physikalische und Rehabilitative Mediziner.

Doch wo genau gibt es Über-, wo Unterversorgung? Bei den Hausärzten im Bereich der KV Nordrhein wird es künftig 94 Mittelbereiche für Hausärzte geben, von denen 58 Bereiche als überversorgt ausgewiesen und für weitere Niederlassungen gesperrt sind. 36 Mittelbereiche sind offen. Nach der neuen Planung liegen drei Mittelbereiche beim Versorgungsgrad unter 75 Prozent.



Den neuen Bedarfsplan finden Sie unter www.kvno.de

In der allgemeinen, spezialisierten und gesonderten fachärztlichen Versorgung liegt der Versorgungsgrad für keine der Gruppen unter 50 Prozent, so dass nordrheinweit keine Unterversorgung vorliegt. In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bleibt es bei 27 Planungsbereichen. Überversorgung besteht in Nordrhein für Chirurgen, Orthopäden, Frauen- und Nervenärzte. Für Augen-, Haut- und HNO-Ärzte sind noch einige Sitze frei. Bis auf die Kinder- und Jugendpsychiater sind alle Gruppen der „spezialisierten Fachärzte“ überversorgt. In der gesonderten fachärztlichen Versorgung, für die ganz Nordrhein und eventuell sogar ganz NRW als Planungsregion gilt, besteht mit Ausnahme der Physikalischen und Rehabilitativen Mediziner Überversorgung. ■ HSCH

online abrechnen



Pflicht ab III/2013

Achtung: Ab dem 3. Quartal 2013 ist die Abrechnung in Nordrhein nur noch online möglich. Die KV Nordrhein nimmt keine Abrechnungen auf Papier, CD oder DVD mehr an. Das heißt auch, dass Sie damit rechnen müssen, ab November keine Abschlagzahlungen mehr zu erhalten, wenn Sie die Verpflichtung zur Online-Abrechnung nicht beachten.

Gerne unterstützen wir Sie dabei, sich schnellstmöglich auf die Online-Abrechnung vorzubereiten. Informieren Sie sich online unter onlineabrechnung.kvno.de oder lassen Sie sich persönlich beraten.

Competence Center IT in der Arztpraxis

Telefon 0211 5970 8005
Telefax 0211 5970 8004
E-Mail praxisedv@kvno.de

Porttal-Hotline

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

Abrechnung im Internetcafé

Wartezeiten gab es in den Internetcafés der KV Nordrhein keine. Vom 1. bis 8. Juli gaben hier Ärzte ihre Online-Abrechnung ab – unterstützt von Beschäftigten der KV Nordrhein. Das klappte sehr gut, auch weil mit knapp 150 Besucherinnen und Besuchern der große Ansturm in diesem Quartal ausblieb.

Der Service kam bei den Mitgliedern an. Dr. Richard Vinke: „Ich finde das Angebot sehr gut.“ Der Augenarzt aus Nettetal hatte extra seine Medizinische Fachangestellte Irene Duarte „spontan eingepackt“, um die Abrechnung via eA-light und KVNO-Portal online zu übertragen. „Beim nächsten Mal kann ich das dann ohne Hilfe“, ist sich Vinke sicher. Das ist wichtig, da die Online-Abrechnung ab dem 3. Quartal 2013 für alle Praxen im Rheinland verpflichtend ist. Vinke wollte vermeiden, die Umstellung auf den letzten Drücker zu vollziehen – denn das könnte dann hektischer werden.

„Mit der Umstellung habe ich mich schon ein paar Stunden beschäftigen müssen“, berichtet Richard Vinke. Am liebsten wäre er deswegen bei der CD geblieben. „Aber wenn die Vorgaben aus Berlin die Online-Abrechnung verlangen, dann müssen wir uns wohl danach richten.“ Ihm gefällt gut, dass die Ärztekammer und die KV Nordrhein eine Reihe von Verfahren bieten, mit denen die Online-Pflicht erfüllt werden kann. Darunter sind beispielsweise mit dem eToken auch einfache und kostengünstige Möglichkeiten.

Auch Dr. Ludger Wollring war in das Internetcafé gekommen. „Die KV Nordrhein ist hier präsent und hilft ihren Mitgliedern bei offenen Fragen. Auch für Personen mit wenig Computer-Kenntnissen ist die Online-Abrechnung problemlos zu erledigen.“ Der Augenarzt aus Essen fand die Sprechzeiten gut gewählt,

besonders am Mittwochnachmittag und am Samstag. Das Angebot der Testabrechnung möchte er jetzt regelmäßig nutzen.

Anlässlich der Abrechnungs-Abgabe im Oktober öffnen in Düsseldorf und Köln die Internetcafés der KV Nordrhein erneut ihre Türen. Dann allerdings ist mit wesentlich mehr Andrang zu rechnen – und auch mit Wartezeiten. „Ganz wichtig ist, dass interessierte Ärzte und Psychotherapeuten nicht nur ihre Abrechnungs-Daten, sondern auch ihr Passwort für das KVNO-Portal dabei haben sowie einen funktionsfähigen eToken oder eA-light. Denn sonst können wir Ihnen vor Ort kaum helfen“, betont Gilbert Mohr, Leiter der Abteilung IT in der Praxis der KV Nordrhein.

■ NAU

Internetcafés vom 1. bis 9. Oktober

Die Internetcafés richtet die KV Nordrhein auch zur Online-Abgabe der Abrechnung des 3. Quartals 2013 ein und zwar vom: 1. bis 9. Oktober.

Beschäftigte der KV Nordrhein helfen Ihnen beim Hochladen und Übertragen Ihrer Abrechnungsdaten in das KVNO-Portal. Bitte bringen Sie Ihre Portal-Zugangsdaten, eToken und natürlich die Abrechnungsdaten mit. Die Cafés sind besetzt

Mo, Di, Do und Fr	12 – 15 Uhr
Mittwoch	13 – 18 Uhr
Samstag	9 – 13 Uhr



Dr. Richard Vinke versendete seine Abrechnung im Düsseldorfer Internetcafé online mit Hilfe von Sabine Kather.

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

Nutzen? Nutzen. Nutzen!

Dr. Philipp Stachwitz

Alle Jahre wieder: Im Sommer treiben die Kassen, allen voran der GKV-Spitzenverband, eine Sau durchs Dorf. Die Themenpalette ist begrenzt, reicht vom vermeintlichen Abrechnungsbetrug über angebliche „Igel-Abzocke“ bis zu vorgeblich zu langen Wartezeiten. In diesem Jahr ist ein neuer Vorwurf dazugekommen: Die Ärzte seien schuld, dass die hunderte Millionen teure elektronische Gesundheitskarte zu einem Projekt ohne Nutzen zu werden drohe.

Ach ja. Der GKV-Spitzenverband. Nutzen fordert er ein vom Projekt elektronische Gesundheitskarte. Und er weiß auch gleich, warum der Nutzen nicht kommt: Die Ärzte sind schuld. Und jetzt sollen endlich Zwangsmaßnahmen her.

Das Schlimme ist nur, dass die Kassen nichts, offenbar aber auch gar nichts begriffen haben von diesem Projekt.



Dr. Philipp Stachwitz

Denn was ist der Nutzen einer Telematik-Infrastruktur für das Gesundheitswesen? Der Online-Versichererdatenabgleich in der Arztpraxis?

Das soll der Nutzen sein? Aus diesem Projekt? Aus einem Projekt, das inzwischen wahrscheinlich schon über eine Milliarde Euro gekostet hat?!

Nein Herr Lanz! Eine Telematik-Infrastruktur soll Nutzen für die Patienten bringen! Und zwar vor allem medizi-

nischen Nutzen! Und dazu gehört zu allererst, dass das Projekt elektronische Gesundheitskarte Nutzen in der täglichen Arbeit für genau diejenigen generiert, die jeden Tag mehrere Millionen Patienten versorgen. Nämlich Nutzen für die Ärztinnen und Ärzte und alle anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Und genau den, genau diesen Nutzen, den Nutzen der Ärzte scheinen die Krankenkassen reflexhaft zu fürchten wie der Teufel das Weihwasser. Wer jemals in den letzten zehn Jahren in diesem Projekt mit den Kassen an einem Tisch gesessen hat, der konnte genau das immer wieder spüren: Nutzen für die Ärzte? Kommt gar nicht in Frage – sollen sie es doch selber zahlen, wenn sie davon Nutzen haben!

Und genau diese Haltung ist es, die dieses Projekt jetzt schon zehn Jahre andauern lässt. Bis heute scheint man im Hause Pfeiffer nicht begreifen zu können, dass Nutzen für die Patienten nur dann entstehen kann, wenn auch Nutzen für die Ärzte entsteht.

Nur dann, wenn die Ärztinnen und Ärzte in Deutschland den Eindruck bekommen können, dass endlich Projektbestandteile umgesetzt wer-

den, die ihnen nützlich bei der täglichen Arbeit sind, wird eine Telematik-Infrastruktur entstehen, die am Ende medizinischen Nutzen für die Patientinnen und Patienten bringt. Und dann wird es völlig egal sein, ob Freiwilligkeit herrscht. Die Ärztinnen und Ärzte werden eine nützliche Infrastruktur einfach – nutzen.

Solange aber der GKV-Spitzenverband nichts anderes im Sinn hat, als vor allem erst mal seinen – ich wiederhole es nochmal – Online-Versichererdatenabgleich durchzusetzen und dafür nun auch noch Zwangsmaßnahmen zu fordern, solange wird sich gar nichts bewegen. Ärztetage und Vertreterversammlungen der Kassenärzte werden immer wieder gegen das Projekt stimmen. Und denjenigen, die fortgesetzt gegen die „e-Card“ polemisieren – ohne auch nur irgendeine ernsthafte Alternative zu präsentieren – wird es nur allzu leicht gemacht.

Und schließlich werden selbst die Gutwilligsten in der Ärzteschaft dieses Projekt nicht mehr länger verteidigen können oder wollen.

Der Standpunkt ist als Blog-Beitrag unter dem Pseudonym Dr. McCoy im Internet unter www.aerzteblatt.de erschienen.

Gutes Zeugnis für die KV Nordrhein

Als erste Kassenärztliche Vereinigung in Deutschland hat sich die KV Nordrhein 2007 zertifizieren lassen. Jetzt hat die Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS) die KV Nordrhein bereits zum zweiten Mal nach 2010 erfolgreich rezertifiziert.

„Wir haben erneut sowohl die Arbeitsprozesse als auch ihre Anwendung in der KV und in der Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen Nordrhein gemäß der international anerkannten Management-Norm ISO 9001:2008 zusammen mit Führungskräften und Mitarbeitern in Audit-Interviews analysiert“, berichtet Peter Rothfeld, der als externer Auditor der DQS für die Zertifizierung der KV verantwortlich zeichnet. Erstmals seien dabei auch die Regelwerke und deren Umsetzung in der Gesundheitsmanagementgesellschaft (GMG) und der Arztrufzentrale NRW als Töchter beziehungsweise Dienstleister der KV Nordrhein geprüft worden.

Das Fazit der Prüfung: „Alle Anforderungen der Norm werden durch das Managementsystem der KV vollständig abgedeckt. Die gesamte Organisation unterzieht sich einer fortlaufenden, prozessgesteuerten Qualitätskontrolle, um frühzeitig Schwachstellen zu identifizieren und zu beseitigen sowie Stärken auszubauen“, heißt es im Audit-Bericht. „Daher haben wir der DQS ohne Einschränkungen empfohlen, der KV Nordrhein erneut ein ISO 9001:2008 Zertifikat für die nächsten drei Jahre auszustellen“, erklärt Rothfeld.

„Wir sind sehr froh über das gute Zeugnis“, sagt Bernhard Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein. „Die neuerliche Zertifizierung ist für uns in erster Linie ein Beleg dafür, auf dem Weg zum Dienstleister wieder ein Stück vorangekommen zu sein. Ein gutes Beispiel dafür sind unsere stark gefragten Beratungsange-

bote für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeuten, deren Ausbau auch ein Ergebnis der vorangegangenen Audits und wachsender Kundenorientierung ist.“

Die Zertifizierung hat einen doppelten Effekt: Sie fördert zum einen eine Qualitätskontrolle, die sich an den Anforderungen der Mitglieder orientiert. Zum anderen ist sie ein wichtiges Signal an die Mitglieder: „Die Zertifizierung belegt, dass wir uns regelmäßig einer kritischen Prüfung stellen und damit unter Einbeziehung aller Abteilungen und Mitarbeiter unsere Arbeit systematisch verbessern. Vor allem aber ist die erfolgreiche Rezertifizierung eine Verpflichtung, kontinuierlich an der Qualität unserer Dienstleistungen zu arbeiten.“

■ HSCH

Die ISO-Norm 9001

Die Norm ISO 9001 ist eine international weit verbreitete Norm im Qualitätsmanagement (QM). Eine Zertifizierung nach dieser Norm, beispielsweise durch DQS oder den TÜV, ist für Unternehmen verschiedener Größen und Branchen möglich. Entscheidend ist, dass

Mindestanforderungen an ein internes Qualitätsmanagement-System erfüllt werden. Im Kern geht es um einen kontinuierlichen, systematischen Verbesserungsprozess und dessen fortlaufende Überprüfung.



Knappschaft: Neuer Vertrag zum Diabetischen Fußsyndrom

Analog zum Strukturvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse haben die KV Nordrhein und die Knappschaft einen Vertrag zur Behandlung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom geschlossen. Ein neues Antrags- und Genehmigungsverfahren ist nicht notwendig, wenn Sie bereits am AOK-Strukturvertrag teilnehmen. Die Leistungen werden von der Knappschaft extrabudgetär finanziert und zusätzlich zu den Regelleistungsvolumen vergütet.

Weitere Informationen zum Vertrag finden Sie unter www.kvno.de

KV | 130818

Onkologie-Vereinbarung: Übergangsregelung verlängert

Die KV Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassenverbände haben sich darauf verständigt, die seit 1. Juli 2012 geltende nordrheinische Übergangsregelung zur Onkologie-Vereinbarung bis zum 31. Dezember 2013 zu verlängern. Die Regelungen zu den Teilnahmegenehmigungen und zur Vergütung gelten unverändert bis zum Jahresende. Ein erneuter Antrag der bereits teilnehmenden Ärzte ist nicht erforderlich.

Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse erst zum 1. Januar 2014

Der Termin für das Inkrafttreten der geänderten Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse ist um ein weiteres halbes Jahr auf den 1. Januar 2014 verschoben worden.

Mutterschafts-Richtlinien: Übergangsregelung zur Vergütung in Nordrhein getroffen



Die Mutterschafts-Richtlinie wurde zum 1. Juli 2013 geändert. Schwangere haben jetzt Anspruch auf eine zusätzliche Ultraschalluntersuchung, ein systematisches Organscreening im zweiten Trimenon ihrer Schwangerschaft (siehe KVNO aktuell 6/2013). Die erweiterte Basis-Ultra-

schalluntersuchung wurde noch nicht in den EBM aufgenommen. Die KV Nordrhein hat daher mit den nordrheinischen Krankenkassenverbänden eine Übergangsregelung zur Vereinfachung des Verfahrens über die Vergütung dieser Untersuchung abgeschlossen. Diese Regelung kann bis zur Aufnahme einer entsprechenden Vergütungsregelung im EBM angewendet werden.

Bitte rechnen Sie die Leistungen mit folgenden Symbolnummern ab:

- 91770 Beratung und Aufklärung, inwiefern die erweiterte Basis-Ultraschalluntersuchung durchgeführt werden soll. Vergütung 8,74 Euro.
- 91771 Durchführung der erweiterten Basis-Ultraschalluntersuchung. Vergütung 110,75 Euro.

Die Vergütung der beiden Symbolnummern erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und zusätzlich zu den RLV/QZV.

Abrechnung der EBM-Nr. 40100 schließt die EBM-Nrn. 40120 bis 40126 aus

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben sich am 4. Juni 2013 darauf verständigt, die Passage „an den auftragserteilenden Arzt“ wieder aus den Anmerkungen zu den Kostenpauschalen 40120 bis 40126 zu streichen. Damit soll künftig eindeutig klar sein, dass auftragsnehmende Ärzte – unabhängig davon, ob sie ihre Befunde an den auftragserteilenden Arzt versenden oder zusätzlich an einen anderen Kollegen – die Versandkostenpauschalen 40120 bis 40126 grundsätzlich nicht neben der Kostenpauschale 40100 für Versandmaterial abrechnen dürfen. Der Beschluss ist am 1. Juli 2013 in Kraft getreten.

Den Beschluss im Wortlaut finden Sie im Deutschen Ärzteblatt, Juni-Ausgabe, Heft 25/2013. | **KV | 130818**

Screening auf Gestationsdiabetes ist EBM-Leistung

Die Mutterschafts-Richtlinie wurde im März 2012 um ein Screening auf Gestationsdiabetes erweitert. Zum 1. Juli 2013 wurden im EBM, Abschnitt 1.7.4 (Mutterschaftsvorsorge), die neuen EBM-Nummern zum Gestationsdiabetes aufgenommen:

- 01776 Vortest auf Gestationsdiabetes, 300 Punkte
- 01777 Oraler Glukosetoleranztest (oGTT) zum Ausschluss oder Nachweis eines Gestationsdiabetes, 365 Punkte
- 01812 Glukosebestimmung im venösen Plasma im Rahmen des Screenings auf Gestationsdiabetes, 45 Punkte

Die Kosten für die Glukoselösung sind in den Gebührenordnungspositionen 01776 und 01777 nicht enthalten. Die Glukose kann weiterhin als Sprechstundenbedarf bezogen werden. Aus wirtschaftlichen Gründen und wegen der Haltbarkeit empfehlen wir, Glukose bzw. Glukose-Monohydrat von der Apotheke in Einzelportionen (Tütchen) abfassen zu lassen.

Unter www.kvno.de finden Sie den Beschluss des Bewertungsausschusses im Wortlaut sowie im Deutschen Ärzteblatt, Juli-Ausgabe, 27/28-2013. | **KV 130819**

Änderungen bei den Kostenpauschalen für die Kinderdialyse

Seit 1. Juli 2013 gibt es eine Neubewertung der Kostenpauschalen für Dialysen bei Patienten bis zum Alter von 17 Jahren. Die Vergütungen der ärztlichen Leistungen und der Dialysekosten wurden erhöht. Die Regelungen im Einzelnen:

- Es erfolgt eine Trennung der Kostenpauschalen für Hämodialysen und Peritonealdialysen.
- Die Kostenpauschale für die Durchführung von Hämodialysen einschließlich Sonderverfahren wird aufgewertet. Darüber hinaus wird die Hämodialyse zukünftig über Einzeldialysepauschalen abgebildet. Damit entfällt die Wochenpauschale für diese Dialyse-Art für Patienten bis zum Alter von 17 Jahren.
- Die Bewertung der Wochenpauschale bei Peritonealdialysen bleibt unverändert.
- Die Zuschläge Infektionsdialysen nach den EBM-Nrn. 40835 und 40836 sowie die Zuschläge für die intermittierende Peritonealdialyse (IPD) nach den EBM-Nrn. 40837 und 40838 werden auch für die entsprechenden Kostenpauschalen der Kinderdialysen geöffnet.
- Die Kostenpauschalen 40820, 40821 und 40822 werden aus dem Abschnitt 40.14 des EBM gestrichen.
- Die Kostenpauschalen 40815 bis 40819 und 40835 bis 40838 werden in den Abschnitt 40.14 des EBM aufgenommen.

- Die EBM-Nr. 40816 ist je Behandlungswoche nicht neben den EBM-Nrn. 40817 und 40819 abrechnungsfähig.
- Die EBM-Nr. 40817 ist je Behandlungswoche nicht neben der EBM-Nr. 40816 abrechnungsfähig.
- Die EBM-Nr. 40819 ist je Behandlungswoche nicht neben der EBM-Nr. 40816 abrechnungsfähig.

Den Beschluss des Bewertungsausschusses finden Sie im Wortlaut unter www.kvno.de sowie in Kürze im Deutschen Ärzteblatt.

Dialyse-Zusatzpauschalen: Änderung der Leistungslegende

Zum 1. Juli 2013 hat sich bei den Zusatzpauschalen „kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten“ der EBM-Nrn. 04560 und 13600 die Leistungslegende geändert.

Serviceteams



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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

Telefon 02151 3710 00 Telefax 02151 9370 655
E-Mail formular.versand@kvno.de

Praxisinfo

Der obligate Leistungsinhalt der EBM-Nrn. 04560 und 13600 lautet nun: „Kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten mit einer glomerulären Filtrationsrate unter 40 ml/min/1,73 m² Körperoberfläche und/oder ...“. Die Leistung ist auch zukünftig nur einmal im Quartal abrechnungsfähig.

Psychotherapie-Richtlinie: Änderung bei Gruppentherapien und deren Vergütung bei Kindern und Jugendlichen

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zwei Änderungen zur Gruppentherapie beschlossen, die am 19. Juni 2013 in Kraft getreten sind. Die Änderungen beinhalten die Verringerung der Mindestteilnehmerzahl in der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Gruppentherapie



Foto: iStockphoto

von Kindern und Jugendlichen. Zudem gibt es zukünftig die Möglichkeit, eine Verhaltenstherapie auch als alleinige Gruppentherapie und nicht nur in Verbindung mit Einzeltherapie zu beantragen und zu erbringen.

Die Mindestteilnehmerzahl in der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen wird von sechs auf drei Teilnehmer reduziert. Damit wird altersspezifischen Entwicklungsbedingungen und den besonderen therapeutischen Erfordernissen bei Diagnosen wie ADHS, Autismus oder Verhaltensstörungen Rechnung getragen.

Künftig kann eine Verhaltenstherapie auch als alleinige Gruppentherapie zu Lasten der GKV erbracht werden. Damit ist es nun zulässig, abhängig vom aktuellen Krankheitszustand der Gruppenmitglieder Gruppentherapie und Einzeltherapie zu verbinden oder eine Gruppentherapie ohne Einzeltherapie durchzuführen. Anlass für diese Änderung war die konzeptionelle Weiterentwicklung der verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie sowie eine Expertenbefragung von Gruppenpsychotherapeuten.

Die Änderung der Vergütung im EBM steht noch aus. Die bisher im EBM enthaltenen EBM-Nummern

- 35202 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Gruppenbehandlung)
- 35203 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppenbehandlung)
- 35211 Analytische Psychotherapie (Gruppenbehandlung)

decken den erweiterten Leistungsumfang nicht ab. So werden darin als Mindestteilnehmerzahl nach wie vor sechs Teilnehmer genannt.

Bis der Bewertungsausschuss eine entsprechende Anpassung im EBM beschlossen hat, empfiehlt die KV Nordrhein folgendes Vorgehen: Wenn Sie eine Behandlung im Rahmen der geänderten Psychotherapie-Richtlinie durchführen und die Mindestteilnehmerzahl an Kindern und Jugendlichen zwischen drei und fünf Teilnehmern liegt, rechnen Sie im Rahmen der Kostenerstattung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab. Bitte vermerken Sie auf der Rechnung, dass die Leistung noch nicht in den EBM aufgenommen wurde. Wenn die Gruppengröße zwischen sechs und neun liegt, rechnen Sie wie bisher nach dem EBM ab. Sobald eine Anpassung im EBM erfolgt ist, werden wir Sie darüber informieren.

Alle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomievertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen.

Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter www.kvno.de **KV | 130820**

Arzneimittel-Quoten 2013:

Das Wichtigste in Kürze

Mit den Abrechnungsunterlagen für das erste Quartal 2013 haben Sie auch die Mitteilung zu den Arzneimittelquoten für das erste Quartal 2013 erhalten. Wir haben die wichtigsten Punkte der diesjährigen Vereinbarung noch einmal zusammengefasst.

Generika: Ab 2013 werden auch die so genannten Altoriginale, bei denen der Patentschutz abgelaufen ist, als Generika gewertet. Damit können beispielsweise Rabattverträge über Altoriginale die Quote nicht mehr negativ beeinflussen. Die Generikaquote bezieht sich auf den Gesamtmarkt, also den Anteil der Packungen Generika plus Altoriginale am Gesamtmarkt. Die ausgewiesene Quote erfüllt der Durchschnitt der Praxen der jeweiligen Fachgruppe. Die Quote auf der Basis der Verordnungskosten ist weggefallen.

Um die Quote zu verbessern, müssten Originale auf andere Wirkstoffe umgestellt werden, bei denen das Patent abgelaufen ist. Beispiel: Umstellen der Sartane mit Patentschutz auf Candesartan, Eprosartan, Irbesartan, Losartan,

Valsartan. Diese neue Regelung gilt auch für die Generikaquote bei den Opioiden, den Glaukomtherapeutika und Urospasmolytika.

Statine: Seit Beginn des Jahres werden neben Simvastatin auch Pravastatin und Atorvastatin als Leitsubstanz gezählt. Wenn Sie einen Lipidsenker (Statin, Fibrat, Ezetimib) verordnen, sollten Sie eins der drei Statine bevorzugen.

Alendronsäure: Die Quote gilt nur für Orthopäden. Als Leitsubstanz werden auch die Alendronsäure-Kombinationen berücksichtigt.

Blutzuckerteststreifen: Für Allgemeinärzte und für fachärztliche Internisten gilt eine Quote für Blutzuckerteststreifen aus der Preisgruppe B und A2.

KVNO extra zur Arzneimittelvereinbarung

*Ausführliche Infos zur Arzneimittelvereinbarung 2013 und die neuen Quoten haben wir in einem Sonderheft zusammengestellt, das Sie im Internet finden unter www.kvno.de **KV 130821***

KVNO extra zu Arzneimittel- fragen online verfügbar



Eine neue Ausgabe KVNO extra zur Verordnung von Arzneimitteln stellt die KV Nordrhein im Internet zur Verfügung. Das Heft geht auf häufige Fragen im Zusammenhang mit der Verordnung von Arzneimitteln ein und stellt die wichtigsten Regeln der Arzneimittel-Richtlinie dar.

In den nächsten drei Monaten erscheinen drei weitere KVNO extra zu den Ordnungs-Themen: Zu Heilmitteln, zum Sprechstundenbedarf und zu Prüfungen.

Kontakt

Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail pharma@kvno.de

Hilfsmittelberatung

Telefon 0211 5970 8070

Telefax 0211 5970 8287

E-Mail patricia.shadiakhy@kvno.de

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396

Telefax 0211 5970 9396

E-Mail margit.karls@kvno.de

Abstimmung über Gesundheitspolitik

Am 22. September finden die Wahlen zum 18. Deutschen Bundestag statt. In 299 Wahlkreisen kämpfen die Politiker um 598 Abgeordnetenmandate (plus Überhangmandate). NRW stellt mit rund 13,5 Millionen Wahlberechtigten fast ein Viertel der gesamten deutschen Wahlbevölkerung – und hat bei der Abstimmung über den Kurs im Bund folglich ein gewichtiges Wort mitzureden.

In den vergangenen Wochen und Monaten haben die im Bundestag vertretenen Parteien ihre Wahlprogramme verabschiedet und der Öffentlichkeit präsentiert. Das Thema Gesundheit war dabei allen Parteien ein eigenes, wenn auch meist kurzes Kapitel wert. KVNO aktuell hat einen Blick auf die Programme und Ziele der Parteien geworfen und unter Berücksichtigung zentraler Themen analysiert.

Ambulante Versorgung

Die CDU setzt in ihrem Wahlprogramm einen Schwerpunkt auf die Sicherstellung der Ver-

sorgung im ländlichen Raum und fordert hier neue Lösungen wie den Ausbau der Telemedizin. Um künftige Landärzte zu gewinnen, will die Union bei der Vergabe von Medizinstudienplätzen verstärkt Bewerber berücksichtigen, „die sich verpflichten, nach ihrem Medizinstudium in einer Region tätig zu werden, in der es einen Mangel an Ärzten gibt“. Um die künftige Sicherstellung sorgt sich auch Die Linke. Sie fordert eine vollständig sektorenübergreifende Planung, die alle Gesundheitsberufe umfasst. Krankenhäuser sollen künftig Ambulanzen oder „Polikliniken“ führen können. Außerdem plädiert die Linkspartei für

Daniel Bahr | FDP | Wahlkreis Münster

Welches Ziel gehen Sie nach der Wahl als erstes an? Vieles haben wir bereits erreicht: eine zukunftsfähige Finanzausstattung, bessere Rahmenbedingungen für die ärztliche Versorgung, die Abschaffung der Praxisgebühr, der Ausbau von Patientenrechten, Prävention und Pflege. Nächstes Jahr stehen die Strukturreform im Krankenhausbereich sowie eine noch stärkere Berücksichtigung Demenzkranker in der Pflege an. Auch direkt nach der Wahl haben bei mir die Wahrung von Therapiefreiheit und Freiberuflichkeit, die freie Arztwahl und eine echte Entbürokratisierung Priorität. Ebenfalls auf der Tagesordnung stehen der Ausbau der Kapitaldeckung, die Kostenerstattung, die Fachkräftegewinnung, die Telemedizin und eine Stärkung von Rehabilitation und Prävention. Außerdem geht es um eine Aufgabenkritik des GKV-Spitzenverbandes.

Was erwarten Sie von Hausarztverträgen und von der Integrierten Versorgung? Bisher sind die KVen von diesen Versorgungsformen ausgeschlossen. Werden Sie daran festhalten? Sowohl eine flächendeckende, qualitativ gute hausärztliche Versorgung als auch eine Versorgung, die nicht durch Sektorengrenzen behindert wird, sind wichtige Anliegen. Die Strukturen müssen sich an dem Ziel ausrichten, Patientinnen und Patienten in diesem Rahmen bestmöglich behandeln zu können. Der Kollektivvertrag ist die tragende Säule, die Versorgung wird durch Selektivverträge, integrierte Versorgung und ambulante spezialfachärztliche Versorgung unterstützt.

Sehen Sie wesentliche Einsparpotentiale im Gesundheitswesen? Wenn ja, wo? Selbstverständlich kann einiges immer noch effizienter organisiert werden, aber angesichts der alternden Bevölkerung ist die Herausforderung unser international gutes Niveau zu erhalten.



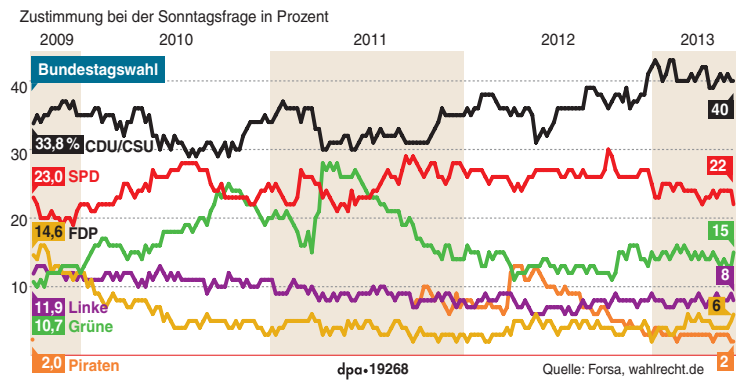
ambulante Angebote in öffentlicher Trägerschaft. SPD und Bündnis 90/Die Grünen streben in der ambulanten Versorgung eine Stärkung der Primärversorgung an.

Die SPD fordert eine flächendeckende hausarztzentrierte Versorgung. In ihrem Regierungsprogramm verzichtet die SPD auf ihre frühere Forderung, die „alte“ Fassung des § 73b wiederzubeleben, in der die Kassen zu Hausarztverträgen ohne besondere Sparauflagen verpflichtet waren. In unserem Interview spricht sich SPD-Gesundheitsexperte Prof. Karl Lauterbach allerdings just für diese alte Fassung aus. Schließlich will die SPD die Vernetzung zwischen den Gesundheitsberufen stärken. Diesen Punkt greifen auch die Grünen auf, die eine veränderte Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen und eine Aufwertung des Pflegeberufs fordern. Darüber hinaus wollen die Sozialdemokraten eine neue Initiative für die integrierte Versorgung starten.

Patientenrechte

SPD und Bündnis 90/Die Grünen wollen die Patientenrechte – ungeachtet der jüngst ein-

Die Parteien in den Umfragen



geführten gesetzlichen Neuerungen – weiter stärken. Zentraler Punkt dürfte hierbei die Frage der Beweislastumkehr beziehungsweise Beweiserleichterung bei Behandlungsfehlern sein. Beiden Oppositionsparteien geht die aktuelle Beweiserleichterung zu Gunsten der Patienten nicht weit genug. Die Bündnisgrünen fordern weiterhin die Einrichtung eines Haftungs- und Entschädigungsfonds, der auch ohne gerichtliche Schuldfeststellung an betroffene Patienten zahlt. Zudem treten bei-

Die Grafik zeigt, wie sich die Zustimmung zu den Parteien bis Mitte Juni 2013 entwickelt hat. In der Vergangenheit gab es die stärksten Veränderungen kurz vor der Wahl.

Rudolf Henke | CDU | Wahlkreis Aachen

Welches Ziel gehen Sie nach der Wahl als erstes an?

Die Wiederwahl von Angela Merkel zur Bundeskanzlerin.

Was erwarten Sie von Hausarztverträgen und von der Integrierten Versorgung? Bisher sind die KVen von diesen Versorgungsformen ausgeschlossen. Werden Sie daran festhalten?

Hausarztverträge und solche zur Integrierten Versorgung sind wichtige Instrumente, um die medizinische Versorgung zu verbessern. Wenn sie das leisten und zu guten Innovationen führen, gehören sie mit der gleichen Finanzausstattung auch in den Kollektivvertrag.

Sehen Sie wesentliche Einsparpotenziale im Gesundheitswesen? Wenn ja, wo?

Sonst notwendige Kosten lassen sich am ehesten durch ein größeres Gewicht für erfolgreiche Prävention vermeiden. Bei den Zahnärzten kann man sehen, wie das gehen kann. Die Ansätze sind Verhaltens- und Verhältnisprävention, keine Aufgabe allein des Gesundheitswesens.



de Parteien für eine Stärkung des Verbraucherschutzes ein. Die SPD will die Patienten insbesondere „wirksam vor Missbrauch mit unnötigen IGe-Leistungen schützen“.

Die Grünen wiederum setzen sich für die Gründung einer „Stiftung Warentest“ im Gesundheitswesen ein, die zuverlässige Qualitätsinformationen sammelt und allgemeinverständlich aufbereitet – sowie für den weiteren Ausbau der unabhängigen Patientenberatung. Auch die CDU fordert den Ausbau des Verbraucherschutzes im Gesundheitswesens: Patienten sollen über Portale im Internet einen einfachen Zugang zu unabhängigen, verlässlichen und verständlichen Informationen über Versicherungs- und Behandlungsmöglichkeiten erhalten. Ferner plädiert die CDU dafür, Melde- und Managementsysteme einführen, die helfen, Fehler zu vermeiden und die Qualität zu sichern.

Finanzierung der GKV

Klare parteipolitische Trennlinien zeigen sich, wie schon vor der Bundestagswahl 2009, auch bei der Frage der künftigen GKV-Finan-

zierung. Während die CDU und die FDP am dualen System von Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung festhalten wollen, sprechen sich die anderen Parteien für die Einführung einer einheitlichen „Bürgerversicherung“ aus, in der alle Bürger im Rahmen eines Bürgerversicherungstarifs gegen Krankheit versichert werden – auch die heutigen PKV-Versicherten. Im Gegensatz zu Grünen und Linken will die SPD für diese Versicherung allein das Erwerbseinkommen als Beitragsbasis heranziehen, also keine weiteren Einkommensarten wie Mieteinnahmen, Pacht oder Kapitaleinkünfte.

Überrascht hat die SPD mit ihrer Forderung, die Zusatzbeiträge der Krankenkassen wieder abzuschaffen und die Beitragssatzautonomie der Kassen – übrigens in Übereinstimmung mit der FDP – wieder herzustellen. Das ist nicht weniger als die Abkehr von einem zentralen Funktionsprinzip des Gesundheitsfonds, der bekanntlich unter SPD-Ministerin Ulla Schmidt eingeführt wurde. Im Zusammenhang mit dem Bürgerversicherungskonzept fordern Grüne und SPD ein neues, ein-

Prof. Karl Lauterbach | SPD | Wahlkreis Köln-Mülheim/Leverkusen

Welches Ziel gehen Sie nach der Wahl als erstes an?

Die SPD wird sofort gegen die zunehmende Zwei-Klassen-Medizin vorgehen: Es soll nicht länger von der Versicherungskarte (privat oder gesetzlich) abhängen, wie jemand behandelt wird. Deshalb werden wir die Bürgerversicherung einführen. Sie gewährleistet Gleichbehandlung und verhindert einen massiven Kostenanstieg für Gesetzlich- und Privatversicherte. Auch für die Pflege wird eine Bürgerversicherung angestrebt, deren Kosten Arbeitnehmer und Arbeitgeber zu gleichen Teilen tragen.

Was erwarten Sie von Hausarztverträgen und der Integrierten Versorgung? Bisher sind die KVen von diesen Versorgungsformen ausgeschlossen. Werden Sie daran festhalten?

Wir wollen ein flächendeckendes Angebot an Hausarztverträgen für die Versicherten, so dass jeder, der dies möchte, an einem Hausarztvertrag teilnehmen kann. Wir unterstützen deshalb auch die Forderung nach der Rückkehr zum alten Rechtszustand beim § 73b Abs. 5a SGB V.

Sehen Sie wesentliche Einsparpotenziale im Gesundheitswesen? Wenn ja, wo?

Der SPD geht es vor allem um eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten. Der Nutzen für die Patientinnen und Patienten steht im Vordergrund. Wichtig ist, dass die Menschen vor Ort umfassend und mit einer guten Qualität medizinisch und pflegerisch versorgt sind.



heitliches Honorarsystem. Faktisch wäre dies das Ende der GOÄ. Beide Parteien betonen, dass das Gesamthonorarvolumen der Ärzteschaft dabei nicht verringert, sondern gerechter verteilt werden soll.

Die CDU hingegen setzt auf die Fortführung der GKV-Finanzierung in der bisherigen Form. Sie will Kassen, deren Rücklagen die gesetzliche Mindestreserve um ein Mehrfaches übersteigen, in Zukunft zur Prämienrückerstattung an ihre Mitglieder verpflichten.

Prävention

Alle im Bundestag vertretenen Parteien sprechen sich für verstärkte Anstrengungen bei der Prävention aus – wenngleich dies vor dem Hintergrund des Scheiterns etlicher Gesetzesinitiativen in den vergangenen zehn Jahren beinahe anachronistisch anmutet. Während CDU und SPD insbesondere die Prävention in den „Lebenswelten“, also in Kitas, Schulen und Betrieben voranbringen wollen, setzen die Grünen in ihrem Wahlprogramm auch auf eine bessere Zielgruppenorientierung der bestehenden Angebote, die kultur- und ge-

schlechtsspezifisch ausgestaltet werden sollen. Die Sozialdemokraten sprechen sich im Programm für eine Erhöhung der Präventionsausgaben aus. Die SPD will die Präventionsaktivitäten von Ländern, Kommunen und Sozialversicherungsträgern auf Landesebene steuern lassen.

Dies ist ein klarer Widerspruch zur Linken, die zwar ebenfalls ein Mehr an Prävention fordert, um gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen, dabei aber auf eine Steuerung auf Bundesebene setzt. Die FDP, die den jüngsten Entwurf eines Präventionsgesetzes verantwortet hat, setzt in ihrem Programm einen Schwerpunkt auf die Verstärkung der Präventionsmaßnahmen bei Infektionskrankheiten und psychischen Erkrankungen sowie der Förderung von gesunder Ernährung und Bewegung. Sie appelliert, ebenso wie die CDU, an die Eigenverantwortung der Bürger für eine präventionsorientierte Lebensweise und will künftig alle an den Präventionsmaßnahmen beteiligten Akteure stärker in die (Finanzierungs-)Pflicht nehmen.

■ SIMONE GRIMMEISEN

Maria Klein-Schmeink | Bündnis 90/Die Grünen | Wahlkreis Münster

Welches Ziel gehen Sie nach der Wahl als erstes an?

Wir werden die Zusatzbeiträge abschaffen und den Krankenkassen die Beitragsautonomie wieder zurückgeben. Zugleich werden wir den Einstieg in die Bürgerversicherung auf den Weg bringen. Damit schaffen wir eine solide Grundlage, um unsere Versorgung auf die Herausforderungen des demografischen Wandels auszurichten.

Was erwarten Sie von Hausarztverträgen und der Integrierten Versorgung? Bisher sind die KVen von diesen Versorgungsformen ausgeschlossen. Werden Sie daran festhalten?

Hausarzt- und IV-Verträge können das Versorgungssystem innovativer machen. Gute Verträge stärken die Primärversorgung und verbessern die Zusammenarbeit über Berufs- und Sektorengrenzen hinweg. Ein Ersatz für Kollektivverträge sind sie aber nicht. Diese bleiben das Fundament der flächendeckenden Versorgung. Die KVen sind ihr Sachwalter, an dieser Rolle sollten sie festhalten.

Sehen Sie wesentliche Einsparpotenziale im Gesundheitswesen? Wenn ja, wo?

Kooperation und Koordination machen die Versorgung besser und wirtschaftlicher. „Schnittstellenprobleme“ innerhalb und zwischen Sektoren, aber auch zwischen den verschiedenen Sozialleistungssystemen gehen zu Lasten der Patienten und verschlingen wertvolle Ressourcen.



Viel Vertrauen in die Ärzte

Über 90 Prozent der Befragten bewerten die fachliche Kompetenz und das Vertrauensverhältnis zum zuletzt besuchten Arzt mit „gut“ oder „sehr gut“. Das ist das Ergebnis der Versichertenbefragung der Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). In Nordrhein sind die Patienten ebenso zufrieden. Weiteres Resultat: Wartezeiten auf einen Termin sind gar kein Problem, sofern es sich nicht um mehrere Wochen handelt. Fast die Hälfte der Deutschen kann sofort zum Arzt – ohne Wartezeiten.

Die mittlerweile sechste Versichertenbefragung der KBV hat ergeben, dass die Deutschen überaus zufrieden sind mit ihren niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten – trotz aller öffentlicher Debatten und Diffamierungen gegenüber der Ärzteschaft. „Seit der ersten Versichertenbefragung 2006 ist die Zufriedenheit gegenüber Ärzten gleichbleibend hoch“, sagte Dr. Andreas Köhler, der Vorstandsvorsitzende der KBV, bei der Vorstellung der Studie in Berlin. Die Versichertenbefragung führt die Mannheimer Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der KBV regelmäßig durch. Für die aktuelle Untersuchung befragte das Unternehmen vom 15. April bis 16. Mai insgesamt 6.093 Bundesbürger zwischen 18 und 79 Jahren.

Bemerkenswert: Wartezeiten auf einen Termin stören kaum jemanden, sofern diese nicht ge-

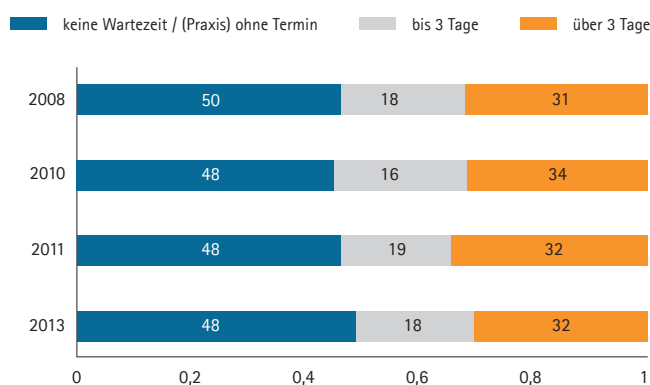
rade mehrere Wochen betragen, was tendenziell eher bei spezialisierten Fachärzten der Fall sei, so Köhler. „Fast die Hälfte der Deutschen kann sofort zum Arzt. Die Wartezeiten auf einen Termin haben sich im Vergleich zu den vergangenen Jahren praktisch nicht verlängert. Selbst im Warteraum mussten drei Viertel der Patienten weniger als 30 Minuten warten.“

IGeL kein Konfliktfeld

Die Versorgungslage und den wohnortnahen Zugang zu ärztlichen Leistungen bewerten die Befragten unterm Strich positiv. Gut drei Viertel sagen, dass es genügend Hausärzte an ihrem Wohnort gibt. 19 Prozent sind der Meinung, es gebe zu wenige, wobei davon 78 Prozent keine Schwierigkeiten hatten, einen geeigneten Hausarzt zu finden. Dass zu wenige Fachärzte in ihrer Nähe zur Verfügung stünden, empfinden immerhin 38 Prozent der Befragten.

Die gerne in den Medien und von den Kassen zum Problem stilisierten Selbstzahler-Leistungen bergen wenig Konfliktpotenzial. 21 Prozent der Befragten bekamen schon einmal vom Arzt eine Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten. 90 Prozent der Betroffenen hielten die Bedenkzeit für ausreichend, um sich für oder gegen das Angebot zu entscheiden. Nachholbedarf verrät die Studie bei den Versicherten: Nur 66 Prozent – Männer deutlich seltener als Frauen – nehmen Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch. ■ HSCH

Wartezeiten für Termin



FGW Telefonfeld: Versichertenbefragung bei KVB 05/2013 (n=5.186); fehlende Prozent zu 100 = k. A.

Ess-Störungen kooperativ behandeln

Rund 150 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten besuchten am 12. Juni 2013 in Köln die Fortbildung „Ess-Störungen – Hilfsangebote in Köln“. Organisiert wurde die Veranstaltung von der KV Nordrhein zusammen mit der Landeskoordination Integration Fachbereich Ess-Störungen.

Mit psychogenen Ess-Störungen sind laut Maria Spahn, Ärztin in der Landeskoordination Integration, zahlreiche Probleme wie eine komplexe Psychodynamik, körperliche Gefährdung, später Zugang zu Hilfen und Chronifizierung verbunden. Die Prognose sei umso günstiger, je früher eine Ess-Störung erkannt wird. Gerade niedergelassene Ärzte könnten wesentlich dazu beitragen. Dr. Aglaja Sedelmeier spricht das Thema sofort offen an, wenn sie Anhaltspunkte sieht. In der Regel reagieren die Patientinnen mit Erleichterung und sind dankbar für Hilfsmöglichkeiten, berichtete die Kölner Hausärztin.

Prof. Christian Albus, Leiter der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie an der Kölner Uniklinik, erläuterte die zentralen Krankheitsbilder. Mit einem Body-Mass-Index (BMI) unter 17,5 gelten Erwachsene als anorektisch, Kinder, wenn sie unter dem 10. BMI-Altersperzentil liegen. Das Untergewicht werde oft selbst verursacht, zum Beispiel durch Fasten, Erbrechen, exzessiven Sport oder die Einnahme von Abführmitteln. Bei Bulimie und Binge Eating (häufige, regelmäßige Heißhungeranfälle) werden ungewöhnlich große Mengen in ungewöhnlich kurzer Zeit verschlungen; die Bulimiekranken ergreifen danach zusätzlich „gegensteuernde Maßnahmen“, um den Kontrollverlust auszugleichen.

Über 50 Prozent der Betroffenen weisen eine psychische Komorbidität auf. „Manchmal muss erst eine Traumatherapie durchgeführt werden, bevor man sich auf die Ess-Stö-

rung konzentrieren kann“, so Dr. Carmen Blaschke, Oberärztin in der Psychosomatischen Abteilung des St. Agatha Krankenhauses in Köln. In akuten Fällen bietet sie Notfalltermine für orientierende Gespräche an.

Orientierung können Frauen auch in der offenen Sprechstunde der Frauenberatungsstelle „Frauen-Leben“ bekommen. Ist eine Gruppe ausgebucht, vermittelt die Stelle weiter und bietet Überbrückungsgespräche an, so Stephanie Lange, Psychotherapeutin in der Beratungsstelle. „Erstmanifestationen bei Kindern und Jugendlichen sollen unbedingt sofort angegangen werden“, riet Dr. Carola Bartels-Dickscheid, Oberärztin an der Uniklinik in der Ess-Störungsambulanz. „Uns ist es wichtig, auch die Angehörigen als Unterstützer mit ins Boot zu holen.“

Einig waren sich die Referenten in ihrem Appell an die Niedergelassenen: „Bitte wagen Sie es, Patienten auf Ess-Störungen anzusprechen. Durch die gute Vernetzung der Hilfsangebote in Köln gibt es einige Möglichkeiten, eine interdisziplinäre Behandlung zu organisieren.“



Das siebenköpfige Referenten-Team der Fortbildung zum Thema „Ess-Störungen“.

Mehr Infos zur Veranstaltung unter:
www.kvno.de
KV | 130827

■ MEY

Auch Patienten in die Pflicht nehmen

Lebensbedrohliche Erkrankungen gehen nicht unbedingt mit einer hohen Therapietreue der Patienten einher. Verschiedene Studien belegen übereinstimmend eine mangelnde Compliance von Patienten unter anderem bei Krebserkrankungen. Wie die Kooperation der Patienten in der Therapie verbessert werden kann, diskutierten Ärzte am 5. Juni im Haus der Ärzteschaft.

Ein erster Schritt sei ein ehrlicher Umgang miteinander, bei dem einerseits der Patient ausreichend aufgeklärt werde, um selbst entscheiden zu können, sagte Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Wichtig sei aber auch, dass der Patient den Arzt offen informiert, wenn er seine Arzneimittel nicht oder nicht regelmäßig einnimmt. Klar sei: Der verordnende Arzt habe einen entscheidenden Einfluss auf die Akzeptanz einer Therapie und auf die Compliance.

Therapieziele stärken und Compliance erhöhen

Privatdozent Dr. Peter Staib, Chefarzt der Abteilung für Hämatologie und Onkologie am St. Antonius-Hospital Eschweiler, erläuterte, dass eine Vielzahl der Krebsmedikation oral verabreicht werde. Die Therapietreue habe also eine große Bedeutung. Fehlt sie, kann es zum Beispiel beim Mamma-Carcinom oder chronisch myeloischer Leukämie zu signifikant schlechterem Überleben bzw. signifikant schlechterem Ansprechen der Therapie führen.

Gründe für eine geringe Compliance

- Nebenwirkungen der Therapie
- Komplexität der Behandlung
- Fehlendes Vertrauen des Patienten in die Therapie
- Psychologische Probleme (Depressionen)
- Geringes Bewusstsein des Patienten für Therapieerfolg oder Rückfallrisiko
- Alter
- schlechte Arzt-Patienten-Beziehung/ fehlendes Vertrauen
- fehlende Diskussion zu möglichen Nebenwirkungen der Therapie und Compliance-Problemen
- Keine Zeit des Arztes für Probleme und Fragen des Patienten

Quelle: *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 73 (2010)

Potthoff verwies auf eine Kohortenstudie mit 788 Patientinnen mit Mamma-Carcinom, die zeigte, dass bereits 37 Prozent der Patientinnen im ersten Jahr die Therapie nicht wahrnahmen oder abbrachen. Auch bei der antiviralen Therapie bei HIV-Patienten bestätigt eine Review von 2011 Adhärenzraten zwischen 60 und 70 Prozent. Diese Zahlen seien erschreckend und Grund, das Therapieregime in Klinik und Praxis zu überdenken.

Privatdozent Dr. Sherko Kümmel verwies auf die Komplexität der Therapieformen und Behandlungsschemata bei der heutigen Therapie des Mamma-Carcinoms. Die rasante Entwicklung ermögliche es dem Arzt kaum, alle Therapieoptionen zu beherrschen und diese gegenüber dem Patienten sicher zu vertreten, betonte der Direktor der Klinik für Senologie / Brustzentrum der Kliniken Essen-Mitte. Auch würden die Nebenwirkungen der Therapie und mögliche Interaktionen mit anderen eingenommenen Medikamenten die Compliance der Patienten vermindern.

Das Problem der mangelnden Compliance sei seit Jahren bekannt, durchschlagende Lösungsansätze aber bisher nicht gefunden worden. Dabei seien in den vergangenen Jahren viele Anstrengungen unternommen worden, um zum Beispiel durch intensivere Patientenführung und Aufklärung eine Verbesserung der Adhärenz zu erzielen.

Gründe für mangelnde Therapietreue

Als eine Ursache für die mangelnde Therapietreue in der adjuvanten Therapie beim Mamma-CA gilt die Nebenwirkung der Tumorthherapie. Hierzu zählen Müdigkeit (Fatigue), Gelenkschmerzen, Übelkeit, Schlafstörungen und Polyneuropathie. Jüngere Frauen brechen die Therapie oft wegen der Nebenwirkungen der antihormonellen Therapie durch Aromatasehemmer (AT) oder selektive Estrogenrezeptormodulatoren (Tamoxifen R) ab.

Komplementär- oder alternativmedizinische Maßnahmen können laut Kümmel diese Nebenwirkungen der schulmedizinischen Verfahren mildern und möglicherweise auch die Therapietreue erhöhen. Denn der Patient könne etwas für sich und die eigenen Selbstheilungskräfte tun und fühle sich aktiver am Genesungsprozess beteiligt.

Möglichkeiten der komplementären Therapien

Akupunktur, Bewegungstherapie, Kohlwinkel und Aconit Schmerzöl haben sich gegen die Gelenksbeschwerden unter AT-Medikation als wirksam gezeigt. Eine Optimierung des Vitamin D-Spiegels ist sinnvoll, da Vitamin D-Mangel als Risikofaktor für Mamma-CA, Colon-CA und wahrscheinlich auch weitere Krebsarten beschrieben wird.

Bei Hitzewallung durch die antihormonelle Behandlung zeigen sich Akupunktur, Yoga, Atemübungen, Entspannungstraining, Bewegungstherapie und Hydrotherapie nach Kneipp als wirksam zur Beschwerdelinderung. Letztgenannte Therapien helfen auch gegen die häufig verspürte Fatigue. Zusätzlich kann hier Misteltherapie angewendet werden. Vierzellaäder, Bewegungstherapie, Capsaicin, kalte Kniegüsse helfen wiederum bei Polyneuropathie. Auch gegen depressive Verstimmung kann Akupunktur wirksam sein. Sie ist nebenwirkungsfrei, steigert das Wohlbefinden – und bei rund 25 Prozent der Frauen das Interesse an Sexualität.



Foto: Fotolia.com

Eindringlich warnte Sherko Kümmel vor der unreflektierten Anwendung von Phytoöstrogenen. Diese könnten – unabgestimmt eingesetzt – die antitumoröse Medikation gravierend beeinflussen und zu ungewollten Nebenwirkungen führen. Auch die Einnahme von „harmloseren“ Substanzen könne die Therapie gefährden. „Schon ein Glas Grapefruitsaft oder die Einnahme von Johanniskraut können die Wirkung einer Chemotherapie aushebeln (Enzyminduktion)“, so Kümmel.

Im Umgang mit den Patientinnen sind daher offene und ausführliche Gespräche über alle Therapiemaßnahmen wichtig. So kann auch verhindert werden, dass der Patient „heimlich“ zusätzlich etwas für sich tun will, ohne zu wissen, dass er gerade dadurch seine Therapie gefährdet.

Auch in der Nachsorge zeigt sich eine mangelnde Adhärenz. In einer Befragung von 245 Mamma-CA-Patientinnen geben lediglich 44 Prozent die Durchführung einer klinischen Brustuntersuchung und Mammographie an.

Die Nebenwirkungen der Tumorthherapie bewegen viele Patientinnen zum Abbruch. Ärzte sollten offen und ausführlich über die Therapiemaßnahmen sprechen und auf Probleme eingehen – das erhöht die Compliance.

In anderen Studien liegt die jährliche Nutzung der Kontrollmammographie in der Nachsorge zwischen 20 und 67 Prozent.

Patienten führen

„Die interdisziplinäre Kommunikation der betreuenden Ärzte ist ein entscheidender Faktor“, betonte Dr. Dirk Tummes. Nicht nur der onkologische Spezialist betreue die Patientin oder den Patienten, sondern auch der Hausarzt, der niedergelassene Gynäkologe, der fachspezifische Arzt in der Klinik. Dazu kämen oft noch Orthopäden und Kardiologen.

Zusätzlich nehme der Patient oft noch eigenmächtig Medikamente ein. Es sei deswegen wichtig, dass ein Arzt die gesamte Behandlung im Auge behalte und auf mögliche Interaktionen aufmerksam mache, so der Internist aus Aachen. „Wenn der Patient merkt, dass der Arzt sich kümmert, besteht ein viel größeres Vertrauen und damit geht eine größere Therapietreue und Ehrlichkeit des Kranken über eine etwaige Selbstmedikation einher.“

Integrative Onkologie

Die sogenannte Integrative Onkologie bündelt komplementärmedizinische Therapien in die Standard-Onkologie. Nach Worten von Prof. Gustav Dobos, Direktor der Abteilung für Na-

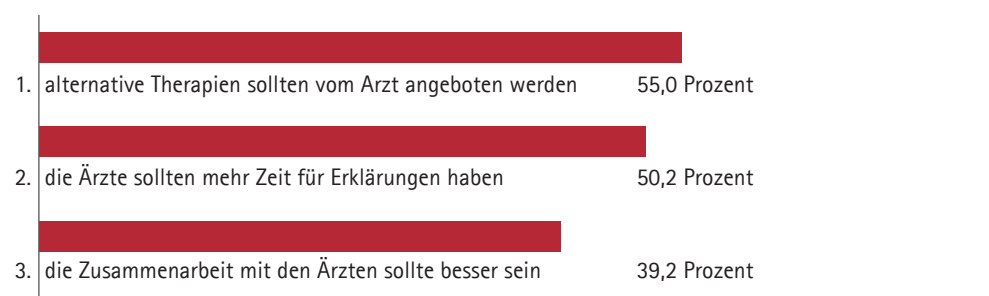
turheilkunde und integrative Medizin an den Kliniken Essen-Mitte, kann sie helfen, die Nebenwirkungen zu mindern und die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Integrative Onkologie werde bereits seit Jahren in einigen renommierten Kliniken in den USA erfolgreich durchgeführt und wissenschaftlich begleitet.

In Kliniken mit integrativem Ansatz wie in Essen werden die Patientinnen bei Krebserkrankungen neben der schulmedizinischen Behandlung (OP-Verfahren, Chemotherapie oder Strahlentherapie und antihormoneller Medikation) zusätzlich sporttherapeutisch betreut, bekommen ein Ernährungsprogramm und lernen Yoga oder Meditation. Sie erhalten Akupunktur gegen die Nebenwirkungen einer antihormonellen Therapie, Ringelblumensalbe gegen Strahlenschäden oder Nadelreizmaten bei Rückenschmerzen.

Mit Hilfe des sogenannten Mindfulness-Based Stress Reduction Programms (MBSR) oder der Mind-Body-Medizin sollen durch eine Schulung des Körpers und des Geistes Selbstheilungsprozesse des Körpers angeregt und eine innere Balance hergestellt werden. Hierbei werden körperliche, psychische, soziale und spirituelle Aspekte des Menschseins berücksichtigt und eine gesundheitsfördernde Le-

Verbesserungen aus Patientinnen-Sicht

Auf die Frage: „Wenn Sie drei Verbesserungen bei der Behandlung von Brustkrebs einführen könnten, welche halten Sie für die drei wichtigsten?“ gaben die Patientinnen an:



bensführung und Lebensstiländerung in das therapeutische Gesamtkonzept einbezogen.

Wichtig sei, dass die Patienten lernten, sich zu entspannen, so Dobos. Denn viele lebten in chronischem Stress mit all seinen Begleitscheinungen. Auch wollten die meisten Patienten selbst zu ihrer Genesung beitragen und wünschten sich deshalb sinnvolle Unterstützungsmöglichkeiten, um ihren Genesungsprozess zu fördern. Dem Arzt komme die Aufgabe zu, die verschiedenen Optionen individuell zu erklären. Es gelte gemeinsam den besten individuellen Ansatz zu finden. Genau das fördert die Compliance, ist sich Dobos sicher.

Auch der Patientenvertreter der Plasmozytom/ Multiples Myelom Selbsthilfegruppe NRW, Klaus Werner Mahlfeld, betonte die gute Arzt-Patienten-Beziehung für die Compliance: „Mein Onkologe hatte immer Zeit für meine Fragen und so wusste ich über die weiteren Therapieschritte und Blutwerte Bescheid. Auch hat der Arzt die möglichen Therapie-Nebenwirkungen offen angesprochen und alles erklärt. Dass hat mich sicher im Umgang

Integrative Onkologie

Die Integrative Onkologie umfasst die komplementäre und konventionelle Onkologie. Sie nutzt Arzneimittel und Therapieverfahren der wissenschaftlich geprüften Naturheilkunde, um Nebenwirkungen zu mindern, die Lebensqualität zu verbessern und zur Prävention vor und nach Krebs als Begleitmaßnahme unter onkologischer Therapie.

Ziele der Integrativen Onkologie

- Verbessertes Nebenwirkungsmanagement
- Verbesserte psychische und körperliche Fitness
- Verbesserung der Lebensqualität (Reduktion von Depressionen, Stresserleben und Angst)
- Primär- und Sekundärprophylaxe
- Verbesserung der Prognose

mit meiner Krankheit gemacht und mir die Angst genommen.“ ■ DR. MARTINA LEVARTZ, MPH



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

Kontakt

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

www.kvno-portal.de

Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

Die RLV-Fallzahl der fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaft

Eine der Einflussgrößen, die das Honorar bestimmen, ist die RLV-Fallzahl. Wie sie errechnet wird ist den meisten Praxen unbekannt – obwohl sie den größten Honoraranteil maßgeblich beeinflusst. Deshalb zeigen wir in diesem Beitrag, wie die KV Nordrhein die Fallzahl einer fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ermittelt.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) legt fest, dass bei der Fallzahl-Berechnung in einer fachgleichen BAG das arithmetische Mittel der Sitzumfänge gebildet wird. Beispiel: Eine BAG besteht aus zwei Ärzten. Arzt 1 hat einen vollen Sitz, Arzt 2 einen halben. Die zu verteilende Behandlungsfallzahl beträgt 1500.

Berechnung für Arzt 1:
 $1500 : 1,5 \times 1,0 = 1000$

Berechnung für Arzt 2:
 $1500 : 1,5 \times 0,5 = 500$

Allerdings spielen auch die unterschiedlichen Niederlassungszeiträume eine Rolle. Die Behandlungsfallzahl stammt, je nach Niederlassungsdauer aus dem aktuellen Quartal (Vari-

ante 1 in der nebenstehenden Tabelle), aus den ersten drei Jahren der Niederlassung (Variante 2) oder dem Vorjahresquartal (Variante 3).

Wenn ein BAG-Teilnehmer bis zu drei Jahre niedergelassen ist, wie in Variante 4 und 5, wird die Festlegung dadurch erschwert, dass die zugewiesene RLV-Fallzahl der Praxis die aktuelle Fallzahl nicht überschreiten darf. Die Berechnung erfolgt dann in vier Schritten:

1. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein ermittelt die RLV-Fallzahl der Ärzte die länger als drei Jahre niedergelassen sind. In der Variante 5 dividieren wir die Fallzahl des Vorjahresquartals durch die Summe der im Vorjahr in der Praxis vorhandenen Sitzumfänge. Danach wer-

Kombinationen nach Niederlassungszeitraum in Jahren

Variante	Arzt 1	Arzt 2
1	1 bis 3	1 bis 3
2	4	4
3	ab 5	ab 5
4	1 bis 3	4
5	1 bis 3	ab 5
6	4	ab 5

Die Varianten 1 – 3 unterscheiden sich in der Berechnung lediglich in der Herkunft der Fallzahl. Bei der Berechnung wird die jeweils verwendete Fallzahl auf Basis der Sitzumfänge verteilt.

den die Fallzahlen entsprechend des Tätigkeitsumfangs dem jeweiligen Arzt angerechnet. Bei der Variante 4 vergibt die KV die beste Fallzahl der ersten drei Jahre.

2. Die KV eruiert die Fallzahlobergrenze für die weniger als drei Jahre niedergelassenen Ärzte. Das funktioniert so: Die aktuelle Fallzahl wird durch die Anzahl der im aktuellen Quartal in der Praxis tätigen Ärzte geteilt und dann mit deren Tätigkeitsumfang multipliziert.

3. Die KV berechnet, wie der Anteil an der aktuellen Fallzahl für die in den ersten drei Jahren tätigen Ärzte verteilt werden kann. Hierzu ziehen wir den bereits verteilten, in Schritt 1 ermittelten, Anteil der länger als drei Jahre niedergelassenen Ärzte von der aktuellen Fallzahl ab und verteilen ihn nach Tätigkeitsumfang.

4. Im letzten Schritt werden die in Schritt zwei und drei ermittelten Werte miteinander verglichen. Der jeweils kleinere Wert, wiederum nach Tätigkeitsumfang verteilt, stellt die RLV-Fallzahl dar.

Beispiel: Eine BAG besteht aus zwei Ärzten, Arzt 1 hat vollem Sitz ist länger als vier Jahre

niedergelassen. Arzt 2 hat einen halben Sitz und ist in den ersten drei Jahren seiner Tätigkeit. Die Vorjahresfallzahl betrug 1500, im aktuellen Quartal wurden 1800 Fälle eingereicht.

Schritt 1:

Fallzahl für Arzt 1:

$$1500 : 1,5 \times 1 = 1000$$

Schritt 2:

Obergrenze Arzt 2:

$$1800 : 1,5 \times 0,5 = 600$$

Schritt 3:

Verteilbarer Anteil aktueller Fallzahl:

$$1800 - 1000 = 800$$

Schritt 4:

Fallzahl für Arzt 2:

$$800 > 600: \text{Fallzahl} = 600$$

Zur Fallzahlvergabe in Variante 6 erhält der länger als vier Jahre niedergelassene Arzt den nach Tätigkeitsumfang berechneten Anteil der Vorjahresfallzahl. Der im vierten Jahr niedergelassene Arzt erhält, ebenfalls anteilig nach Tätigkeitsumfang, den Anteil der höchsten Fallzahl aus den ersten drei Jahren seiner Niederlassung – und zwar unabhängig von der aktuellen Fallzahl. ■ JASMIN KRAHE | MICHAEL SYBERTZ

Abrechnungsberatung

Bezirksstelle Düsseldorf

Olga Lykova

Telefon 0211 5970 8704

Telefax 0211 5970 8613

E-Mail olga.lykova@kvno.de

Susann Degenhardt

Telefon 0211 5970 8703

Telefax 0211 5970 8613

susann.degenhardt@kvno.de



Bezirksstelle Köln

Jasmin Krahe

Telefon 0221 7763 6446

Telefax 0221 7763 5446

E-Mail jasmin.krahe@kvno.de

Michael Sybertz

Telefon 0221 7763 6447

Telefax 0221 7763 5447

michael.sybertz@kvno.de

Image-Kampagne geht in zweite Runde

Ob eine Image-Kampagne erfolgreich ist, lässt sich nicht nach wenigen Monaten beurteilen – und nur schwer beziffern. Die Kampagne, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die KVen für den Arztberuf gestartet haben, zeigt aber in jedem Fall Wirkung. Und hat schon zu vielen positiven Reaktionen geführt.



Besonders stark wahrgenommen wird die Kampagne über die Plakate in den Großstädten.

Eine Forsa-Umfrage, die drei Wochen nach dem Start der Kampagne stattfand, belegt, dass der Image-Feldzug von KBV und KVen gezündet hat. Demnach hatten schon Mitte Mai 21 Prozent der Bevölkerung Ärzte-Werbung wahrgenommen, 15 Prozent konnten sich an die Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ erinnern. „Das sind für eine ganz neue Kampagne, die für einen Beruf und nicht für ein bestimmtes Produkt wirbt, sehr gute Werte“, sagt KBV-Sprecher Roland Stahl. Zum Vergleich: Die bundesweite Kampagne des Zentralverbands des Deutschen Handwerks erreichte vergleichbare Werte erst nach 15 Monaten. Ein guter Wert ist auch, dass sich jeder Vierte unter den Befragten, die die Kampagne wahrgenommen haben, an den Claim erinnern konnte.

Kampagne wirkt auch nach innen

Genauso wichtig wie die öffentliche Wahrnehmung ist die Reaktion der Ärzteschaft: „Die Kampagne wirkt sehr stark nach innen“, weiß Stahl. Das positive Berufsbild, die authentischen Ärzte, die professionelle Gestaltung und das überwiegend faire und anerkennende Echo in den Medien kommen auch bei den Vertragsärzten gut an. Grund genug, optimistisch nach vorne zu schauen – die Kampagne ist schließlich nicht als mediales Strohfeuer, sondern auf fünf Jahre und damit auf nachhaltige Wirkung angelegt.

Vom 30. August bis zum 12. September wird die Plakatwerbung intensiviert. Die Motive der Kampagne werden in diesem Zeitraum auf über 5.000 Großflächenplakaten und so genannten City Lights an ICE-Bahnhöfen zu sehen sein. Der TV-Spot wird noch sechs Mal vor der Tagesschau gesendet und zwar vom 26. bis zum 31. August. Mit besonderer Spannung erwartet wird der Kino-Spot, der erstmals am 5. September zu sehen sein wird. Dazu kommen Online-Werbung, eine Beilage im Deutschen Ärzteblatt am 19. August und weiteres Infomaterial fürs Wartezimmer.

Spezielles Thema der Publikationen wird der Ärztemangel sein: „Es war von Anfang an vorgesehen, im Rahmen der Kampagne auch heiße Eisen anzupacken und auf Probleme rund um den Arztberuf hinzuweisen“, erklärt Stahl. Die Botschaft lautet: Es geht den Ärzten um die Sache – eine flächendeckende ambulante Versorgung der Bevölkerung, auch in der Zukunft.

■ HSCH



EVA

Verstärken Sie Ihr Praxisteam

Im Lehrgang zur Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA) erwerben Medizinische Fachangestellte (MFA) die Kompetenzen, die Sie benötigen, um delegierbare Leistungen zu übernehmen. Zum Beispiel in den Bereichen Wundversorgung, geriatrische Diagnoseverfahren und in der Versorgung von Onkologie-Patienten. Die Fortbildung vermittelt zudem organisatorische Fähigkeiten, zum Beispiel in den Bereichen Hausbesuchs-Management.

Kontakt

Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Telefon: 0211 4302 2834 oder 2835 | E-Mail: akademie@kvno.de

Mehr Infos unter www.akademie-nordrhein.de/EVA



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.



Patientenrechtegesetz – Dokumentation und Patientenakte

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

Die ärztliche Dokumentationspflicht ergibt sich aus den Regelungen des Bundesmantelvertrages, der Berufsordnung und als Nebenpflicht dem Behandlungsvertrag. Weiteres regelt Paragraf 630f im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB).

Was zu dokumentieren ist

Alle wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse, Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkung. Auch Eingriffe, ihre Wirkungen, Einwilligungen, Aufklärungen und Arztbriefe müssen Sie dokumentieren.

Wann zu dokumentieren ist

Die Dokumentation hat im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung zu erfolgen, in der Regel sollte es umgehend erfolgen. Ausnahmen sind in einigen Behandlungen zulässig. Die Rechtsprechung hat vor dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes Zeitspannen von zwei bis zu 14 Tagen als zulässig angesehen; es ist allerdings damit zu rechnen, dass die zulässigen Zeiträume künftig kürzer werden. Konkret ist es fraglich, ob zwischen Behandlung und Dokumentation nach jetziger Rechtslage noch mehrere Tage liegen dürfen.

Wie zu dokumentieren ist

Die Dokumentation hat in Papierform oder elektronisch zu erfolgen. Änderungen müssen nach dem Willen des Gesetzgebers erkenn-

bar sein. Das bedeutet, dass der ursprüngliche Inhalt lesbar ist; Erkennbar muss auch sein, wann eine Änderung erfolgt ist. Es darf daher nicht einfach eine Löschung oder Schwärzung erfolgen. Wichtig ist, dass auch die Praxissoftware diesen Anforderungen Rechnung trägt, was oft zusätzlichen Aufwand bedeutet.

Aufbewahrungsfristen

Die Aufbewahrungspflicht für die Dokumentation beträgt nach Abschluss der Behandlung zehn Jahre. Im Einzelfall sind andere Vorschriften und längere Aufbewahrungsfristen zu beachten, zum Beispiel Aufbewahrungsvorschriften nach der Röntgenverordnung oder der Strahlenschutzverordnung.

Einsichtnahme in die Patientenakte

Das neue Gesetz räumt Patienten ein umfassendes Recht auf Einsichtnahme in seine Akte ein (§ 630g BGB). Es willigt dem Patienten das Recht auf eine „zeitnahe“ Einsichtnahme zu; sie sollte „unverzüglich“, also ohne schuldhaftes Zögern, gewährt werden.

Das Einsichtsrecht umfasst die „vollständige“ Patientenakte, gilt folglich auch für Drittbefunde, also an den behandelnden Arzt gerichtete Briefe anderer Kollegen. Bestehen jedoch erhebliche therapeutische Gründe, die gegen eine Einsichtnahme sprechen oder stehen der Einsichtnahme erhebliche Rechte Dritter entgegen, kann das Recht auf Ein-

sichtnahme beschränkt sein oder sogar vollständig verwehrt werden. Die Gefahr einer gesundheitlichen Schädigung wird häufig in Fällen der Psychiatrie oder der Psychotherapie angenommen. Sind in der Patientenakte Angaben Dritter, zum Beispiel Familienangehöriger, enthalten, unterliegen diese dem Datenschutz. In diesen Fällen hat eine Abwägung des Rechts des Patienten und der schutzwürdigen Daten des Dritten stattzufinden. Und wenn in der Akte persönliche Eindrücke oder subjektive Wahrnehmungen des Arztes oder Psychologen zu finden sind, die der Behandler nicht offenbaren möchte? Im Zweifel wird dem Recht des Patienten auf Einsichtnahme der Vorrang gegeben werden.

Für den Praxisablauf dürfte es einfacher sein, Kopien der Patientenakte zu fertigen. Das Gesetz regelt, dass der Patient auch das Recht hat, elektronische Abschriften von der Patientenakte zu verlangen. Hier sollten Sie auf die Sicherheit der Datenübertragung achten und nur vertrauenswürdige Speichermedien verwenden. Auf alle Fälle ist dafür zu sorgen, dass während der Akteneinsicht nichts entfernt, gelöscht und verändert werden kann. Die Kosten für die Kopien trägt der Patient. Für jede kopierte Seite zahlt er 50 Cent für die ersten 50 Seiten und für jede weitere Seite 15 Cent.

Nach dem Tod des Patienten haben auch die Erben zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen ein Einsichtsrecht. Dieses Recht ist jedoch ausgeschlossen, wenn der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht. Auch die nächsten Angehörigen haben ein Einsichtsrecht, wenn sie immaterielle Interessen geltend machen, also keine Erben sind. Das gilt für Ehegatten, Lebenspartner, Kinder, Eltern, Geschwister oder Enkel. Auch hier darf jedoch der mutmaßliche Wille des Verstorbenen der Einsichtnahme nicht widersprechen.

Änderungen im Sozialgesetzbuch

Außerhalb des BGB wurden die Bearbeitungsfristen der Krankenkassen für Leistungsanträge der Patienten im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelt. Diese müssen innerhalb von drei Wochen bearbeitet werden. Wird der medizinische Dienst eingeschaltet, verlängert sich die Frist auf fünf Wochen. Braucht eine Kasse länger, ohne einen hinreichenden Grund zu nennen, gilt die Leistung als genehmigt. Der Patient kann die Leistung dann selbst beschaffen.

Bezüglich der Teilnahmeerklärungen der Patienten an der hausarztzentrierten Versorgung, der besonderen ärztlichen Versorgung und der integrierten Versorgung haben die Patienten ein zweiwöchiges Widerrufsrecht. Die Frist beginnt erst mit Belehrung der Krankenkasse über das Widerrufsrecht in Textform. Zur Wahrung der Frist reicht die rechtzeitige Absendung; es ist nicht nötig, einen Grund anzugeben.

Neu ist, dass die Krankenkassen grundsätzlich verpflichtet sind, die Patienten bei Behandlungsfehlern zu unterstützen. Zuvor hatten die Kassen lediglich die Möglichkeit dazu. Die Unterstützung der Patienten kann beispielsweise durch die Erstellung medizinischer Gutachten erfolgen. ■ IRINA NEULEBEN

Infos im Netz

Infos zum Patientenrechtegesetz bietet die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Internet unter www.kbv.de

Das Bundesgesundheitsministerium hat zusammen mit dem Justizministerium und dem Patientenbeauftragten einen Ratgeber zum Patientenrechtegesetz erstellt. Er steht zum Herunterladen im Internet bereit unter www.bmg.bund.de | [KV | 130837](https://www.kv130837.de)



Wegegelder richtig abgerechnet

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im Juli häuften sich die Fragen nach der Abrechnung von Wegegeldern.

Wie rechne ich Wegegelder ab?

Die Abrechnung von Wegegeld oder Wegepauschalen ist bei Primär- und Ersatzkassen gleich. Für jeden Besuch innerhalb von zwei Kilometern erhalten Sie eine Wegepauschale von 1,32 Euro bei Tag und 2,41 Euro bei Nacht.

Wenn die Entfernung von der Wohnung des Patienten zur Praxis mehr als zwei Kilometer beträgt, erhalten Sie sogenannte Wegegelder in Abhängigkeit von Art und Zeit des Besuchs. Je Doppelkilometer vergütet die KV Nordrhein:

Besuche Visiten	EBM-Nummern	Euro
bei Routinebesuchen	01410 und 01721	1,52
bei dringenden Besuchen / Visiten	01411, 01412, 01414 und 01100, 01414 und 01101, 01415	1,85
Nachtbesuchen / -visiten	01410N, 01411N, 01412N, 01414N, 01414N und 01100 und 01414N und 01101, 01415N	2,92

Der kürzeste befahrbare Weg ist maßgebend für die Kilometerzahl. Rechnen Sie dabei nur die einfache Entfernung ab. Wenn der Patient zum Beispiel drei Kilometer entfernt wohnt, können Sie nur drei Kilometer berechnen – obwohl Sie noch zurückfahren müssen.

Deswegen werden diese Strecken auch als Doppelkilometer bezeichnet. Bruchteile von 0,5 km und darüber können Sie auf volle Kilometer aufrunden. Wichtig: Tragen Sie bei Besuchen zwischen 19 und 7 Uhr hinter der EBM-Nummer ein „N“ (für Nacht) ein.

Wo kann ich die Wegegelder später in der Abrechnung sehen?

Wegepauschalen und Wegegelder, die Sie wie oben erwähnt in Doppelkilometern (DKM) eingetragen, wandeln wir für die Abrechnung in Symbolnummern um. Diese finden Sie auf ihrer Frequenztafel in der Rubrik „Kosten“. Die Übersicht zeigt, welche Symbolnummer für welches Wegegeld bzw. für welche -pauschale steht:

Symbolnummer	Wegegeld/-pauschale	Euro
90200	Wegepauschale bei Tag	1,32
90201	Wegegeld je DKM bei Routinebesuch	1,52
90202	Wegegeld je DKM bei dringendem Besuch / Visite	1,85
90203	Wegepauschale bei Nacht	2,41
90204	Wegegeld je DKM bei Nachtbesuch / -visite	2,92

Warum wird bei einem Anruf im Serviceteam immer nach der Betriebsstätten-Nummer gefragt?

Die Nummer benötigen wir zur Qualitätssicherung. So können wir wenn nötig später feststellen, welche Antwort Sie auf Ihre Frage bekommen haben. Das kann zum Beispiel in dem Fall wichtig sein, in dem Sie eine fehlerhafte Auskunft erhalten haben. Wir können uns dann bei Ihnen melden und die richtige Auskunft geben.

Serviceteams

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

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666

Telefax 0221 7763 6450

E-Mail service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888

Telefax 0211 5970 8889

E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Für Genuss – gegen Bluthochdruck

Genießen und gesund bleiben, dabei den Blutdruck möglichst auf dem richtigen Level halten. Auf diesen kurzen Nenner ließen sich die beiden großen Patienten-Ratgeberveranstaltungen der KV Nordrhein und der Rheinischen Post im ersten Halbjahr 2013 bringen: Mehrere hundert Gäste kamen, um sich von Experten zu Ernährung und Lebensweise beraten zu lassen – aber auch, um mehr über neue Therapien zu erfahren.

Beim ersten Ratgeber Gesundheit im Februar drehte sich alles ums bewusste Essen und das richtige Maß an Bewegung. Der Düsseldorfer Allgemeinmediziner Dr. Ralf Raßmann riet den Zuhörern seines Vortrags „Bewusst ernähren für körperliche und geistige Fitness“, ein Kalorienprotokoll zu führen. „Es hilft dabei, überflüssige Zwischenmahlzeiten wegzulassen“, erklärte der Arzt, der zusammen mit dem Diabetologen Professor Dr. Stephan Martin jede Menge Tipps für den Alltag bereit hielt: Am besten sei es, selbst zu kochen und sich mit der Familie zum Essen zu treffen. Als Zwischenmahlzeit könne man frische Möhren- oder Paprika-Sticks vorbereiten, statt vor dem Fernseher zu kalorienreichen Chips zu greifen.

Apropos Kalorien: Die verbrenne man auch bei der Gartenarbeit. Beim Publikum gefragt: die Hinweise von Diätassistentin Dagmar Lagac zu „Lebensmittelfallen“ wie der angeblich so gut verträglichen Light-Margarine. Auch die Verkostung von gesundem Vollkornbrot aus der Backstube von Johannes Dackweiler stieß auf großes Interesse.

Rund 250 Gäste lockte im Juni die Ratgeberveranstaltung „Bluthochdruck – Gefahr für die Gesundheit“ ins Haus der Ärzteschaft. Der Andrang war so groß, dass zahlreiche Stühle dazugestellt werden mussten. Die Gefahren eines oft zu spät erkannten Bluthochdrucks und die Möglichkeiten, durch eine Änderung der Lebens- und Ernährungsgewohnheiten etwas

dagegen zu tun, erläuterte Allgemeinmediziner Dr. Ralph Eisenstein. Anschließend meldeten sich viele Freiwillige aus dem Publikum, sie wollten von dem Allgemeinmediziner und seiner Fachangestellten Sara Öztürk gezeigt bekommen, auf welche Weise man mit verschiedenen Messgeräten auch zuhause die richtigen Blutdruckwerte erhält.

Privatdozent Dr. Mark Lankisch befasste sich als zweiter Referent nicht nur ausführlich mit möglichen Ursachen und der Diagnose von Bluthochdruck, er stellte auch die fünf wichtigsten Klassen von Medikamenten vor und erläuterte, weshalb für schwerkranke Bluthochdruck-Patienten in manchen Fällen eine Verödung der Nerven in den Nierenarterien infrage kommen könnte. ■ PLA

Die nächsten Termine „Ratgeber Gesundheit“



Beim Thema „Bluthochdruck“ herrschte Hochbetrieb im Haus der Ärzteschaft. Dr. Mark Lankisch (l.), Sara Öztürk und Dr. Ralph Eisenstein referierten.

- **6. November**
Volkskrankheit Lungenleiden – Risiken vermeiden und die Atemorgane gesund halten
Mönchengladbach, Haus Erholung
- **4. Dezember**
Neue Therapien bei Neurodermitis und Schuppenflechte
Düsseldorf, Haus der Ärzteschaft
Wer Interesse hat, als Referent an einer der Veranstaltungen teilzunehmen, bitte melden bei:
KV Nordrhein
Ingrid Bollmann
Telefon 0211 5970 8281
E-Mail ingrid.bollmann@kvno.de

Vier Prozent mehr Gehalt für MFA

Rückwirkend zum 1. April gilt für die Medizinischen Fachangestellten (MFA) ein neuer Gehaltstarifvertrag. Darauf einigten sich die Tarifpartner am 9. Juli 2013 in Berlin.



Foto: Robert Kneschke – Fotolia.com

Der neue Tarifvertrag für Medizinische Fachangestellte steht. Er sieht die Anhebung der Gehälter in zwei Stufen vor.

Auch die Ausbildungsvergütungen werden angehoben: Ab dem 1. September 2013 steigen die Gehälter in allen drei Ausbildungsjahren um 30 Euro monatlich. Die Auszubildenden erhalten eine Einmalzahlung von 150 Euro für April bis August.

Wichtiger Teil des Abschlusses ist die geänderte Vergütungsstruktur. Zwei neue, höhere Tätigkeitsgruppen sollen es ermöglichen, Aufstiegsfortbildungen wie Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung und Betriebswirt/in für Management im Gesundheitswesen besser eingruppieren zu können. Gleichzeitig wurden die Einstufungskriterien für die anderen Tätigkeitsgruppen überarbeitet.

Mit der neuen Struktur soll das breit gefächerte Feld von Qualifizierungs-, Spezialisierungs- und Aufstiegsmöglichkeiten für Me-

medizinische Fachangestellte besser abgebildet werden. „Der Gehaltstarif wurde so gestaltet, dass er den zukünftigen Anforderungen an die Patientenversorgung im ambulanten Bereich, den Einsatzbereichen von Medizinischen Fachangestellten und der hierfür notwendigen Fortbildung gerecht wird“, fasst Cornelia Goesmann, Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen / Medizinischen Fachangestellten (AAA) das Ergebnis zusammen.

Auch Margret Urban, stellvertretende Präsidentin und Ressortleiterin Tarifpolitik des Verbandes medizinischer Fachberufe ist zufrieden: „Mit diesem Ergebnis sind wir einen wesentlichen Schritt vorangekommen, um den Gesundheitsfachberuf Medizinische/r Fachangestellte/r aus dem Niedriglohnsektor herauszuholen.“ Allerdings kritisiert sie, dass MFA oft nicht in die richtige Tätigkeitsgruppe eingestuft würden. „Es gibt sehr viele, die, egal welche Aufgaben sie übernehmen oder wie lange sie bereits gearbeitet haben, nicht über die Tätigkeitsgruppe 1 hinauskommen.“ Dies bestätigt eine Online-Umfrage, die der Verband medizinischer Fachberufe durchführte. Sie ergab, dass bisher fast ein Viertel der Medizinischen Fachangestellten unter Tarif bezahlt würde. Etwa 43 Prozent der Arbeitsverhältnisse erfüllten zudem die Mindestbedingungen des Tarifvertrages nicht, weil die MFA in zu niedrige Tarifstufen eingeordnet seien. ■ SSO

Der neue Tarifvertrag hat eine Laufzeit vom 1. April 2013 bis 31. März 2016. Sie finden ihn im Internet unter www.aekno.de | KV | 130840

Versorgungslandschaft NRW 2020: Wie sieht sie aus?

Gleich mehrere prominente Referenten durfte Dr. Peter Wigge, Vorsitzender des Bundesverbandes Managed Care (BMC), Regional NRW, als Tagungsleiter im Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft begrüßen. Darunter Dr. Ulrich Orłowski, Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium (BMG) und Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses. Aus NRW präsentierte Hausherr und KVNO-Chef Dr. Peter Potthoff Ausblicke auf die Versorgungslandschaft in der kommenden Dekade.

Aus allen Statements wurde deutlich: Die Zeit einschneidender Strukturereformen ist vorbei. Moderate,

aber kontinuierliche Veränderungen stehen ins Haus; getrieben von tiefgreifenden demographischen Fakten und auch von Entwicklungen auf der „Leistungsseite“ wie der starke Trend hin zu kooperativen Arbeitsformen oder die Abkehr junger Ärztinnen und Ärzte von den Arbeitszeit- und Familienmodellen der Elterngeneration.

BMG-Experte Orłowski überraschte manchen Teilnehmer mit seiner Skepsis hinsichtlich der Wirksamkeit „neuer Sektoren“ als Labor für die sektorübergreifende Versorgung. Sinnvoller sei es, die bestehenden Sektoren systematisch zu öffnen. Eine Steilvorlage für Potthoff, der sich kritisch mit den „Strukturinnovationen“ der ver-

gangenen zehn Jahre, wie den Hausarztverträgen, Ärztenetzen oder der real existierenden Integrierten Versorgung auseinandersetzte. Sein Plädoyer: „Wir brauchen weniger eine Vielzahl kleinteiliger Netze, als vielmehr vernetzte Strukturen, und zwar möglichst flächendeckend.“ Hier könne und müsse die KV als „Back office“ Unterstützung leisten. Die KV sei bereit und in der Lage, die Versorgung „in der Fläche“ auch künftig zu gewährleisten. Jedoch nicht in einem Szenario, in dem Kollektiv- und Selektivverträge sich wechselseitig karnibalisieren. Es bedürfe dringend einer Wettbewerbsordnung als Rahmen, in dem sich beide Formen sinnvoll ergänzten.

Gesund im Urlaub

Die Ferien sind oft die schönste Zeit des Jahres. Doch gerade auf Reisen ist das Erkrankungsrisiko besonders hoch. Wer seine Hände gründlich wäscht, Obst und Gemüse schält und Wasser abkocht, kann das Risiko im Ausland zu erkranken, schnell und einfach verringern. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts litten 4.228 Deutsche im Jahr 2012 an der Durchfallerkrankung Giardiasis, 35 Prozent davon infizierten sich im Ausland. Die Übertragung von Giardiasis erfolgt durch „schmutzige Hände“ sowie über kontaminiertes Trinkwasser und Lebensmittel. Neben der Körper- und Lebensmittelhygiene gehört auch der Mückenschutz in vielen tropischen und subtropischen Ländern zu den wichtigsten Schutzmaßnahmen gegen Krankheitserreger.



Neuer Fortbildungskurs kommt gut an

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Was erwartet Ärztinnen und Ärzte, wenn Sie Bereitschaftsdienst haben? Hausärzte werden sagen, „das Übliche“ – und das kommt der Wirklichkeit sehr nahe. Von Apathie bis Zeckenbiss, von Unwohlsein bis unerträglichen Schmerzen kommen alle Symptome und Erkrankungen vor. Im Bereitschaftsdienst treffen Sie Patienten, die es tagsüber nicht mehr geschafft haben zum Hausarzt zu gehen und solche, die mit lebensbedrohlichen Erkrankungen schnell ins nächste Krankenhaus müssen.

Alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst verpflichtet, aber es gibt kaum spezielle Fortbildungen dafür. Deswegen führt das Institut für Qualität im Gesundheitswesen in Nordrhein (IQN) im Auftrag der KV Nordrhein einen Kurs durch, der Sie speziell auf die besonderen Erfordernisse des Bereitschaftsdienstes vorbereitet.



Foto: Fotolia.com

In Zusammenarbeit mit erfahrenen Ärztinnen und Ärzten entstand ein 32-stündiges Curriculum, das sowohl den rechtlichen Rahmen inklusive der diversen Formulare thematisiert, als auch den medizinischen Rundumschlag wagt und mit einem Reanimationskurs abgerundet wird. Das Interesse ist groß: Der Pilotkurs war innerhalb kürzester Zeit ausgebucht. Nun gibt es ein neues Angebot.

Der Kurs führt Vertreter aus allen Fach-

richtungen zusammen: langjährig Niedergelassene, die sich regelhaft vertreten lassen, neben solchen, die regelmäßig im Bereitschaftsdienst tätig sind, dazu Ärzte aus dem stationären Bereich, die Vertretungen übernehmen oder dies planen. Die Fortbildung findet an vier Tagen statt. Der Schwerpunkt zu Beginn liegt auf den Rahmenbedingungen und praktischen Aspekten des Bereitschaftsdienstes. Die Notfalldienstordnung und die Handhabung der Formulare inklusive Leichenschau mit Ausfüllen der Todesbescheinigung stehen auf der Agenda, zudem das taktische Vorgehen vor Ort und die empfohlene Aufrüstung der Arzttasche. Hier können die Kursteilnehmer nicht nur von den Referenten, sondern auch von den unterschiedlichen Expertisen der Teilnehmer profitieren.

Auch Spezialthemen kommen zur Sprache. Zum Beispiel die Besonderheiten bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten im Altenheim und der Umgang mit Gewaltopfern und die Dokumentation von Gewalt haben Raum. Bei der Weite und Textlastigkeit der Themen sollte ein Baustein nicht nur die Bewegung fördern, sondern eine Kernkompetenz aller Ärztinnen und Ärzte reaktivieren. Das Reanimationstraining am Phantom ist für viele nach Jahren ein willkommener Refresher der Herz-Lungen-Wiederbelebung bzw. ein erstmaliger Kontakt mit AED (halbautomatischen Defibrillatoren) und Larynx tuben. ■ DAV

Neuer Kurs: Qualifikation ärztlicher Bereitschaftsdienst

Termin 21. bis 24. August
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Kosten 390 Euro
Teilnehmerzahl begrenzt

Anmeldung
E-Mail iqn@aekno.de
Telefax 0211 4302 5751

Für das Praxisteam: Notfallmanagement

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

Im Rahmen der Fortbildung wird das praxisspezifische Notfallmanagements mittels Checkliste geprüft und eventueller Ergänzungsbedarf eruiert. Grundlagen des Notfallmanagements und der Instrumente des Qualitätsmanagements sollten vorhanden sein. Die Checklisten finden Sie unter www.akademienordrhein.info/notfallmanagement-in-der-arztpraxis

Termin 30. August 2013
15 bis 18.30 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung Nordrheinische Akademie

Telefon 0211 4302 2834

E-Mail akademie@ae Kno.de

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

Für MFA: Serviceverhalten am Telefon

Die halbtägige Veranstaltung startet mit den Grundlagen „Was ist „Kommunikation“ und wie „funktioniert“ sie. Weiter geht es mit den Unterschieden zwischen persönlichem Gespräch und Telefonkommunikation. Einflussfaktoren und Gestaltungselemente im Telefonat, Tipps und ein Leitfaden mit Grundregeln für die Arbeit am Telefon sowie der optimale Einsatz der Stimme sind weitere Themen. Abschließend werden Instrumente vorgestellt, die ein förderliches Kommunikationsverhalten unterstützen.

Termin 6. September 2013
15 bis 19 Uhr

Ort Bezirksstelle Köln
der KV Nordrhein
Sedanstr. 10-16
50668 Köln

Anmeldung Bezirksstelle Köln
Angelika Heidemanns

Telefax 0221 7763 6215

Telefon 0221 7763 6204

Gebühren 85 Euro pro Person

Symposium „Innovative Versorgungsplanung“

Die KV Nordrhein hat erstmalig den „Versorgungsreport Nordrhein“ erstellt, der Statusquo-Analysen und längerfristige Projektionen zur ambulanten Versorgung in Nordrhein zeigt. Der Report wird im Rahmen eines Symposiums von Dr. Peter Potthoff, dem Vorstandsvorsitzenden der KV Nordrhein öffentlich präsentiert. Mit ihm diskutieren die Sicherstellung der Versorgung im Rheinland unter anderem Barbara Steffens, Gesundheitsministerin NRW, Bernd Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein und Günter Wältermann, Vorsitzender des Vorstands, AOK Rheinland/Hamburg. Das vollständige Programm des Symposiums finden Sie unter www.kvno.de

Termin 30. September 2013
10 bis 15 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung Ingrid Bollmann

Telefon 0211 5970 8281

E-Mail ingrid.bollmann@kvno.de

Veranstaltungen für Mitglieder

21.-24.08.2013	IQN: Qualifikationskurs Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Düsseldorf
30.08.2013	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Organisation des Notfallmanagements, Düsseldorf
■ 13.09.2013	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf
■ 18.09.2013	Kreisstelle Mönchengladbach der KV Nordrhein: Mitgliederversammlung, Mönchengladbach
25.09.2013	IT-Trends Medizin/Health Telematics 2013, Essen
27.09.2013	Nordrheinische Akademie: Moderatorenausbildung – Grundkurs, Düsseldorf
28.09.2013	IQN: Pharmakotherapie bei Multimorbidität, Düsseldorf
05. 10.2013	Ärzteverein Krefeld e. V., Apothekerverband linker Niederrhein e. V.: 3. Krefelder Benefizfest der Ärzte, Apotheker und Psychotherapeuten, Krefeld
■ 09.10.2013	KV Nordrhein: Infomarkt, Düsseldorf
09. 10.2013	IQN: Therapie des Reizdarms – Möglichkeiten und Grenzen der Verordnung, Düsseldorf
09. 10.2013	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Arbeitssicherheit und Hygiene“ (Teil 1), Düsseldorf
20. 11.2013	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Arbeitssicherheit und Hygiene“ (Teil 2), Düsseldorf

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

30.08.2013	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Organisation des Notfallmanagements“, Düsseldorf
04.09.2013	Nordrheinische Akademie: Abrechnung Hausärzte, Köln
■ 06.09.2013	KV Nordrhein/Bezirksstelle Köln: Patientenorientierung und Serviceverhalten am Telefon, Köln
11.09.2013	Nordrheinische Akademie: Abrechnung Hausärzte, Düsseldorf
18.09.2013	Nordrheinische Akademie: EBM-Einführungsworkshop für Wiedereinsteigerinnen, Düsseldorf
18.09.2013	Nordrheinische Akademie: Diagnosekodierung in der Praxis – Grundlagenwissen, Düsseldorf
25.09.2013	Nordrheinische Akademie: EBM-Einführungsworkshop für Wiedereinsteigerinnen, Köln
09. 10.2013	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Arbeitssicherheit und Hygiene“ (Teil 1), Düsseldorf
09. 10.2013	Nordrheinische Akademie: IGe-Leistungen, Köln
16. 10.2013	Nordrheinische Akademie: IGe-Leistungen, Düsseldorf
20. 11.2013	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Arbeitssicherheit und Hygiene“ (Teil 2), Düsseldorf

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

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

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

Redaktionsbeirat

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

Druck

Echo Verlag, Köln

Satz

Merzhäuser | grafik+design, Bonn

Anschrift der Redaktion

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

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

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

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 23 000

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

Vorschau „KVNO ■ aktuell“ 9 | 2013

■ Abrechnung I

Ab jetzt geht es nur noch online

■ Abrechnung II

Zur Abgabe von Papier-Unterlagen

■ Abrechnung III

RLV-Fallzahl in der fachübergreifenden BAG

■ Bedarfsplanung

Wo die neuen Sitze sind

■ Masern

Der Kampf gegen die Impflücken

**Die nächste Ausgabe von „KVNO aktuell“
erscheint am 25. September 2013.**

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

www.kvno.de



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.