

9+10 | 2013

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Schwerpunkt

Erleichterung | Praxen müssen weniger Unterlagen einreichen

Hintergrund

Ausblick | Die Versorgung im Rheinland im Jahr 2030

Aktuell

Honorarverteilung | Neue Gesprächsleistungen im RLV

Verordnungsinfo

Impfen | Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission



Foto: istockphoto.com



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Abrechnung: Weniger Unterlagen einreichen

Aktuell

- 4 Gesprächsleistungen im RLV – Laborbudgets ab 2014 auf Bundesniveau
- 6 Feste Regeln für Kassenanfragen
- 7 Überweisungen: Hausärzte brauchen Infos!
- 8 VV der KVNO: Scharfe Kritik am Hausarzt-EBM
- 10 Beschlüsse der Vertreterversammlung
- 12 Kampagne macht Ärztemangel zum Thema
- 13 Ein Tippfehler und die Folgen
- 13 Fortbildungspflicht: Nachweis 2014
- 14 Richtig Kodieren ist wichtig

Praxisinfo

- 16 Pauschale für fachärztliche Versorgung
- 16 Laborleistungen – EBM-Nummer 01732
- 16 Vertrag Postbeamtenkasse
- 16 Hausarztvertrag BKK Heimbach gekündigt

- 16 TK-Vertrag zur augenärztlichen Vorsorge
- 17 Homöopathie-Vertrag mit der Hypovereinsbank BKK
- 17 Neue Leistung Subkutane Infusion
- 17 Grippeimpfung ohne STIKO-Indikationen
- 17 MMR-Impfung für vor 1970 Geborene
- 18 MuRL: Richtigstellung von Risikofaktoren
- 18 Hautarztverfahren Berufskrankheiten
- 18 Ringversuche für Schwangerschaftstests
- 18 Asylbewerber in Wuppertal müssen zuzahlen
- 19 AU-Richtlinien geändert – keine Belastungen

Verordnungsinfo

- 20 Impfung gegen Rotaviren und nasaler Grippeimpfstoff – Neue STIKO-Empfehlungen
- 21 Grippeimpfung gestartet

Hintergrund

- 22 Versorgungsreport: Warten, bis der Arzt kommt...

Berichte

- 26 Versorgungsebenen und Arztgruppen
- 28 Mehr Zeit für Patienten
- 29 Machen Sie Ihre Praxis fit für SEPA
- 30 Bahr und Steffens im Haus der Ärzteschaft

Service

- 32 Qualitätssicherung leichter gemacht
- 33 MFA-Fortbildungsreihe gut angenommen
- 34 Bis zu 30 Jahre archivieren
- 36 Patientenrechtegesetz – Regelung der Beweislast
- 38 Die RLV-Fallzahl der fachungleichen BAG

In Kürze

- 40 Qualitätszirkel suchen Mitglieder
- 40 Dokumentieren – Was sollen wir aufarbeiten?
- 40 Impf-Seminar: Anmeldung gestartet
- 40 QZ-Tutorentreff-Trainings für Moderatoren
- 41 Das Leser-Forum



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

die Würfel sind gefallen, die Bundestagswahl ist entschieden. Eine Wahl, bei der das Thema Gesundheit eher eine untergeordnete Rolle gespielt hat, obschon allein das rot-grüne Modell einer „Bürgerversicherung“ reichlich Gesprächsbedarf bot und aus dem Kreis der Ärzteschaft heraus überwiegend kritisch kommentiert wurde. Das Ergebnis der Wahl stand bei Redaktionsschluss dieser Ausgabe noch nicht fest. Fest steht aber: An unserer Agenda für die Zeit nach der Wahl ändert sich nichts Entscheidendes. Uns stehen die wegweisenden Wochen noch bevor, denn Anfang Oktober beginnen wir in Nordrhein mit den Honorarverhandlungen.

Und die haben es in sich. Schließlich gilt in Nordrhein nach wie vor, dass wir gegenüber anderen Regionen massiv benachteiligt werden bei den zur Verfügung stehenden Mitteln für die ambulante Versorgung. Selbst das Plus von 5,15 Prozent aus unseren Verhandlungen für 2013 hat nicht verhindern können, dass wir bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach wie vor hinten liegen. Denn auch in den übrigen Bundesländern waren natürlich Zuwächse zu verzeichnen.

Wir haben mit unseren Verhandlungen den Bundesdurchschnitt erreicht – aber eben nur den alten. Insofern ist klar, dass wir weiterhin erheblichen Nachholbedarf haben und die Lücke schließen wollen und müssen, um die Qualität der ambulanten Versorgung im Rheinland erhalten zu können. Das ist natürlich nicht nur, aber auch eine Frage der dafür vorhandenen Mittel – zumal die Erwartungen, die Patienten und Politiker mit Blick auf die Qualität der ambulanten Versorgung haben, noch steigen.

Sinken aber wird – besonders in ländlichen Regionen – die Zahl der Ärzte, die sich dort niederlassen wollen. Sinken wird die Bereitschaft junger Mediziner, rund um die Uhr für ihre Patienten da zu sein. Deshalb brauchen wir eine ehrliche Bestandsaufnahme der Bedingungen, unter denen wir heute und morgen die Versorgung sicherstellen. Wir müssen und wollen alle verfügbaren Informationen nutzen, um möglichst genaue Prognosen über künftige Rahmenbedingungen und Entwicklungen der ambulanten Versorgung treffen und darauf frühzeitig reagieren zu können.

Genau dazu dient unser neuer „Versorgungsreport 2013“, den wir in diesem Heft Ihnen und aktuell auch Politik und Medien vorstellen. In einer außergewöhnlichen Kombination von gedrucktem Magazin und einem neuen Web-Auftritt legen wir dar, wie es um die ambulante ärztliche Versorgung in Nordrhein bestellt ist. Und wir zeigen, mit welchen Instrumenten wir und unsere Mitglieder im Verbund mit Kommunen und weiteren Partnern daran arbeiten, diese Versorgung trotz schwieriger Umstände zukunftsfest zu machen – weitgehend unabhängig davon, wer bundespolitisch an den Schalthebeln der Macht sitzt.

Herzliche Grüße

Dr. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier
Vorstand

Weniger Unterlagen einreichen

Behandlungsausweise nach dem Auslandsabkommen oder für Asylbewerber mussten Praxen bislang mit der Abrechnung bei der KV Nordrhein einreichen. Die Zeit ist vorbei. Auf elf Unterlagen verzichtet die KV seit dem 3. Quartal 2013. Das erleichtert die Abrechnung im Rheinland um fast 50.000 Papiere.



Foto: istockphoto.com

Entlastet die Praxen: Elf Unterlagen müssen nicht mehr bei der KV eingereicht werden.

Mit dem Start der Onlineabrechnung ist die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein auf dem Weg zur papierlosen Abrechnung einen großen Schritt vorangekommen. Elf Originalunterlagen brauchen Praxen mit der Abrechnung III/2013 nicht mehr einzureichen, darunter Dauerbrenner wie die je Quartal fast 20.000 Behandlungsausweise aus dem Auslandsabkommen, aber auch „Exoten“ wie die Behandlungsausweise der Rheinschiffer, von denen im vergangenen Quartal gerade einmal sechs vorgelegt wurden.

Unterm Strich ein großer Erfolg: Das Einreichen von fast 50.000 Unterlagen fällt weg – und das Quartal für Quartal. Nordrhein ist damit Trendsetter. Weniger Papier in der Abrechnung gibt es nirgendwo.

Ein Jahr archivieren

Sofort entsorgen dürfen Praxen die Unterlagen nicht. Sie müssen wegen eventueller Nachfragen seitens der Kostenträger vier Quartale aufbewahrt werden, gerechnet vom Ende des Kalendervierteljahres an. Das heißt: Die Ausweise, die Sie im 4. Quartal 2013 einsammeln und nicht mit der Abrechnung einreichen müssen, können Sie Anfang 2015 entsorgen.

Nicht mehr abzugeben

Die in der Tabelle genannten Behandlungsausweise müssen Sie nicht mehr mit der Abrechnung einreichen. Bitte archivieren Sie sie ein Jahr, bevor sie entsorgt werden können.

- Asylbewerber
- Auslandsabkommen
- Entschädigungsamt Berlin
- Externe Polizei
- GCI
- Grenzgänger
- KOV/BVG/BEG
- Rheinschiffer
- SHT
- Wohnausländer
- ZOM/IZOM

Auch die Gesamtaufstellung können Sie rein elektronisch übermitteln. Aber nur mit qualifizierter elektronischer Signatur, also signiert mit Hilfe des elektronischen Heilberufsausweises. Da darüber derzeit aber nur die Minderheit der Praxen verfügt, gilt für die Mehrheit: Die Gesamtaufstellung müssen sie weiter auf Papier mit ihrer eigenhändigen Unterschrift einreichen.

Außerdem gibt es noch eine Reihe von Unterlagen, die weiter abgegeben werden müssen:

- Behandlungsausweise „alte Formulare“ Schwangerschaftsabbrüche
- Dokumentation TK innovativ (Kopie des Behandlungsplans für den Patienten)
- Makuladegeneration-Unterlagen (Rechnungen, Rezepte)
- Teilnahmeerklärung Patient Hausarztvertrag Primärkassen (AOK Rheinland/Hamburg, SVLFG (alt LKK))
- Teilnahmeerklärung Patient Hausarztvertrag BKK
- Sachkostenrechnungen
- Genehmigte Behandlungspläne künstliche Befruchtung

- Wartungsnachweise
- Methadonsubstitution (Beginn/Beendigung)
- Medikamentencheck Knappschaft/SVLFG (alt LKK)/AOK
- Teilnahmeerklärungen AD(H)S, Schizophrenie, Tonsillotomie, Hautkrebscreening bei Patienten unter 35 Jahre, Diabetischer Fuß

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein prüft regelmäßig die Möglichkeit, auf weitere Dokumente zu verzichten. Tatsächlich ist schwer nachzuvollziehen, warum einerseits die Online-Abrechnung verpflichtend ist, andererseits immer noch papierene Unterlagen bei der KV eingereicht werden müssen. Doch leider verhindern Richtlinien wie im Fall der Methadonsubstitution oder laufende Verträge etwa bei der Behandlung der Makuladegeneration, dass die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein die Zahl der Unterlagen aktuell noch stärker verringern kann. „Wir werden dies aber in künftigen Verhandlungen thematisieren“, kündigt der Vorstandsvorsitzende Dr. Peter Potthoff an. Das Ziel sei die papierlose Abrechnung. ■ FRANK NAUNDORF

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 | 130903](mailto:KV@130903)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Klinische Versorgung, Fachorganisation

Antwortfax

Bitte faxen oder schicken Sie diese Antwort an Ihre Bezirksstelle:

<p>Bezirksstelle Düsseldorf Anfragen: Telefonnum. 9 0211 230000 Faxnum. 0211 2300 8505 E-Mail: anfragen.duesseldorf@kvno.de</p>	<p>Bezirksstelle Köln Anfragen: Telefonnum. 10 10 0201 105 Telefax: 0201 7763 8500 E-Mail: anfragen.koeln@kvno.de</p>
--	--

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

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

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

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

Gesprächsleistungen im RLV – Laborbudgets ab 2014 auf Bundesniveau

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein beschloss am 13. September mehrere Änderungen am Honorarverteilungsmaßstab (HVM). Besonders im Laborbereich gibt es wichtige Änderungen, unter anderem durch die Übernahme der bundesweiten Fallwerte für die O-III-Laborbudgets – allerdings erst ab Anfang 2014. Die im EBM neu eingeführten Gesprächsleistungen werden im Rheinland innerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV) vergütet.

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein hatte Ende November 2012 entschieden, die Laborbudgets für die Abrechnung des Speziallabors aufzuschieben (wir berichteten). Grund dafür waren die großen Abweichungen der Fallwerte in Nordrhein von denen, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) kalkuliert hatte. Die Übernahme der bundesweiten Fallwerte zum 1. Januar 2014 geht auf Beschlüsse der KBV zurück, die die Übernahme der bundesweiten Fallwerte spätestens bis zu diesem Zeitpunkt verbindlich vorschreiben.

Referenzfallwerte: Die Referenzfallwerte aus dem 3. Quartal gelten nun auch noch im 4. Quartal 2013. Erst ab dem 1. Quartal 2014 orientiert sich auch das Rheinland an den in Berlin fixierten Werten – und die liegen für einige Fachgruppen deutlich niedriger als zuvor. Ärzte, die den Referenzfallwert überschreiten, können einen höheren Wert beim HVM-Ausschuss beantragen. Dabei ist konkret zu begründen, warum die Anhebung im Einzelfall nötig ist.

Wer sein Budget ausgesetzt, erweitert oder bedarfsgerecht angepasst sehen will, sollte den Fragebogen ausfüllen, den die KV Nordrhein dazu unter anderem auf ihrer Homepage zur Verfügung stellt. Sie finden ihn im Internet-Angebot der KV Nordrhein unter dem Stichwort „Laborbudgetierung“ zum Herunterladen. Eine Abweichung von den Vorgaben der Bundesebene ist nur möglich, wenn die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen erfüllt und zweifelsfrei dargelegt wird, warum eine Abweichung bzw. ein höherer Fallwert erforderlich ist.

Die Referenzfallwerte unterliegen wie alle Laboruntersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 der bundeseinheitlichen Abstufungsquote „Q“, die im 3. und 4. Quartal 2013 bei 91,58 Prozent liegt. Davon ausgenommen sind

Referenzfallwerte 2014 im Überblick

In Nordrhein gelten die folgenden KBV-Referenzfallwerte für Laborleistungen erst ab dem 1. Quartal 2014

Referenzfallwerte im Überblick	
Fachgruppe	Referenzfallwert
Gynäkologen	4 €
Gynäkologen mit fakultativer Weiterbildung Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	4 €
Dermatologen	4 €
Pneumologen	4 €
Endokrinologen	40 €
Rheumatologen	40 €
Hämatologen/Onkologen	21 €
Urologen	4 €
Nuklearmediziner	21 €

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

Neue Gesprächsleistungen: Ab 1. Oktober gilt der neue Hausarzt-EBM. Darin sind mit den Positionen 03230 / 04230 für Hausärzte und Pädiater neue Gesprächsziffern enthalten. Diese werden nach Beschluss der Vertreterversammlung der KV Nordrhein innerhalb der RLV vergütet. So sollen ungewollte Verwerfungen vermieden werden.

Da die Gesprächsleistungen innerhalb der RLV vergütet werden, erhöht sich der Fallwert der Hausärzte (Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin) und zwar auf 38,37 Euro; bei den Pädiatern steigt der RLV-Fallwert auf 37,38 Euro. Die KV Nordrhein hat in der letzten Septemberwoche korrigierte RLV-Bescheide für das 4. Quartal versendet.

Nephrologische Leistungen: Die Abschnitte 13.3.6 und 4.5.4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs werden ab dem 3. Quartal 2013 außerhalb der Gesamtvergütung vergütet. Die Leistungen der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie unterliegen damit nicht mehr den RLV und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV). Die restlichen Leistungen der Nephrologen bleiben innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung; für sie wird im fachärztlichen Versorgungsbereich ein Kontingent gebildet.

Fachärztliche Grundpauschale: Die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) werden mit dem für das 4. Quartal 2013 gültigen Orientierungspunktwert in Höhe von 10 Cent vergütet. Es erfolgt also keine Kontingentierung.
Trennung der Gesamtvergütung: Die Gesamtvergütung wird nach den Vorgaben der KBV

in vier Bereiche getrennt: „Labor“, „ärztlicher Bereitschaftsdienst“, „hausärztlicher Grundbeitrag“ und „fachärztlicher Grundbeitrag“. Diese Trennung hat die Vertreterversammlung der KV Nordrhein auch im HVM aufgenommen.

Genetisches Labor: Für die technischen Leistungen der Humangenetik bildet die KV Nordrhein im Topf der Fachärzte ein Kontingent gemäß den Vorgaben der KBV („versorgungsbereichsspezifischer Grundbeitrag“). Auch für die Leistungen der humangenetischen Beratungen und der Zytogenetik werden Kontingente gebildet.

Sozialpädiatrie, Geriatrie und Palliativversorgung: Für die neuen Leistungen der Abschnitte 3.2.4, 3.2.5, 4.2.4, 4.2.5 (geriatriische Versorgung, palliativmedizinische Versorgung, sozialpädiatrische Versorgung) bildet die KV Nordrhein im hausärztlichen Versorgungsbereich ein Kontingent. Die Höhe des Kontingentes entspricht dem von den Krankenkassen für diese Leistungen zur Verfügung gestellten Beitrag. Auch diese Leistungen unterliegen nicht dem RLV/QZV. ■ FRANK NAUNDORF

Den Fragebogen zum Antrag auf Erhöhung der Referenzfallwerte finden Sie unter www.kvno.de | KV | 130905

EBM-Infos für Hausärzte und Pädiater

Der EBM-Flyer und die EBM-Kurzinfo für Hausärzte und Pädiater sind wieder lieferbar. Die KV Nordrhein hatte die Infos, die die wesentlichen Neuerungen enthalten, Anfang September an alle hausärztlich tätigen Praxen verschickt. Wegen der großen Nachfrage wurden Exemplare nachgedruckt. Fordern Sie sie kostenfrei an unter:

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



Feste Regeln für Kassenanfragen

Bislang gab es für Primär- und Ersatzkassen eigenständige Bundesmantelverträge, ab 1. Oktober 2013 gibt es nur noch einen. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verständigt. KVNO aktuell stellt die wichtigsten Neuerungen für die Praxen vor.

Bonushefte: Das Ausfüllen eines Bonusheftes gehört zu den Pflichten des Vertragsarztes, wenn es im Zusammenhang mit der Bestätigung von gesundheitsbewusstem Verhalten eines Versicherten steht. Der Arzt muss diese Aufgaben allerdings nur dann ohne gesonderte Vergütung erledigen, wenn Durchführung und Dokumentation der Leistung im selben Quartal erfolgen. Außerdem muss der Versicherte das Bonusheft im gleichen Quartal zum Abstempeln vorlegen. Legt er es in einem späteren Quartal vor, stellt der Eintrag keine vertragsärztliche Leistung mehr dar. Die Folge: Das Abstempeln kann die Praxis privat liquidieren. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn ein Patient im März den Check-up 35 durchführen lässt, mit dem Bonusheft aber erst im Mai in die Praxis kommt. Die Regelung in Bezug auf die Bonushefte fußt auf einen entsprechenden Hinweis des Bundesgesundheitsministeriums.

Kassen-Anfragen: Die formlosen Anfragen der Krankenkassen sorgen in den Praxen für viel Arbeit und Ärger. Künftig müssen die Kassen für ihre Anfragen ein Rahmenformular verwenden, das KBV und GKV-Spitzenverband noch entwickeln. Aus ihm soll sich die Rechtsgrundlage für die Anfrage ergeben, sodass die Praxen in Bezug auf Schweigepflicht und Datenschutz rechtlich abgesichert sind. Außerdem ist vorgesehen, dass das Formular einen Hinweis auf eine mögliche Vergütung enthält – die Höhe des Honorars ist indes noch nicht geklärt. Fest steht zudem,

dass Ärzte und Psychotherapeuten für Gutachten oder Bescheinigungen mit gutachterlicher Stellungnahme, die sie aufgrund solcher bisher formloser Anfragen abgeben, künftig eine entsprechende Vergütung erhalten.

Um die formfreien Anfragen zu reduzieren, wollen die Partner des Bundesmantelvertrages die Vordrucke in regelmäßigen Abständen überprüfen. Dabei soll sowohl auf die inhaltliche Richtigkeit geachtet werden als auch darauf, ob die anzugebenden Daten erforderlich sind.

Arztgruppenübergreifende Anstellung: Auch Ärzte, die nur auf Überweisung tätig werden oder überweisungsgebundene Leistungen durchführen, dürfen nun Ärzte anstellen. Das bisher geltende Verbot wurde aufgehoben. Das bedeutet, dass sich Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik beziehungsweise Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin künftig in Praxen anstellen lassen können, die ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können. „Damit kann zum Beispiel ein Pathologe als angestellter Arzt in einer chirurgischen Praxis arbeiten“, schreibt die KBV. Umgekehrt dürfen die genannten Arztgruppen Ärzte anstellen, die ohne Überweisung tätig werden, zum Beispiel ein Pathologe einen Chirurgen. Mit dieser Regelung werden Arztpraxen nach Angaben der KBV in Bezug auf die arztgruppenübergreifende Anstellung mit Medizinischen Versorgungszentren gleichgestellt. ■ NAU

Hilfe, Hausärzte brauchen Infos!

Über den Wegfall der Praxisgebühr haben sich alle gefreut. Doch mancherorts scheint seitdem ein neues Problem entstanden zu sein: Hausärzte klagen. Überweisungen, Arztbriefe oder andere kurze Informationen fehlen.

„Mittlerweile ist die Praxis weit verbreitet, Überweisungen nicht mehr anzunehmen“, schreibt ein Hausarzt vom Niederrhein. Einzelne Krankenkassen informieren ihre Versicherten offenbar in ähnliche Richtung: „Kein Problem, zum Facharzt können sie direkt hingehen“, berichteten Patienten Dr. Ralf Raßmann, dem Vorsitzenden des HausArztNetz Düsseldorf. Juristisch ist die Aussage richtig. Doch die direkte Inanspruchnahme reduziert möglicherweise die Qualität der Versorgung. „Die fachärztlichen Kollegen wissen in diesem Fall ja nicht, an wen sie die Befunde schicken sollten“, so Raßmann. Deswegen ruft das Netz dazu auf, Fachärzte nur mit Überweisung zu konsultieren.

Hausärzte benötigen umfassende Infos, vor allem um die Behandlung multimorbider Patienten zu koordinieren. Beispiel Medikation: Fließen die Infos über verordnete Arzneien nicht beim Hausarzt zusammen, kann es zu Wechselwirkungen kommen. „Nur durch eine beiläufige Bemerkung der Angehörigen habe ich davon erfahren, dass eine Patientin eine Multimedikation mit Schmerzmitteln und neurologischen Präparaten erhielt“, berichtet ein hausärztlich tätiger Internist. Berichte lagen ihm keine vor.

Überweisungen: 22 Prozent weniger

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung beobachtet einen deutlichen Rückgang der Überweisungsfälle: „Hier hat sich die Annahme bestätigt, dass die Patienten nach dem Wegfall der Praxisgebühr wieder seltener einen Arzt mit Überweisung aufsuchen.“

Die Zahl der Überweisungsfälle im fachärztlichen Bereich sank im 1. Quartal 2013 um etwa 22 Prozent.

Dabei gilt das Überweisungsgebot auch nach dem Wegfall der Praxisgebühr. Danach muss ein Vertragsarzt die Durchführung erforderlicher diagnostischer und therapeutischer Leistungen durch einen anderen Vertragsarzt mittels Überweisung auf dem Muster 6 veranlassen. „Stellen Sie bitte wie gewohnt eine Überweisung aus, oder nehmen Sie die bei Ihnen in der Praxis vorgelegte Überweisung an“, empfehlen die Serviceteams der KV Nordrhein. Wenn ein Patient mit einer Überweisung in die Praxis kommt, dann dient diese als Grundlage für die Abrechnung.

Raßmann betont, dass die fachärztlichen Kollegen letztlich von den Überweisungen profitieren. „Das Schreiben von Berichten macht zwar mehr Arbeit, ist aber viel besser als eine ungesteuerte Inanspruchnahme.“ Vielfach lieben sich überflüssige Konsultationen verhindern. Beim Obleute-Treff im Juni dieses Jahres in Düsseldorf seien sich Haus- und Fachärzte einig gewesen: Überweisungen sind hilfreich. Und wenn ein Patient ohne in die Facharzt-Praxis kommt? „Für den Fall haben wir vereinbart, die Überweisungen rasch aufs Fax zu legen“, sagt Raßmann.



Hausarzt und Facharzt – HAND in Hand

Trotz Abschaffung der Praxisgebühr gilt weiterhin:

Behandlung der Patienten beim Facharzt nur mit Überweisung durch den Hausarzt!

Für Sie als Patient ist das wichtig, weil:

- nur so Fachärzte wissen, an wen sie Befunde und Therapieempfehlungen senden können
- nur so alle fachärztlichen Befunde bei Ihrem Hausarzt zusammenkommen
- nur so Ihr Hausarzt weiß, ob alle verordneten Medikamente zueinander passen
- nur so Ihr Hausarzt Atteste und Gutachten umfassend und sinnvoll für Sie ausstellen kann
- nur so Ihr Hausarzt für Sie den Überblick behält und Sie wirklich umfassend beraten und behandeln kann.

Sprechen Sie uns an, denn wir wollen das Beste für Ihre Gesundheit tun.

Das Düsseldorfer Hausarztnetz wirbt in den Wartezimmern für Überweisungen.

■ NAU

Scharfe Kritik am neuen Hausarzt-EBM

Ablehnung der eigentlich zum 1. Oktober terminierten Reform des Hausarzt-EBM, Zustimmung zum neuen Honorarverteilungsmaßstab: Die Vergütung war das zentrale Thema der Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein kurz vor der Bundestagswahl. Zielscheibe der Kritik war dabei vor allem die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der handwerkliche Mängel bei der Konstruktion des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) angekreidet wurden.

Eine gute Woche vor der mutmaßlich auch gesundheitspolitisch wichtigen Richtungswahl fielen weder das Wort „Bürgerversicherung“ noch andere Vokabeln aus den Experimentierkästen der Parteien auf der gleichwohl

hochpolitischen Versammlung. Denn sowohl der Vorstand der KV Nordrhein als auch die Delegierten der VV waren sich einig in der Kritik am neuen Hausarzt-EBM. Die Richtung der Debatte gab Bernhard Brautmeier,

Vorstand der KV Nordrhein, vor: „So wollen wir diesen EBM nicht. An diesem Hausarzt-EBM muss noch weiter gearbeitet werden.“

Brautmeier belegte seine Forderung mit Simulationsrechnungen zu möglichen Auswirkungen des neuen EBM für Nordrhein. Laut KBV sollte es innerhalb der Hausärzteschaft zu einer geringen Umverteilung kommen mit wenigen „Gewinnern“ und „Verlierern“. In Nordrhein zeichnet sich ein anderes Bild ab, dazu ein um 0,1 Prozent verringerter Leistungsbedarf.

„Umverteilung“ bei den Hausärzten

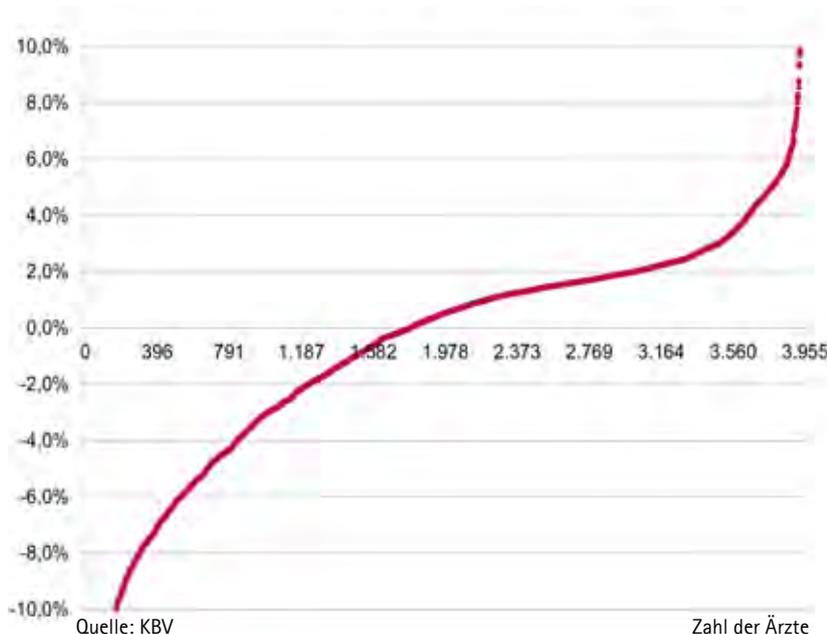
Die Simulation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigt die voraussichtliche Entwicklung der Leistungsmenge der nordrheinischen Hausärzte unter den Bedingungen des neuen EBM. Die Mehrheit legt zu, etliche Praxen im Rheinland aber würden weniger Punkte abrechnen. Etwas 700 Ärzte im hausärztlichen Bereich würden bis zu vier Prozent verlieren.

Nach Berechnungen der KV Nordrhein müssten etwa zehn Prozent der nordrheinischen Hausarztpraxen sogar mit einem Minus von rund vier Prozent beim Honorarumsatz rechnen. Hausärzte, die Verluste durch das Abrechnen der „Gesprächsleistung“ kompensieren wollten, gerieten in ein „Gesprächs-Hamsterrad“, hieß es von verschiedener Seite in der Versammlung.

Handwerkliche Fehler

Der Ärger über die geplante Umverteilung und handwerkliche Fehler war groß. Sie gipfelte in einer Rücktrittsforderung, die Dr. Rolf Ziskoven, stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung, an Regina Feld-

Änderung der Leistungsmenge



mann richtete, die im KBV-Vorstand das hausärztliche Lager vertritt und am 25. Oktober in Düsseldorf über den Hausarzt-EBM sprechen wird. Ihr Vorstandskollege, KBV-Chef Dr. Andreas Köhler, hat bereits am 27. September über den fachärztlichen Teil der Reform berichtet. Die neuen Pauschalen für fachärztliche Grundversorger waren auf der Vertreterversammlung jedoch kein Thema.

Der Hausarzt-EBM hingegen sei in der aktuellen Form nicht akzeptabel, fasste Brautmeier zusammen; nicht umsonst hatten sich die nordrheinischen Delegierten in der Vertreterversammlung der Kassenärztliche Bundesvereinigung in Berlin gegen den reformierten Hausarzt-EBM ausgesprochen. Die Vertreterversammlung korrigierte über den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) zumindest einen Punkt des EBM: Die Gesprächsleistungen bleiben in Nordrhein Teil des Regelleistungsvolumens.

Honorar: Verhandlungen starten

Dass der Protest gegen den Hausarzt-EBM und drohende Verluste so einhellig ausfiel, hat mit der besonderen Honorarsituation im Rheinland zu tun: Trotz des guten Verhandlungsergebnisses für 2013 liegen die KVen in Nordrhein-Westfalen, bedingt durch vergleichbare Zuwächse auch in anderen Bundesländern, im Bundesvergleich bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) nach wie vor am Ende der Tabelle. Dies machte Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, deutlich.

Fest steht, dass die KV bei den jetzt beginnenden regionalen Honorarverhandlungen mit den Kostenträgern

für 2014 erneut den nordrheinischen Nachholbedarf bei den Mitteln für die ambulante Versorgung zum Thema machen muss und wird. Fest steht aber auch, dass es ohne eine wie immer im Detail geregelte asymmetrische Verteilung von Zuwächsen beziehungsweise ohne gesetzliche Regelungen schwierig wird, die Lücke dauerhaft zu schließen.

Immerhin konnte Potthoff von wichtigen Signalen aus der Politik berichten: Sowohl Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens als auch Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr hatten bei ihren Besuchen im Haus der Ärzteschaft zuletzt deutlich gemacht, das zwischen den Bundesländern bestehende, sachlich nicht begründbare Ungleichgewicht bei den Mitteln für die ambulante Versorgung im Blick zu behalten. „Es ist uns gelungen, dass das Thema Konvergenz auf der politischen Tagesordnung bleibt. Es ist nicht erledigt“, betonte Potthoff.

Notdienst-Neuordnung

Auch zur geplanten Neuordnung des Notdienstes nahm Potthoff Stellung. Nach wie vor sei die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein dabei, sich mit der im Prüfbericht des Ministeriums erfolgten Vorgabe zu beschäftigen, die Notfalldienstpraxen zeitnah zu übernehmen beziehungsweise selbst zu betreiben.

Der Vorstandsausschuss Notdienst hat sich daher mit der Frage der notwendigen Standards bei der Ausstattung von Notdienstpraxen und der Frage beschäftigt, welche fachärztlichen Notdienste es weiter geben soll. Der Ausschuss könne indes nur ein Meinungsbild vermitteln, die

Entscheidung über den Fortbestand fachärztlicher Notdienste obliege der Vertreterversammlung selbst, so Potthoff.

2013 bringt Honorarplus

Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender der Vertreterversammlung, ging in seinem Statement auf die Honorarentwicklung im zweiten Quartal 2012 und die Entwicklung der Jahre 2008 bis 2013 ein. „Einige Fachgruppen haben erheblich an Honorar verloren“, sagte Bergmann. Das gilt auch für den Jahresvergleich des zweiten Quartals 2011 und 2012.

Bei den nordrheinischen Hausärzten lag Nordrhein im zweiten Quartal 2012 beim Honorarumsatz je Arzt im Bundesvergleich mit 48.637 Euro an elfter Stelle. Damit sank der Honorarumsatz im Vergleich zum Vorjahresquartal je Arzt um 1.000 Euro, der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall fiel mit 58,71 Euro um 1,2 Prozent geringer aus.

Bei den Fachärzten lag der durchschnittliche Honorarumsatz in Nordrhein im zweiten Quartal 2012 bei 42.868 Euro und damit an drittletzter Stelle im Bundesvergleich. Auch beim Fallwert lag Nordrhein mit 59,41 Euro weit unter dem Bundesdurchschnitt an viertletzter Stelle.

Immerhin profitieren die Fachärzte unter anderem von dem Verhandlungsergebnis für dieses Jahr und dem Auslaufen der Konvergenzregelung: In der Summe stehen im vierten Quartal 2013 rund 35 Millionen Euro mehr zur Verfügung. Im hausärztlichen Bereich beläuft sich der Zuwachs auf etwa 15 Millionen Euro.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein fasste am 13. September folgende Beschlüsse:

Geschäftsordnung geändert

Die Geschäftsordnung der Vertreterversammlung wird auf Antrag des Hauptausschusses mit zwei Änderungen angenommen. Die Geschäftsordnung finden Sie im Internet unter www.kvno.de | [KV | 130910](#)

Hausarzt-EBM abgelehnt

Die neuen Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für Hausärzte werden abgelehnt. Die prekäre Situation in der KV Nordrhein mit einer der schlechtesten Kassenzahlungen für Morbidität in ganz Deutschland bewirkt eine nicht abschätzbare Verzerrung durch niedrige Regelleistungsvolumen. Die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein bittet Ihre Delegierten in der VV der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

(KBV), sich für diese Ablehnung in der Sitzung der KBV am 20. September 2013 aktiv einzusetzen. Die VV der KV Nordrhein fordert die KBV-VV am 20.09.2013 auf, die Einführung des EBM auszusetzen.

Antrag: Dres. Dirk Mecking, Oliver Funken, Andreas Marian, Rainer Kötzle, Ralph Krolewski und Jens Uwe Wasserberg

Hausarzt-EBM überarbeiten



In der Kritik am Hausarzt-EBM waren sich die Delegierten weitgehend einig und forderten, ihn zu überarbeiten.

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein fordert die KBV auf, die im Bewertungsausschussvereinbarten Bestimmungen und Regularien des novellierten Hausarzt-EBM einer eingehenden Re-Evaluation und Überarbeitung zu unterziehen.

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein hält den Hausarzt-EBM in seiner im Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossenen Form für fehlerhaft. Sie hält darüber hinaus seine etappenweise Einführung für einen honorarpolitischen Fehler. Beides ist geeignet, die positive Grundidee der EBM-Reform zu diskreditieren.

Ziel der Reform war und ist, durch eine Entpau-schalierung der hausärztlichen Leistungen eine bessere Abbildung der Morbidität der Patienten

zu erreichen, eine angemessenere Vergütung der originär hausärztlichen Leistungen zu generieren und die Kalkulationssicherheit der Erbringung von Einzelleistungen zu verbessern. Jedoch stellen die unklare Definition des Chronikers, die Knüpfung der Honorierung an eine Behandlung in Vorquartalen, die Anforderung einer Nachfrage beim Vorbehandler unzumutbare Regulierungen dar – letzteres einen bürokratischen Nonsens.

Auch die Bewertung der Versichertenpauschale bei der Abrechnung von Vertretungsfällen ist nicht nachvollziehbar. Des Weiteren sind die Effekte der Einschränkungen bei der Abrechnung der Vorhaltepauschale in Teilen nicht zu kalkulieren.

Der Ausgleich sonst zu erwartender Honorareinbußen durch Honorarabschläge und -zuschläge auf die Vorhaltepauschale von 10 Prozent unter 400 / über 1200 Behandlungsfällen erscheint willkürlich und macht den Ansatz des EBM, Einzelleistungen zu honorieren, unglaublich.

Die Vertreterversammlung fordert die KBV auf, umgehend Konsequenzen aus den regionalen Simulationen zu ziehen. Alle Bestimmungen des novellierten Hausarzt-EBM gehören nochmals auf

den Prüfstand. Die gewollte Stärkung des hausärztlichen Behandlungsauftrages darf nicht von unkalkulierbaren Honorarverschiebungen überlagert oder gar konterkariert werden.

Die für 2014 in Aussicht gestellten Änderungen bezüglich der Einzelleistungen sowie die Forderung nach einer extrabudgetären Bezahlung der Versichertenpauschale werden von der Vertreterversammlung als unverzichtbar erachtet.

Grundsätzlich gilt, solange die Unterfinanzierung der GKV fortbesteht, wird jegliche Verbesserung der Honorierung bestimmter Praxen durch kaum kalkulierbare Honorarverschiebungen erkaufte werden müssen und damit keine qualitative Verbesserung der Versorgung insgesamt ermöglicht.

Antrag: Dres. Hans-Reinhard Pies, Thomas Fischbach, Rolf Ziskoven, Lothar Rütz, Jörg Hornivius und Holger van der Gaag

Selbstzahler-Medizin unterstützen

Mit Beschluss vom 13. Februar 2013 hat die Vertreterversammlung der KV Nordrhein festgestellt, dass in mindestens acht Fachgruppen eine die sachgerechte Versorgung der GKV-Patienten verhandelnde Unterfinanzierung besteht. Das Bundessozialgericht weist in einem Urteil von 2011 darauf hin, dass auch ärztliche Einkünfte aus nicht vertragsärztlicher Tätigkeit bei der Frage zu berücksichtigen sind, ob allgemein eine Existenz sichernde Praxisführung der Vertragsärzte bestimmter Fachgruppen möglich sei.

Daraus ergibt sich, dass dem Vertragsarzt die Möglichkeit einzuräumen und er auch seitens der Kas-

senärztlichen Vereinigung in seinem Bestreben zu unterstützen ist, privatärztliche Einkünfte neben den Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit zu generieren.

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein fordert deshalb den Vorstand auf, den von GKV-Unterfinanzierung betroffenen Vertragsärzten einen Ausbau der Selbstzahler-Medizin in ihren Praxen zu ermöglichen und beratend zu unterstützen. Diese Notwendigkeit ist auch gegenüber Bürgern/Patienten, Politik und Krankenkassen zu vertreten.

Antrag: Wolfgang Bartels

Regelungen für Klinikambulanzen

Die KV Nordrhein möge dazu beitragen, dass ärztliche Leistungen sowohl im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), als auch im Bereich der Wahlleistungen nicht in Klinikambulanzen ohne Vergütung erbracht werden.

Antrag: Drs. Heidemarie Pankow-Culot, Catherina Stauch, Gerd Ekkehard Höveler, Martin Grauduszus, Peter Loula, Hans Wilhelm, Andreas Gassen, Manfred Weisweiler und Joachim Wichmann

Kontingente für Gesprächsleistungen prüfen

Die Verwaltung wird beauftragt, dem HVM-Ausschuss Berechnungen zur möglichen Bildung von Kontingenten für die Gesprächsleistungen der Hausärzte (GOP 03230 EBM) bzw. der Kinderärzte (GOP 04230 EBM) innerhalb der hausärztlichen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina

(Anlage 3 Schritt 3 HVM) zur Prüfung und ggf. Beschlussfassung durch die VV vorzulegen. Die Beschlussfassung erfolgt frühestens mit Wirkung zum 1. Juli 2014.

Antrag: Dr. Thomas Fischbach

Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) wird auf Antrag des HVM-Ausschusses modifiziert. Der neue HVM wird im Rheinischen Ärzteblatt (Aus-

gabe 10/2013) amtlich veröffentlicht. Sie finden die geänderten Passagen im Internet unter www.kvno.de

Kampagne macht Ärztemangel zum Thema

Die Image-Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ widmet sich ab jetzt auch den Herausforderungen, denen sich niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten bei ihrer täglichen Arbeit stellen. Die Botschaft lautet: Die Arbeitsbedingungen müssen sich ändern, damit junge Mediziner in die Niederlassung gehen.



Das erste Kampagnen-Ziel wurde erreicht: möglichst viel Aufmerksamkeit finden. Schon nach drei Wochen kannte jeder Siebte in Deutschland die Kampagne „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“. Diese Aufmerksamkeit gilt es zu nutzen. Auf einer sachlichen Ebene thematisiert die Kampagne ab diesem Herbst die Arbeitsbedingungen der Ärzte und Psychotherapeuten – und den sich abzeichnenden Medizinerangel.

„Ich bin Hausärztin. Ich werde Ihnen fehlen.“, lautet eine markante Formulierung. Oder: „Ich bin Facharzt. Ich bin eine aussterbende Art.“ eine weitere. Diese und andere Aussagen sind seit Ende August auf rund 5.000 Großflächenplakaten in mehreren Städten und auch auf dem Land zu sehen.

Der Arzt als Arbeitgeber ist ein weiteres Thema. „Die Ärzte spielen ja nicht nur bei der Patientenversorgung eine große Rolle. Sie schaffen auch Arbeitsplätze, wenn sie sich für eine Niederlassung entscheiden“, sagt Roland Stahl, Sprecher der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Klare Botschaften

Mit Blick auf die Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen kamen Slogans wie „Wir sprechen über Geld. Denn an Gesundheit spart man nicht.“ Ein Wink für Politiker im Wahlkampf, aber auch ein Seitenhieb auf Kassen, die immer noch glauben, sie seien Sparkassen – eine Ausgangsposition, die bei den Verhandlungen über die Mittel für die ambulante medizinische Versorgung eine wichtige Rolle spielt. Denn dafür wird Geld gebraucht; erst recht vor dem Hintergrund einer älter werdenden Bevölkerung, der Zunahme an chronischen Krankheiten und der Forderung der Menschen, auch in Zukunft vor Ort behandelt zu werden. Dazu gehören Ärzte und entsprechende Finanzmittel – und Kommunen, die attraktive Rahmenbedingungen für junge Ärzte schaffen.

Nicht nur die Aussagen auf den Plakaten beschäftigen sich im zweiten Halbjahr 2013 mit den Störfaktoren bei der Nachwuchsfindung. Im Deutschen Ärzteblatt wurde ein Patientenflyer fürs Wartezimmer veröffentlicht, der über die Ursachen für den Ärztemangel und mögliche Lösungsvorschläge informiert.

Auf dem Kampagnen-Kalender stand auch der bekannte Fernseh-Spot, der Ende August erneut vor der Tagesschau zu sehen war. Seit Anfang September und noch bis Ende Oktober läuft ein weiterer Spot exklusiv für Kinobesucher, der mit viel Humor darauf hinweist, wie sehr Ärzte unsere Lebensqualität beeinflussen – in jeder Lebenslage. ■ HSCH

Flyer fürs Wartezimmer

Den neuen Flyer, der Patienten über den drohenden Ärztemangel informiert, können Sie anfordern bei

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

Ein Tippfehler und die Folgen

Auf der anonymen Berichts- und Lernplattform CIRS NRW (CIRS steht für Critical Incident Reporting System) können alle in der Gesundheitsversorgung Tätigen kritische Ereignisse und Beinahe-Fehler in der Patientenversorgung melden. Das von der Krankenhausgesellschaft Nordrhein Westfalen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Ärztekammern des Landes initiierte System weist mittlerweile rund 260 solcher Berichte auf – darunter auch den „Fall des Quartals“.

Im Fall des 3. Quartals 2013 stand die Medikation im Fokus: Statt „5 x 1 Tablette“ eines Arzneimittels täglich wurden „3 x 5 Tabletten“ auf einem Rezept vermerkt. Ein Tippfehler. Die Pharmazeutisch-Technische Angestellte (PTA) einer Apotheke wird auf die ungewöhnliche Dosierung aufmerksam. Leider hat sie nicht die Chance genutzt, die offensichtliche Überdosierung sofort aufzuklären.

Wichtig wäre aber, sich bei jeder Auffälligkeit dieser Art über die Richtigkeit zu vergewissern. Erst im Anschluss daran sollte das Arzneimittel dem Patienten ausgehändigt werden.



Glücklicherweise hat die PTA in dem beschriebenen Fall im Nachhinein den verordnenden Arzt kontaktiert. Das Missverständnis konnte so nach einmaliger Falscheinahme aufgeklärt werden – ohne Schaden für den Patienten. Dieser Fall des Quartals zeigt, dass bei verschiedenen Akteuren jeder Beteiligte die Chance hat, einen Fehler zu entdecken und rechtzeitig zu korrigieren. Aus den Beinahe-Fehlern oder Ereignissen anderer zu lernen, ist eine große Chance für das Gesundheitswesen.

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

Fortbildungspflicht: Nachweis 2014

Vertragsärzte und -psychotherapeuten müssen innerhalb eines Fünfjahreszeitraums mindestens 250 Fortbildungspunkte sammeln und gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen – unabhängig davon, ob sie niedergelassen, ermächtigt oder angestellt sind. Die Regelung ist im Sozialgesetzbuch in Paragraph 95d fixiert.

Für die rund 13.000 Ärzte und Psychotherapeuten aus Nordrhein, die am 30. Juni 2009 bereits nachweispflichtig waren, endet der zweite Nachweiszeitraum am 30. Juni 2014. Der Nachweis der Fortbildungsverpflichtung ist in Form eines Zertifikates der Landesärztekammer bzw. Landespsychotherapeutenkammer gegenüber der KV zu führen. Die Ärztekammer Nordrhein und die Psycho-

therapeutenkammer NRW führen die jeweiligen Punktekonto. Bitte wenden Sie sich bei Rückfragen zu Ihrem Punktestand oder zur Anerkennung einzelner Fortbildungsveranstaltungen direkt an Ihre zuständige Kammer.

Vertragsärzte und -psychotherapeuten können einer elektronischen Übermittlung ihres Fortbildungsnachweises zustimmen. Dafür ist es nötig, dass Sie der Ärztekammer Nordrhein bzw. der Psychotherapeutenkammer NRW eine Einverständniserklärung zusenden. Um den bürokratischen Aufwand für Sie so gering wie möglich zu halten, können Mitglieder der Ärztekammer der KV Nordrhein auch eine Einsicht in Ihr Punktekonto gewähren. In diesem Fall erhält die KV die entsprechenden Daten zum jeweiligen Stichtag.

Richtig Kodieren ist wichtig

Würden Sie auf 37 Millionen Euro verzichten? Nein? Die KV Nordrhein auch nicht. Deswegen ist Kodieren ein thematischer Dauerbrenner. Denn von der korrekten Abbildung der behandelten Erkrankungen hängt letztlich auch die Honorarentwicklung in Nordrhein ab.

Mit dem richtigen Kodieren dokumentieren die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf im ambulanten Versorgungsbereich einer KV-Region. Dies wiederum determiniert maßgeblich die finanziellen Zuweisungen an die regionalen Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds.

Morbidität beeinflusst Vergütung

Wenn eine regionale Kasse mehr Geld pro Versicherten erhält, hat dies Einfluss auf die Geldmenge, die die Kassenärztliche Vereinigung als gesamte Vergütung verhandeln kann.

In Sachsen-Anhalt beispielsweise stieg die Gesamtvergütung allein wegen der "Morbi-Quote" um fast 2,7 Prozent. Hier ist in Nordrhein sicher noch Luft nach oben.

Angesichts einer Gesamtvergütung von 3,7 Milliarden Euro fallen selbst geringe prozentuale Verbesserungen in absoluten Zahlen gehörig ins Gewicht. Ein Unterschied von einem Prozentpunkt entspricht in Nordrhein einem Honorarvolumen von 37 Millionen Euro! Gutes Kodieren kann sich also lohnen. Um Sie bei der genauen Kodierung zu unterstützen, stellt die KV Nordrhein Ihnen seit dem II. Quartal

Kodiertipps

Für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung sind nur Diagnosekodes mit dem Zusatzkennzeichen G finanziell relevant.

Für manche Erkrankungen mit verbleibenden Folge- und Restzuständen gibt es spezielle ICD-10-Kodes.

Ein Patient mit stattgehabtem Herzinfarkt, z. B. ein Jahr und länger zurückliegend: Kodieren Sie bitte nicht mit z. B. I25.19 Z sondern mit I25.22 G.

Auch bei Kontrollen von in der Vergangenheit erlittenen Erkrankungen, die mitunter „nur“ zu einer Verordnung führen, ist die Krankheit als behandlungsrelevant und gesichert (G) zu kodieren.

Ein Patient mit erlittenem Schlaganfall, der zur weiterführenden medikamentösen Behandlung Ihre Praxis aufsucht: Kodieren Sie bitte nicht mit z. B. I64 Z sondern mit I 69.3 G.

Denken Sie bitte daran, bei chronischen Erkrankungen (zum Beispiel Diabetes mellitus oder arterielle Hypertonie) die Folgeerkrankungen/Komplikationen gemäß des ICD-10 anzugeben.

Ein Patient mit Diabetes mellitus Typ II mit bekannter Nephropathie: Kodieren Sie bitte nicht die diabetische Nephropathie mit N 08.3 * G oder nur den Diabeteskode mit E 11.20+ G.

Da es sich im ICD-10 bei der Nephropathie um einen Stern-Kode handelt, kodieren Sie bitte diesen Sternkode zusammen mit dem spezifischen Diabetes-mellitus-Kode. Kodieren Sie bitte nicht alleine mit N 08.3* G, sondern mit N 08.3 * G und E 11.20 + G.

2011 Kodierungshinweise mit der Quartalsabrechnung zur Verfügung.

Top ten in den Fachgruppen

Um die Hinweise deutlicher und transparenter zu machen, weist die KV Nordrhein je Fachgruppe auf die wichtigsten „Top-Ten-Ergänzungskodes“ hin. Das passiert ab Anfang 2014. Sie erhalten dann folgende Unterlagen mit Ihrer Quartalsabrechnung:

- Leseanleitung der zehn häufigsten ICD-10-Ergänzungskodes je Fachgruppe.
- Eine Liste der zehn häufigsten Ergänzungskodes.
- Die von Ihrer Fachgruppe akzeptierte Gesamtzahl der Ergänzungsvorschläge.

„Dadurch schaffen wir Transparenz zwischen der Kodierung Ihrer Praxis und Ihrer Fachgruppe“, erläutert Dr. Patricia Shadiakhy, beratende Ärztin der KV Nordrhein. Denn besonders bei den ersten fünf Stellen der Top-Ten-Liste handelt es sich mitunter um „Kleinigkeiten“ wie Z. n.- statt G-Diagnosen. Diese können aber wegen ihrer Häufigkeit große finanzielle Wirkung auf die Gesamtvergütung haben.

Kodieren nützt

Es gibt aber noch weitere gute Gründe für präzises Kodieren: Es unterstreicht die Qualität Ihrer Arbeit. Die Gesamtheit aller behandlungsrelevanter Diagnosen spiegelt sich in den gesicherten Diagnosen wieder und stellt Ihr Leistungsspektrum dar. Zudem hat der Patient nicht erst seit dem Patientenrechtegesetz auch ein Anrecht darauf, dass seine Krankheiten korrekt abgebildet werden. Gesicherte Diagnosen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit den ärztlichen Leistungsziffern stehen, legen dies dar.

Sorgfältiges Kodieren ist auch in verordnungsrelevanten Bereichen, also beim Rezeptieren von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln wichtig. Dies kann Kassenanfragen und damit unnötigen Arbeitsaufwand für Sie reduzieren.

■ DR. MARTINA LEVARTZ / FRANK NAUNDORF

Onlineabrechnung und Diagnoseprüfung

Ab dem III. Quartal 2013 sind alle Praxen in Nordrhein verpflichtet, ihre Abrechnung online zu übermitteln. Mit diesem Zeitpunkt ändern sich die Kodierhinweise, die die KV Nordrhein den Praxen gibt.

Bis einschließlich II/2013: Mit den Abrechnungsunterlagen

Seit dem II. Quartal 2011 führen wir in Ihrer Abrechnung Prüfungen hinsichtlich der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebenen Diagnosen durch. Festgestellte Implausibilitäten teilte die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Ihnen bislang mit den Abrechnungsunterlagen der jeweiligen Abrechnung mit, verbunden mit der Bitte, den vorgeschlagenen Ergänzungen und Korrekturen zuzustimmen. Dieses Verfahren findet noch für das Abrechnungsquartal II/2013 in der bekannten Weise statt.

Ab III/2013: Nach Einreichung der Online-Abrechnung

Mit der flächendeckenden Online-Abrechnung ab III/2013 stellt die KV Nordrhein die Vorschläge für Ergänzungen und Korrekturen nach einigen Tagen im KVNO-Portal zur Verfügung (im Dienst „Online Abrechnung“, Register „Protokolle“). Praxen, die via D2D abrechnen, erhalten die Infos über diesen Kanal. (Sie erhalten die Korrekturen also nicht mehr mit den Abrechnungsunterlagen.) Bitte stimmen Sie den Vorschlägen innerhalb von 14 Tagen zu oder widersprechen Sie ihnen in diesem Zeitraum. Ihre Antwort können Sie der KV Nordrhein wie gewohnt auf dem online übermittelten Formular mitteilen, das Sie via Fax oder per Post an die KV senden können; aus datenschutzrechtlichen Gründen geht das nicht per E-Mail.

Zusätzlich ab IV/2013: Auch per Testabrechnung

Ab dem IV. Quartal 2013 bindet die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein die Prüfung auch an die Testabrechnung an. Wie gewohnt haben Sie ab dem 20. des ersten Quartalsmonats, im IV. Quartal also ab dem 20. Oktober 2013, die Möglichkeit, jederzeit Testabrechnungen zu schicken. In dem Protokoll, welches Sie zurückerhalten, werden dann auch – sofern vorhanden – fehlende oder nicht plausible ICD-10-Kodes aufgeführt. Das ermöglicht die Korrektur der Diagnosen noch vor Abgabe der „Echtabrechnung“.

Bitte beachten: Sollten alle Kodierungen vollständig und plausibel sein, erhalten Sie auch künftig kein Protokoll.

Pauschale Fachärztliche Grundversorgung



Die Pauschale für die Fachärztliche Grundversorgung erhalten Fachärzte der Grundversorgung. Die Pauschale wird einmal im Quartal von der KV Nordrhein zugesetzt und zwar auf jeden Behandlungsfall, in dem Sie ausschließlich konservativ tätig waren und keine spezialisierten Leistungen durchführten. Spezialisierte Leistungen sind alle Leistungen, die im Anhang 3 des EBM mit einem * gekennzeichnet sind, die Kostenpauschalen des EBM-Abschnittes 32.3 sowie alle operativen Leistungen aus den regionalen Verträgen.

Die einzelnen Gebührenordnungspositionen finden Sie unter www.institut-des-bewertungsausschusses.de
KV | 130916

Laborleistungen im Kontext mit der EBM-Nummer 01732

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung nach der EBM-Nummer 01732 werden in der Regel die Laborleistungen Glukosebestimmung und Cholesterinbestimmung über den Anforderungsschein für Laborgemeinschaften, Formular 10a, in einer Laborgemeinschaft angefordert. Bitte kreuzen Sie in diesen Fällen das Feld präventiv an, damit von der Laborgemeinschaft die präventiven Ziffern und nicht die kurativen Ziffern, EBM-Nr. 32057 und 32060, abgerechnet werden.

Neue Punktwerte: Vertrag Postbeamtenkasse

Die Punktwertveränderung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 1. Oktober 2013 führte auch zur Anpassung der Punktwerte beim Vertrag mit dem Sonstigen Kostenträger Postbeamtenkrankenkasse (PbeaKK).

- Für ärztliche Leitungen, ausgenommen die Leistungen des Kapitels 32 im EBM, gilt ab

1. Oktober 2013 ein Punktwert von 21,0159 Cent.

- Der Wirtschaftlichkeitsbonus des EBM-Kapitels 32 wird künftig mit einem Punktwert von 20,4487 Cent vergütet.

Alle ärztlichen Leistungen werden weiterhin als Einzelleistungen vergütet. Die Punktmenge orientiert sich am EBM.

Hausarztvertrag BKK Heimbach zum 30. September gekündigt

Die BKK Heimbach hat den mit der Kassenzärztliche Vereinigung Nordrhein bestehenden Hausarztvertrag zum 30. September 2013 gekündigt. Leistungen aus diesem Vertrag können Sie ab 1. Oktober 2013 nicht mehr abrechnen.

TK-Vertrag zur augenärztlichen Vorsorge bei Kleinkindern

Die KV Nordrhein hat mit der Techniker Krankenkasse (TK) einen Vertrag zur augenärztlichen Vorsorge bei Kleinkindern geschlossen. Die Vorsorgeuntersuchung kann ab sofort in Anspruch genommen werden. Der Amblyopie-Vertrag entspricht dem mit der Knappschaft abgeschlossenen Vertrag.

Anspruchsberechtigt sind alle bei der TK versicherten und in Nordrhein wohnhaften Kinder im Alter vom 30. bis zum 41. Monat sowie Kinder im Alter von sechs bis zwölf Monaten, die zu einer Risikogruppe gehören. Als Risikofaktoren gelten eine bei Eltern oder Geschwistern diagnostizierte Amblyopie, Schielen, größere Anisometropie oder deutliche Hyperopie sowie Frühgeburt vor der 37. Schwangerschaftswoche.

Teilnahmeberechtigt sind alle niedergelassenen Augenärzte im Bereich der KV Nordrhein. Eine gesonderte Teilnahmeerklärung ist nicht nötig. Für die Abrechnung verwenden Sie bit-

te die Symbolnummer 91721. Die Vorsorgeuntersuchung wird mit 40 Euro außerhalb der Gesamtvergütung und zusätzlich zu den Regelleistungsvolumen (RLV) vergütet.

Den Vertrag finden Sie unter www.kvno.de | **KV | 130917**

Homöopathie-Vertrag mit der Hypovereinsbank BKK

Dem mit der Securita BKK geschlossenen Homöopathie-Vertrag tritt zum 1. Oktober 2013 die Hypovereinsbank BKK bei.

Den Vertrag mit der Securita BKK finden Sie unter www.kvno.de | **KV | 130917**

Neue Leistung Subkutane Infusion

Die Subkutane Infusion zur Behandlung von Exsikkosezuständen kann im Rahmen der häuslichen Krankenpflege ab sofort zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Leistung in das Verzeichnis der häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-RL) aufgenommen. Die Änderung der Richtlinie ist am 21. August 2013 in Kraft getreten.

Die Leistung umfasst das Legen, Anhängen und Wechseln sowie das abschließende Entfernen einer ärztlich verordneten subkutanen Infusion zur Flüssigkeitssubstitution. Zum Leistungsinhalt gehören die Kontrolle von Laufgeschwindigkeit und Füllmenge sowie die Überprüfung der Injektionsstelle beim Anlegen, Wechseln oder Entfernen der Infusion auf Zeichen einer Ödembildung, Schwellung oder Rötung. Die Leistung ist bei mittelschwerer Exsikkose bei negativer Flüssigkeitsbilanz, mit einhergehendem Unvermögen oralen Ausgleichs und potenzieller Reversibilität insbesondere bei geriatrischen Patienten verordnungsfähig.

Als Kontraindikation sind zu beachten: Schwere Dehydratation, Dekompensierte Herz- und/oder Niereninsuffizienz, Koagulopathien, Kreislaufschock, langfristiger Flüssigkeitsbedarf, Finale Sterbephase, ausschließliche Erleichterung der Pflege, ungenügende Durchführbarkeit aufgrund der Compliance der Patienten oder der häuslichen Bedingungen in Bezug auf die Infusionstherapie.

Die subkutane Infusion ist bis zu sieben Tagen verordnungsfähig. Auf der Verordnung sind der Infusionstyp, die Menge und die Dauer der Infusion anzugeben. Es sind mehrere Infusionslösungen zugelassen.

Sie finden die geänderte HKP-RL unter www.g-ba.de | **KV | 130917**

Influenzaimpfung außerhalb der STIKO-Indikationen

Einige Krankenkassen in Nordrhein übernehmen auch in der Impfsaison (Quartale IV/2013 bis I/2014) für alle Versicherten die Kosten für eine Influenzaimpfung. Ein aktuelles Verzeichnis der Kassen sowie weitere Informationen zur Abrechnung und zum Bezug der Impfstoffe finden Sie im Internet.

MMR-Impfung für vor 1970 Geborene

Seit dem 1. September 2013 bis Ende 2014 übernimmt die AOK Rheinland/Hamburg die MMR-Impfung für vor 1970 geborene Erwachsene mit Impflücken bei der Masernimpfung, die nicht von der Schutzimpfungs-Richtlinie erfasst werden. Es kann der MMR-Impfstoff verwendet werden, da zurzeit kein Einzelimpfstoff für Masern zur Verfügung steht.



Die aktuelle Liste der Krankenkassen und Informationen zur Abrechnung und zum Bezug der Impfstoffe finden Sie unter www.kvno.de | **KV | 130917**

Für die Verordnung verwenden Sie das Muster 16 zu Lasten der AOK Rheinland/Hamburg auf den Namen des Patienten. Im Feld Impfstoffe tragen Sie die Nummer acht ein, damit die Kosten nicht Ihr Arzneimittelvolumen belasten. Die Abrechnung erfolgt mit der Symbolnummer 89301Z. Die Impfung wird mit 8,25 Euro vergütet.

MuRL: Richtigstellung von Risikofaktoren

Der G-BA hat folgende Richtigstellung in den Mutterschafts-Richtlinien (MuRL) bei der Überwachung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten bei den Risikofaktoren EPH-Gestose/Präeklampsie beschlossen, die am 23. August 2013 in Kraft getreten sind:

- Im Abschnitt B. Nummer 1. wird nach der Überschrift „II. Nach Befund (jetzige Schwangerschaft)“ die Gliederungseinheit „a)“ neu gefasst: „Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (in allen ihren Ausprägungen)“.
- Nach der Gliederungseinheit „i) Überschreitung des Geburtstermins bzw. Unklarheit über den Termin“ wird die Gliederungseinheit „j) Pyelonephritis“ eingefügt.
- In der Anlage 1 d wird die Nummer 2. wie folgt neu gefasst: „Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (in allen ihren Ausprägungen)“.

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss finden Sie im Internet unter www.g-ba.de | [KV | 130918](#)

Hautarztverfahren nur für bisherige Berufskrankheiten

Das Hautarztverfahren des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger bezieht sich ausschließlich auf Berufskrankheiten, die in der Berufskrankheitenverordnung BK5101, Nr. 5105 der Anlage 1 zur BK 5101, aufgeführt sind. Maßgebend ist der Paragraph 41 des Ab-

kommens, der besagt, dass es sich um ein Präventionsverfahren für Versicherte mit krankhaften Hautveränderungen handelt, bei denen eine Hautkrankheit durch die berufliche Tätigkeit entsteht, wieder auflebt oder sich verschlimmert. Nach dem Abkommen muss der Versicherte mit krankhaften Hautveränderungen, die im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit stehen können, unverzüglich einem Hautarzt vorgestellt werden.

Ringversuche für Schwangerschaftstests und Harnsediment

Seit 1. Juli 2013 gilt die im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichte Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiLi-BÄK). Für den Streifenschwangerschaftstest ist künftig einmal im Quartal ein Ringversuch zu erbringen. Der erste Ringversuch ist bis zum 30. September 2013 durchzuführen. Für das Urinsediment ist der Ringversuch einmal im Kalenderjahr vorgegeben. Der erste Ringversuch muss bis zum 31. Dezember 2013 abgeschlossen sein.

Bitte beachten Sie, dass die Durchführung des Urinsediments laut Mutterschafts-Richtlinien Bestandteil der Betreuung einer Schwangeren und damit obligater Inhalt der EBM-Nummer 01770 ist.

Asylbewerber in Wuppertal müssen zuzahlen

Die Stadt Wuppertal hat die Befreiung von jeglichen Zuzahlungen für Asylbewerber eingestellt. Asylbewerber, die von der Stadt Wuppertal Leistungen beziehen, unterliegen ab sofort den normalen Zuzahlungsregelungen wie jeder Kassenpatient. Wenn der Patient nach Erreichen der Belastungsgrenze eine Bescheinigung der Stadt Wuppertal über die Befreiung von Zuzahlungen in Ihrer Praxis vorlegen kann,

kann er für den Rest des Jahres von weiteren Zuzahlungen befreit werden. Anlass für den Wegfall der generellen Befreiung war für die Stadt Wuppertal das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes aus 2012, das Asylbewerbern erheblich höhere Leistungen zugestanden hat.

AU-Richtlinien geändert – keine zusätzlichen Belastungen

Am 3. Juli 2013 ist eine Änderung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien (AU-RL) in Kraft getreten. Der Begriff „Bezieher von Arbeitslosengeld“ wurde angepasst. Anlass waren die Änderungen des G-BA vom 21. Juni 2012 zur AU-RL. Unter anderem war in einem neuen Absatz geklärt worden, wann Hartz-IV-Empfänger oder Versicherte, die Hartz-IV beantragt haben, als arbeitsunfähig im Sinne der AU-RL angesehen werden. Die KBV hatte diese Änderung wegen des Prüfaufwandes für die Vertragsärzte abgelehnt.

Das BMG hatte den Beschluss des G-BA mit einer Auflage versehen: Der G-BA musste den in der AU-RL verwendeten Begriff anpassen, damit die Vorschrift auch Personen umfasst, die nur aufgrund einer Urlaubsabgeltung oder einer Sperrzeit kein Arbeitslosengeld beziehen bzw. über deren Arbeitslosengeld-Antrag noch nicht entschieden wurde. Mit der nun vorgenommenen redaktionellen Änderung ist dies geschehen.

Die neue Formulierung lautet: Versicherte, die arbeitslos sind, ausgenommen Arbeitslose bzw. erwerbsfähige Leistungsberechtigte nach Absatz 3a, sind arbeitsunfähig, wenn sie krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sie sich bei der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt haben (Paragraf 2 Abs. 3 Satz 1 AU-RL).

Mit dieser Formulierung erübrigen sich die Prüfverpflichtungen für die Vertragsärzte zum

Status des Leistungsbezuges. Die KBV hat diese Klarstellung wiederum abgelehnt, da die Entscheidung des Vertragsarztes für die Patienten leistungsrechtliche Konsequenzen haben kann.

Darüber hinaus hatte das BMG die Umsetzung des Beschlusses mit dem Hinweis verbunden, so genannte Hartz-IV-Aufstocker in der AU-RL zu berücksichtigen. Der G-BA hat in den Tragenden Gründen zum Beschluss eine Klarstellung auf die beiden Gruppen von Aufstockern vorgenommen. Vertragsärzte müssen nicht ermitteln, ob aufstockende Leistungen bezogen werden.

Die geänderten Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien finden Sie im Internet unter www.g-ba.de | [KV | 130919](https://www.kvno.de)

Serviceteams



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

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666 Telefax 0221 7763 6450

E-Mail service.koeln@kvno.de

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

Impfung gegen Rotaviren und nasaler Grippeimpfstoff – Neue STIKO-Empfehlungen

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut hat ihre jährlichen Impfempfehlungen aktualisiert. Neu ist eine Empfehlung der Impfung gegen Rotaviren in den ersten Lebenswochen. Außerdem rät die STIKO, bei zwei bis sechsjährigen Risikopatienten den nasalen Grippeimpfstoff einzusetzen. Die Empfehlungen zur Hepatitis-B-Impfung wurden überarbeitet.

Die STIKO-Empfehlungen müssen innerhalb von drei Monaten durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beurteilt werden, um in die Schutzimpfungs-Richtlinie übernommen zu werden. Erst dann sind sie für Impfungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verbindlich.

Rotaviren

Die STIKO empfiehlt eine frühestmögliche Schluckimpfung gegen Rotaviren. Die erste Impfung sollte ab sechs Wochen erfolgen, weil das geringe Risiko für Darm-Invaginationen mit dem Alter zunimmt. Die Impfserie sollte spätestens bis zu einem Alter von zwölf Wochen begonnen werden und je nach Impfstoff mit

ein oder zwei Wiederholungsimpfungen nach jeweils frühestens vier Wochen komplettiert werden.

Die Impfserie sollte vorzugsweise bis zu einem Alter von 16 Wochen (Rotarix) bzw. 20 bis 22 Wochen (RotaTeq) abgeschlossen werden. Sie muss bis zu einem Alter von 24 bzw. 32 Wochen abgeschlossen sein. Eine Nachholimpfung,

die nicht innerhalb dieses Zeitraums abgeschlossen werden kann, wird nicht empfohlen.

Nach der Aufnahme der Impfempfehlung in die Schutzimpfungs-Richtlinie (voraussichtlich Ende November) kann der Impfstoff über den Sprechstundenbedarf bezogen werden.

Influenza

Die STIKO empfiehlt bei Kindern im Alter von zwei bis sechs Jahren den nasalen Grippeimpfstoff bevorzugt einzusetzen, wenn keine Kontraindikationen bestehen. Die Akzeptanz und die Wirksamkeit seien besser als bei der Nadel-Impfung.

Bei der Grippeimpfung wurde die Empfehlung zur jährlichen Standardimpfung von Personen älter als 60 Jahre und für die Indikationsimpfung für Schwangere ab dem 2. Trimenon und für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens nicht verändert. Zusätzlich besteht nun auch eine Indikation zur Impfung für „Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute Risikopersonen fungieren können“, auch wenn die Risikopersonen schon geimpft sind. Hier wurde die Indikation erweitert, weil die Grippeimpfung für die zu betreuenden Personen keinen 100-prozentigen Schutz bietet und daher auch die Betreuer geimpft sein sollten.

Hepatitis B

Die Empfehlungen zur Hepatitis-B-Virus (HBV)-Impfung wurden überarbeitet. Eine serologische Testung vor einer HBV-Impfung wird nur noch in Einzelfällen empfohlen. Hingegen wird zur Kontrolle des Impferfolgs der Anti-HBs-Titer bestimmt. Bei erfolgreicher Impfung sind im Allgemeinen keine Auffrischimpfungen mehr nötig. Bisher hatte die STIKO diese nach zehn Jahren empfohlen.

Die aktuellen Impfempfehlungen der STIKO wurden im Epidemiologischen Bulletin 34/2013 veröffentlicht und können auf der Internetseite des Robert-Koch-Instituts eingesehen werden: www.rki.de
KV | 130920

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

Grippeimpfung gestartet

Impfung für Erwachsene: Die ersten Chargen von Vaxigrip sind freigegeben und werden über den pharmazeutischen Großhandel ausgeliefert. Die Krankenkassen in Nordrhein hatten die Belieferung mit Grippeimpfstoffen für die Saison 2013/2014 ausgeschrieben; Sanofi-Pasteur-MSD hat den Zuschlag für Vaxigrip erhalten. Nur in Einzelfällen bei medizinischer Indikation kann von Vaxigrip abgewichen werden, ansonsten hat der vereinbarte Grippeimpfstoff nach Bestimmungen des Sozialgesetzbuchs Vorrang. Bis 20. September hat das Paul-Ehrlich-Institut bereits 15 Millionen Impfdosen freigegeben.

Verordnung: Für die ersten Belieferungen im September sollten die Praxen circa 65 Prozent ihrer Impfdosen des Vorjahres vorbestellen (wir berichteten). Nachbestellungen für Vaxigrip für Grippe-Impfungen nach der Schutzimpfungs-Richtlinie können als Sprechstundenbedarf über Apotheken vorgenommen werden. Bitte verordnen Sie auf einem Kassenrezept „Grippeimpfstoff 2013/2014“ oder „Vaxigrip 2013/2014 Fertigspritze ohne Kanüle“.

Abrechnung: Die Standard-Grippeimpfung (Personen über 60 Jahre) rechnen Sie bitte mit der Dokumentationsnummer 89111 ab, für sonstige Indikationen ist die Nummer 89112 anzusetzen. Wenn Sie Kindern den nasalen Impfstoff geben (siehe unten), rechnen Sie dies bitte unter der Dokumentationsnummer 89112N ab.

Nasaler Grippe-Impfstoff für Kinder: Nach der aktuellen Empfehlung der Ständigen Impfkommission von August 2013 können Kinder und Jugendliche im Alter von zwei bis einschließlich 17 Jahren mit inaktiviertem Impfstoff oder mit einem attenuierten Influenza-Lebendimpfstoff (LAIV) geimpft werden, wenn keine Kontraindikationen bestehen.

Bei Kindern im Alter von zwei bis einschließlich sechs Jahren sollte LAIV bevorzugt ange-

wendet werden. Sie können für die Zwei bis Sechsjährigen LAIV bei bestehender Indikation anstelle von Vaxigrip verimpfen und über den Sprechstundenbedarf beziehen. Eine Indikation für die Grippeimpfung besteht für Kinder mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens wie

- chronische Krankheiten der Atmungsorgane (inklusive Asthma* und COPD)
- chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten
- Diabetes mellitus und andere Stoffwechselkrankheiten
- chronische neurologische Krankheiten, zum Beispiel Multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben
- Personen mit angeborener oder erworbener Immundefizienz mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion bzw. Immunsuppression*
- HIV-Infektion

* ggf. Kontraindikation für Fluenz

Für diese Indikationen kann der behandelnde Arzt bei Zwei- bis Sechsjährigen trotz des gesetzlichen Vorranges des Ausschreibungsimpfstoffes nach medizinischer Einschätzung einen nasal anzuwendenden Grippeimpfstoff auswählen. Hierbei sind jedoch die Kontraindikationen zu beachten. Nach der Fachinformation sollte der nasale Impfstoff Fluenz nicht bei Kindern und Jugendlichen mit schwerem Asthma und akutem Giemen angewendet werden. Für Kinder und Jugendliche mit klinischer Immunschwäche und für Kinder und Jugendliche, die gleichzeitig eine Salicylat-Therapie erhalten, ist Fluenz kontraindiziert.



Die Impfsaison 2013/14 hat begonnen. Im September waren bereits 15 Millionen Impfdosen freigegeben.

Warten, bis der Arzt kommt...

„Ich bin Hausärztin. Ich werde Ihnen fehlen.“ erklärt Dr. Annekathrin Möwius in diesen Wochen auf vielen Plakatwänden. Als Gesicht der Image-Kampagne der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sensibilisiert sie die Öffentlichkeit für ein Problem, das vor wenigen Jahren noch kaum Beachtung fand. Mittlerweile sind die Vorboten des Mangels längst zu spüren. Auch in Nordrhein. Entsprechend hoch sind die Erwartungen an die Planung der Versorgung von morgen. Ein guter Zeitpunkt für eine gründliche Analyse: Mit dem Versorgungsreport Nordrhein präsentiert die KV Nordrhein erstmalig eine umfassende Datengrundlage zu den Perspektiven der ambulanten Versorgung zwischen Erft, Rhein und Ruhr.



Foto: dpa

Volle Wartezimmer sind vielerorts Alltag. Der Versorgungsreport untersucht, wie sich die Lage bis 2030 entwickelt.

Was die Image-Kampagne auf eindringliche Botschaften fokussiert, bedarf in der planerischen Umsetzung durch die KVen einer verlässlichen Datengrundlage. Der Versorgungsreport Nordrhein beruht unter anderem auf Analysen von Abrechnungs- und Strukturdaten der Kassenärztlichen Vereinigung. Auf dieser Basis beschreibt der Report nicht nur die Ist-Situation der Versorgung im Rheinland, sondern entwickelt auch unterschiedliche Szenarien für die Zukunft.

Die Modelle für möglichst passgenaue Prognosen stammen aus der Methodenwerkstatt des Berliner Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI). Als langjähriger wissenschaftlicher Partner der KVen ist das ZI mit sämtlichen Daten rund um die ambulante Versorgung bestens vertraut.

In drei Kapiteln beleuchtet der Report wesentliche Aspekte der gegenwärtigen und

künftigen ambulanten Versorgung zwischen Erft, Rhein und Ruhr. Die Beschreibung des Status quo liefert zunächst eine kleinräumige Darstellung der Versorgungsdichte, also der Einwohnerzahl, die ein Haus- bzw. Facharzt rechnerisch zu versorgen hat. Darüber hinaus zeigt ein Morbiditätsindikator erstmals regionale Unterschiede in der Krankheitslast der Bevölkerung sowie Daten zu den Arzt-Patient-Kontakten über Gemeinde- oder Kreisgrenzen hinweg. Diese „Mitversorgungsbeziehungen“ haben mitunter beträchtliche Auswirkungen auf den tatsächlichen Bedarf an ambulanten Leistungen in einer Region.

Ein Blick ins Jahr 2030

Teil zwei des Reports liefert zahlreiche Prognosen und Trends. Dabei steht der künftige Bedarf nach ambulanter Versorgung ebenso im Fokus wie die in Zukunft verfügbaren ärztlichen Behandlungsressourcen. Das hier eingesetzte Rechenmodell berücksichtigt dabei deutlich mehr Einflussfaktoren als vergleichbare Projekte außerhalb Nordrhein: Neben der Altersstruktur von Ärzten und Bevölkerung werden auch die auf der Basis von Behandlungsdiagnosen ermittelte Morbidität, die Zahl der Arzt-Patient-Kontakte sowie die Standortwahl neu zugelassener Ärzte in den vergangenen fünf Jahren für die Vorhersagen herangezogen.

Ebenso geht das zweite Kapitel auf den Wandel des ärztlichen Berufsbildes ein. Die starke Zunahme kooperativer Arbeitsformen, die Attraktivität von Anstellungsverhältnissen in der ambulanten Versorgung und ein stetig wachsender Anteil von Ärztinnen haben die Realität der ärztlichen Berufsausübung stärker verändert als viele politische Reformen in den Jahrzehnten zuvor.

Der dritte und letzte Teil des Reports zieht versorgungspolitische Schlussfolgerungen aus den Szenarien und zeigt Wege auf, wie die

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein bereits heute auf die Herausforderungen von morgen reagieren kann. Aber auch die Grenzen der Handlungsspielräume der KVen werden im Report offen diskutiert. Ebenso die Beiträge, die von anderen Akteuren zu leisten sind, um die Zukunft der ambulanten Versorgung in Nordrhein dauerhaft und verlässlich zu sichern. Beispiel Allgemeinmedizin: Hier müssen Forschungs- und Hochschulpolitik die nötigen Impulse setzen, um das Fach an den medizinischen Fakultäten und Hochschulkliniken zu stärken.

Zahlen und Fakten zum Ärztemangel

- **19.455 Vertragsärztinnen und -ärzte** sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten versorgen rund acht Millionen Versicherte in Nordrhein.
- **1.606 Einwohner** pro Hausarzt – das ist der nordrheinische Durchschnitt, er schwankt aktuell zwischen rund 1.000 und 4.000, je nach Kommune.
- In Nordrhein sind die regionalen Unterschiede beim hausärztlichen Behandlungsbedarf im Vergleich zu anderen Bundesländern (noch) relativ gering.
- Starke Zentren versorgen das Umland mit: Fast **40 Prozent** der Konsultationen von Kölner Fachärzten fanden mit **auswärtigen Patienten** statt.
- Das **Durchschnittsalter** der nordrheinischen Hausärzte beträgt aktuell 52,7 Jahre – das der Fachärzte **52 Jahre**.
- In den meisten ländlichen Kommunen nimmt der hausärztliche Behandlungsbedarf im Prognosezeitraum bis 2030 deutlich zu. Die Unterschiede zwischen Stadt und Land verschärfen sich.
- Bis zum Jahr **2030** müssten rund **5.000 Hausärztinnen und -ärzte** ersetzt werden, um den Versorgungsstand von heute zu halten.
- **Jährlich** gehen über **200 Hausärztinnen und -ärzte** in Nordrhein **in den Ruhestand**, aber nur **100 Nachwuchsmediziner** absolvieren die Facharztprüfung für Allgemeinmedizin.
- Nicht alle Fachgruppen haben so manifeste Nachwuchsprobleme wie die Hausärzte: in der Mehrzahl der Städte und Kommunen wäre laut Modellrechnung **2030** weiterhin eine **ausreichende Versorgung mit Radiologen, Orthopäden, Fachinternisten und Frauenärzten** gewährleistet.
- **36 Prozent** der ambulant tätigen Mediziner sind **weiblich**, **62 Prozent** der **Studienanfänger** im Fach Humanmedizin sind Frauen.
- Die Zahl angestellter ambulant tätiger **Ärztinnen und Ärzte** hat sich **seit 2008** mehr als **verdoppelt**, die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte **in Teilzeit vervierfacht**.

Um es vorweg zu nehmen: Der Versorgungsreport entwirft keine Schreckensszenarien. Vielmehr will er ein Frühwarnsystem sein, das rechtzeitig den notwendigen Handlungsbedarf aufzeigt. Dabei wird auch deutlich: Manche Aussichten sind besser, als es das allgemeine Lamento über den demografischen Wandel nahe legt. Denn dieser Wandel trifft die Region Nordrhein (noch) nicht mit derselben Wucht wie die Mehrzahl der Länder und Regionen in der Bundesrepublik. Nordrhein hat somit mehr Zeit, um sich auf eine geänderte Bevölkerungsstruktur einzustellen.

Eine ganz zentrale Erkenntnis aus den Analysen und Modellrechnungen ist: Wird nicht gehandelt, verstärken sich die schon heute angelegten regionale Ungleichheiten in der Zukunft. Dennoch ist in Nordrhein nicht von einem generellen Stadt-Land-Gefälle in der ambulanten ärztlichen Versorgung auszugehen. Es gibt auf der einen Seite sehr gut versorgte ländliche Regionen wie andererseits auch Städte, die der demografische Wandel vor gravierende Probleme stellt. Es kommt daher auf den Einzelfall an, wenn es darum geht, konkrete Handlungsbedarfe für bestimmte Fachgruppen bzw. Regionen aufzuzeigen.

Der Versorgungsreport könnte dabei zu einer Versachlichung der politischen Diskussionen beitragen. Denn bisher stehen vermeintlich gesicherte Wahrnehmungen und Mutmaßungen zur Versorgungssituation in einer Region oftmals im Widerspruch zu den tatsächlichen Erkenntnissen.

Details im Online-Angebot

Für diesen Aspekt steht als Ergänzung zur gedruckten Version des Reports erstmalig auch eine Onlineplattform zur Verfügung. Auf www.versorgungsreport.de sind Strukturdaten und Analysen in Gänze zugänglich, die der Printreport nur kurz beleuchtet. Die Nutzer können zwischen Kartendarstellungen, Tabellen und Diagrammen wählen. Es stehen gleich mehrere Optionen bereit, die Parameter

der Darstellung zu variieren, etwa die Arztgruppe, der Prognosezeitpunkt oder die geografische Betrachtungsebene auf der Grundlage politischer Grenzen oder Planungsbezirke. Kreise und Kommunen erhalten somit die Möglichkeit, Modellrechnungen aus dem Online-Atlas unmittelbar zu nutzen und mit eigenen Planungsdaten zu verknüpfen.

Ideen gegen den Ärztemangel

Eine weitere Erkenntnis des Reports: Die räumliche Planung der ambulanten Versorgung folgt keineswegs Automatismen, die sich zwingend aus objektiven Daten und Richtlinien ergeben. Zum einen stößt die Planbarkeit von Versorgung methodisch an Grenzen der Machbarkeit. Es gibt schlicht keine Formel für den „richtigen“ Versorgungsbedarf. Zum anderen ist stets auch der Faktor „Mensch“ zu bedenken: Planungsvorgaben, die auf dem Reißbrett ideal erscheinen, bleiben graue Theorie, wenn die tatsächlichen Patientenströme, aber auch die individuellen Standort-Präferenzen von Ärztinnen und Ärzten davon abweichen. Die Planung der Versorgung von morgen erfordert daher kreative Ansätze und einen Gestaltungswillen aller beteiligten Akteure.

Diesen stellen die Mitglieder der KV Nordrhein mannigfaltig unter Beweis. Fünf von ihnen kommen daher stellvertretend für Viele im Versorgungsreport ausführlich zu Wort. Darüber hinaus benötigen gute Ideen gegen den Ärztemangel die notwendigen gesetzlichen und politischen Handlungsspielräume – und nicht zuletzt die erforderlichen finanziellen Ressourcen. Auch das ist eine Botschaft des Reports.

■ MIGUEL TAMAYO |
SIMONE GRIMMEISEN

Den Versorgungsreport Nordrhein und den Zugang zu Online-Kartendarstellungen und Tabellen finden Sie unter www.versorgungsreport.de | KV | 130924



Kooperation auf dem Land

Im Kreis Viersen werden bald zahlreiche Kinder- und Jugendärzte das Ruhestandsalter erreicht haben. Kooperationsmodelle wie das von Christiane Thiele (42) und Dr. Alexandra Sell (43) könnten Schule machen und vor allem junge Ärztinnen dazu bewegen, eine Praxis zu gründen. Die beiden Kinder- und Jugendärztinnen teilen sich einen Praxissitz.

Sie praktizieren ein Zukunftsmodell: eine Gemeinschaftspraxis auf dem Land. Warum haben Sie sich hierfür entschieden?

Dr. Sell: Ich habe selbst zwei Kinder; mit einem Arztsitz alleine wäre mir die berufliche Belastung mit zwei schulpflichtigen Kindern zu groß gewesen. Daher kam für mich im Grunde nur eine Teilzeitstelle in Frage.



Thiele: Ich habe, bevor ich mich für einen Praxissitz entschied, im SPZ und in der Neugeborenen-Intensivstation einer Klinik gearbeitet und hatte den Wunsch, enger und partnerschaftlich mit den Familien zusammenzuarbeiten. Zudem habe ich nach einer Lösung gesucht, die mit meiner eigenen Familie vereinbar war. Daher wollte ich eine eigene Praxis gründen. Fakt ist: Von einem halben Kassensitz kann man keine Familie ernähren. Da ich jedoch gerne das unternehmerische Risiko teilen wollte und noch eine andere medizinische Tätigkeit ausübe,

erschien mir eine Teilung des Arztsitzes als ideale Lösung. Zumal ich keinen Chef mehr habe; die Therapiefreiheit liegt bei mir – trotzdem habe ich aufgrund unserer Kooperation nicht das Gefühl, alleine zu sein.

Wie funktioniert die Zusammenarbeit?

Thiele: Montags sind wir gemeinsam in der Praxis und können dann alle wichtigen Dinge rund um die Praxis und die Patienten besprechen. Wenn eine von uns einen Rat sucht, weiß die andere oft eine Antwort.

Wie sichern Sie die Qualität Ihrer Versorgung, auch in Zukunft?

Thiele: Wir setzen auf Teamwork, nicht nur in der Praxis, sondern auch in der Zusammenarbeit mit Kliniken, Stillberaterinnen und anderen Spezialisten. Wir beschäftigen beispielsweise eine eigene Stillberaterin, die sich um die jungen Mütter kümmert. Bei Diabetes-Patienten ist es wichtig, schnell Infos aus einer Spezialklinik zu bekommen oder Blutwerte einfach elektronisch dorthin übertragen zu können, damit eine Familie dafür nicht von Viersen nach Düsseldorf reisen muss. Durch dieses Netzwerk können wir unsere kleinen Patienten ganzheitlich betreuen.

Wie könnte man junge Kollegen und Kolleginnen dazu motivieren, eine Praxis zu gründen?

Dr. Sell: Ein Teil der Facharztausbildung sollte in der Praxis stattfinden – dann würden die jungen Ärzte merken, dass diese Arbeit sehr, sehr viel Spaß macht.

Das vollständige Interview finden Sie im Versorgungsreport Nordrhein.

Versorgungsebenen und Arztgruppen

Seit dem 1. Januar 2013 gilt die neue Richtlinie zur Bedarfsplanung. Auf Landesebene war auf dieser Basis ein neuer Bedarfsplan aufzustellen. Das ist in Nordrhein inzwischen geschehen. Demnach gibt es unter anderem 213 neue Sitze für Hausärzte.

Die sogenannte Versorgungsebene stellt in der Bedarfsplanung die geografische Grundlage für die Betrachtung der ambulanten ärztlichen Versorgung dar. Dabei werden die 23 der Bedarfsplanung unterliegenden Arztgruppen entsprechend ihres Spezialisierungsgrades einer der vier Versorgungsebenen zugeordnet, die die Bedarfsplanungs-Richtlinie vorsieht.

In Paragraph 5 legt die Bedarfsplanungs-Richtlinie folgende vier Versorgungsebenen fest:

1. Hausärztliche Versorgung
2. Allgemeine fachärztliche Versorgung
3. Spezialisierte fachärztliche Versorgung
4. Gesonderte fachärztliche Versorgung

Hausarztplanung im Mittelbereich

Für die Ebene der hausärztlichen Versorgung sind die räumlichen Zuschnitte insgesamt kleinräumiger als in der alten Be-

darfsplanungs-Richtlinie. Der Planungsbe-
reich für die Arztgruppe der Hausärzte ist der Mittelbereich, dies kann in der kleinstmöglichen räumlichen Einteilung eine einzige Gemeinde, zum Beispiel Bad Honnef oder in der größtmöglichen Einteilung eine kreisfreie Stadt wie Düsseldorf sein. Die Mittelbereiche werden nicht von der Selbstverwaltung definiert, sondern vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Im Rheinland gibt es 94 Mittelbereiche von denen 58 überversorgt, also für weitere Niederlassungen gesperrt sind und 36 für weitere Niederlassungen offene Planungsgebiete.

Allgemeine fachärztliche Versorgung

Für die Versorgungsebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ist die kreisfreie Stadt bzw. der Landkreis der Planungsbereich. In Nordrhein gibt es demzufolge 27 Bereiche.

Hausärztliche Versorgung

Hausärzte



Allgemeine fachärztliche Versorgung

Augenärzte
Chirurgen
Frauenärzte
Hautärzte
HNO-Ärzte
Kinderärzte
Nervenärzte
Orthopäden
Psychotherapeuten
Urologen



Folgende Arztgruppen sind der Versorgungsebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugeordnet:

1. Augenärzte
2. Chirurgen
3. Frauenärzte
4. Hautärzte
5. HNO-Ärzte
6. Nervenärzte
7. Orthopäden
8. Psychotherapeuten
9. Urologen
10. Kinderärzte

Für Chirurgen, Frauenärzte, Nervenärzte, Orthopäden und Kinderärzte besteht eine nordrheinweite Überversorgung, so dass es derzeit keine weiteren Niederlassungsmöglichkeiten gibt. Augenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Urologen und Psychotherapeuten können sich in einzelnen Planungsbereichen niederlassen.

Spezialisierte fachärztliche Versorgung

Der Planungsbereich für die Arztgruppen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung ist die Raumordnungsregion. Eine Raumordnungsregion in der Zuordnung des BBSR setzt sich aus mehreren Städten bzw. kreisfreien Städten zusammen. In Nordrhein gibt es fünf Raumordnungsregionen. Der Versorgungsebene sind folgende Arztgruppen zugeordnet:

1. Anästhesisten
2. Fachinternisten
3. Radiologen
4. Kinder- und Jugendpsychiater

Für die oben aufgeführten Fachärzte besteht eine nordrheinweite Überversorgung. Demzufolge ist derzeit keine Niederlassungsmöglichkeit für diese Arztgruppen vorhanden.

Gesonderte fachärztliche Versorgung

Der Planungsbereich für die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung ist der gesamte Bereich der KV Nordrhein. Folgende Arztgruppen sind der Versorgungsebene der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordnet:

1. Humangenetiker
2. Laborärzte
3. Neurochirurgen
4. Nuklearmediziner
5. Pathologen
6. Physikalische und Rehabilitationsmediziner
7. Strahlentherapeuten
8. Transfusionsmediziner

Niederlassungsmöglichkeiten bestehen hier ausschließlich für Physikalische- und Rehabilitationsmediziner, für die restlichen Arztgruppen liegt eine Überversorgung vor.

■ SENAIT ESTIFANOS

Den aktuellen Bedarfsplan und die jüngsten Beschlüsse des Landesausschusses zur Bedarfsplanung finden Sie im Internet unter www.kvno.de
KV | 130927

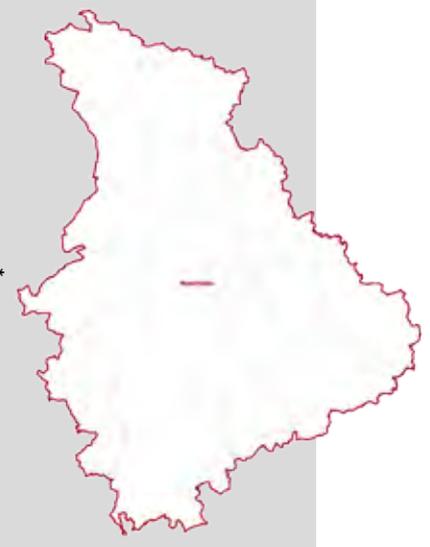
Spezialisierte fachärztliche Versorgung

- Anästhesisten
- Radiologen
- Fachinternisten
- Kinder- und Jugendpsychiater*



Gesonderte fachärztliche Versorgung

- Humangenetiker*
- Labormediziner*
- Neurochirurgen*
- Nuklearmediziner*
- Pathologen*
- Physikalische und Rehabilitationsmediziner*
- Strahlentherapeuten*
- Transfusionsmediziner*



* Diese Arztgruppen sind bisher nicht in der Bedarfsplanung berücksichtigt worden

Mehr Zeit für Patienten

Die Verwaltungsarbeit verringern – ein Wunsch in vielen Praxen. Doch der Alltag sieht oft ganz anders aus: Während die Patienten auf ihren Termin warten, türmen sich auf dem Schreibtisch Kuranträge, DMP-Dokumentationsbögen und Anfragen der Krankenkassen.



Die Behandlung von Patienten soll klar im Zentrum der ärztlichen Arbeit stehen, der bürokratische Aufwand sinken.

Die Flut an bürokratischem Aufwand in den Praxen nimmt zu und sie kostet Zeit. Wertvolle Zeit, die dann für die Behandlung von Patienten fehlt. Manches ließe sich zumindest reduzieren. Doch mit immer komplexeren Versorgungsstrukturen steigen auch die Anforderungen an die Strukturqualität – was wiederum Dokumentationspflichten auslösen kann.

Die bürokratische Belastung der Praxen ist nun in den Fokus des Gesetzgebers und der Selbstverwaltung gerückt. So ist der Gemeinsame Bundesausschuss seit Anfang 2012 ge-

setzlich verpflichtet, alle neuen Richtlinien vor Inkrafttreten auf ihre auslösenden Bürokratiekosten hin zu messen. Und wenn nötig anzupassen. Erstmals soll nun ein neutraler Dritter den bürokratischen Bestand über alle Regulierungsbereiche hinweg feststellen. Der offizielle Startschuss für die Mes-

sung von Bürokratiekosten in den Arztpraxen fiel im März 2013.

Auf Bundesebene sind die Träger der Selbstverwaltung, das Bundesgesundheitsministerium der Normenkontrollrat und das Statistische Bundesamt beteiligt. Auf Landesebene unterstützen die Initiative die Kassenärztlichen Vereinigungen in Bayern, Westfalen-Lippe und Nordrhein involviert sowie einige Kassenzahnärztliche Vereinigungen. „Es ist allerhöchste Zeit, mit konkreten Maßnahmen den Bürokratieaufwand zurückzuschrauben, wo immer dies möglich ist“, erklärt Bernhard Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein.

430 Informationspflichten

Das Projekt ist in verschiedene Phasen aufgeteilt. In der ersten Phase wurden sämtliche geltenden Informationspflichten zusammengetragen, die für Vertragsärzte und -psychotherapeuten aus Regelungen auf der Selbstverwaltungsebene folgen: insgesamt 430!

In der nächsten Phase befragt das Statistische Bundesamt Praxen telefonisch oder vor Ort gezielt nach bürokratischen Belastungen; aus Nordrhein sollten 140 mitmachen. Nach Abschluss der Befragungen erarbeiten die Projektpartner Empfehlungen zur Reduzierung von Belastungen der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte. ■ DONK

Wenn Sie nicht zu den Befragten gehören, aber Verbesserungsvorschläge einbringen wollen, können Sie diese gerne über das KV-Safenet unter der folgenden Adresse machen: buerokratieabbau.kv-safenet.de | [KV | 130928](http://kv130928)

Das ist der Normenkontrollrat

Der Normenkontrollrat existiert seit 2006 als unabhängiges Gremium. Seine Aufgabe ist es, die „Bundesregierung bei der Umsetzung ihrer Maßnahmen auf den Gebieten des Bürokratieabbaus und der besseren Rechtsetzung zu unterstützen“. Wird beispielsweise ein neuer Gesetzentwurf in den Bundestag eingebracht, so muss dieser zunächst dem Normenkontrollrat vorgelegt werden. Dieser prüft den Erfüllungsaufwand einschließlich der anfallenden Bürokratiekosten.

Machen Sie sich fit für SEPA

Anfang Februar kommenden Jahres ist es soweit: Der bargeldlose Zahlungsverkehr wird im Euro-Raum auf die Regeln der Single European Payments Area (SEPA) umgestellt. Was bedeutet dies für die Praxen?

Ab dem 1. Februar 2014 dürfen Banken nur noch Überweisungen und Lastschriften ausführen, die den neuen SEPA-Formaten und -Anforderungen entsprechen. Das gilt zum Beispiel bei Gehaltszahlungen, Privatrechnungen, Abschlagszahlungen und im Lastschriftverfahren. Die internationale Kundenkennung IBAN und BIC lösen Kontonummer und Bankleitzahl ab. Um für diesen Wechsel gerüstet zu sein, sollten Praxen jetzt die nötigen Schritte einleiten.

Neues Lastschriftverfahren

Um am SEPA-Lastschriftverfahren teilnehmen zu können, muss der Zahlungsempfänger von seinem Zahlungsdienstleister zum Lastschriftverfahren zugelassen werden. Dies geschieht durch Abschluss einer entsprechenden Vereinbarung mit der zuständigen Hausbank.

Das SEPA-Basislastschriftverfahren enthält bekannte Elemente aus dem Einzugsermächtigungsverfahren. Es gibt aber auch Neuerungen:

- Gläubiger-Identifikationsnummer (Identifikationsmerkmal des Lastschrifteinreichers)
- SEPA-Lastschriftmandat (Vereinbarung zwischen Lastschrifteinreicher und Zahlungs-

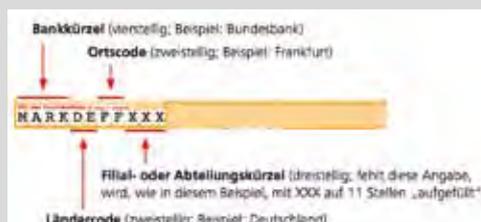
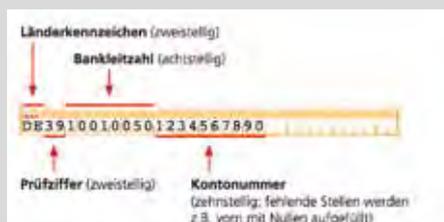
pflichtigen, die sich an einigen Stellen von der Einzugsermächtigung unterscheidet)

- Mandatsreferenznummer
- Vorabinformation
- Fälligkeitsdatum
- Mindesteinreichungsfristen vor dem Fälligkeitsdatum und Rückgabefristen.

Um als Zahlungsempfänger Lastschriften auf Basis der SEPA-Lastschriftverfahren nutzen zu können, benötigt der Zahlungsempfänger eine Gläubiger-Identifikationsnummer. Hierbei handelt es sich um eine kontounabhängige und eindeutige Kennung, die den Zahlungsempfänger als Lastschrift-Einreicher zusätzlich identifiziert. In Deutschland ist die Gläubiger-Identifikationsnummer bei der Deutschen Bundesbank über das Internet zu beantragen.

Um den individuellen Praxisbetrieb auf SEPA-Tauglichkeit zu testen, ist es sinnvoll, mit der Hausbank und dem Steuerberater Kontakt aufzunehmen. Die KV Nordrhein ist vorbereitet und hat bereits begonnen, den internen und externen Zahlungsverkehr umzustellen. Für die Praxen ist damit keinerlei Aufwand verbunden. ■ SIG

IBAN und BIC



Mehr Informationen und Formulare finden Sie unter www.bundesbank.de
KV | 130929



Dr. Peter Potthoff (li.) mit Daniel Bahr, Dr. Andreas Gassen und Dr. Frank Bergmann. Die Landesgesundheitsministerin Barbare Steffens sprach über die Fortführung der Konvergenz. Diskussionsstoff genug gab es beim Sommerempfang von Ärztekammer und KV Nordrhein – und musikalische Untermalung (s. u.).

Bahr und Steffens: Zwei Gesundheitsminister in sieben Tagen

Zwei Gesundheitsminister innerhalb von sieben Tagen konnte die KV Nordrhein im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf begrüßen: Auf Einladung des Spitzenverbands der Fachärzte Deutschlands kam am 4. September Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr zu Besuch. Eine Woche später begrüßten die rheinischen Ärzte und Psychotherapeuten Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens beim Sommerempfang von Ärztekammer und KV Nordrhein.

Steffens betonte, sich weiter gegen die Benachteiligung der Praxen in NRW einzusetzen. Denn diese erhalten im Schnitt weniger Mittel als ihre Kollegen in anderen Ländern. „Wir müssen gemeinsam mit dem ganzen Gewicht Nordrhein-Westfalens daran arbeiten, eine gerechtere Verteilung der Mittel auf Bundesebene hinzubekommen“, erklärte Steffens. Die Landesgesundheitsministerin kündigte an, sich für bessere finanzielle Rahmenbedingungen in der ärztlichen Versorgung NRW einzusetzen – unabhängig von der Frage, wer künftig auf Bundesebene das Gesundheitsministerium leite. „Die Honorare der Ärzte sind ein Standortfaktor. Und auch die Patienten haben ein Recht darauf, dass ihre Ärzte angemessen honoriert werden.“ Dafür bekam sie von den rund 500 Gästen im Haus der Ärzteschaft viel Applaus.

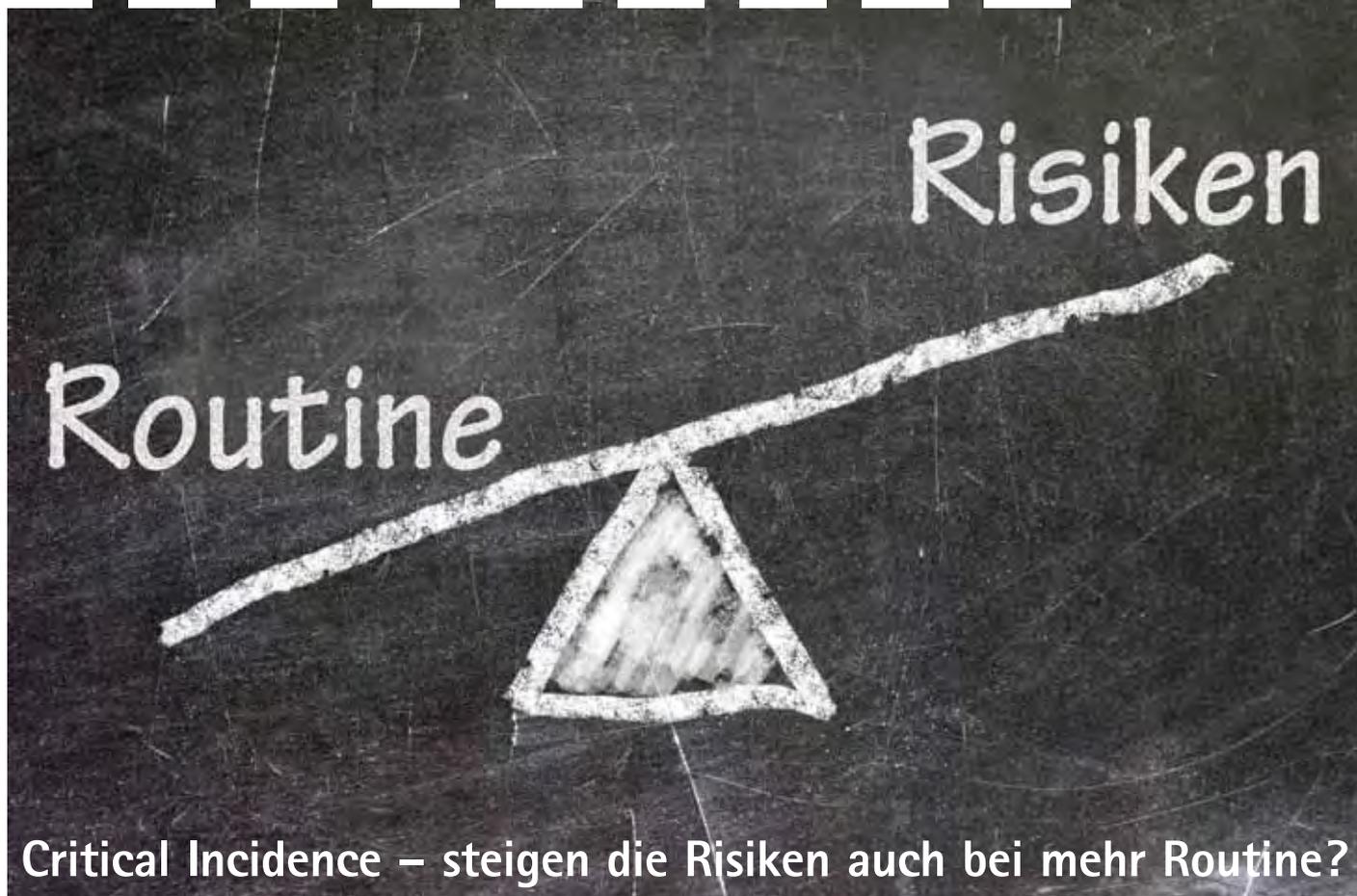
Nicht zuletzt mit Blick auf die demografische Entwicklung merkte Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, an: „Wir werden noch mehr zu tun bekommen, aber weniger Arztstunden haben. Das bedeutet, dass wir über die Sektorengrenzen hinweg besser kooperieren werden müssen.“

Bundesgesundheitsminister Bahr hatte eine Woche zuvor die Stärken des deutschen Gesundheitswesens betont, zu dem die beiden Säulen einer privaten und gesetzlichen Krankenversicherung ebenso gehörten wie die Eigenverantwortung der Patienten und die Freiberuflichkeit der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. „Ärzte sind nicht dem Wohl der Krankenkassen verpflichtet“, sagte Bahr.

Die Regionalisierung der Honorarverhandlungen habe nicht das gewünschte Ergebnis gebracht – trotz der in diesem Jahr erreichten Steigerung, kritisierte Potthoff. Nach wie vor aber behielten die Praxen in NRW die Rote Laterne, da fast alle KVen in diesem Jahr entsprechende Honorarzuwächse verzeichnen konnten. „Eine gesetzliche Norm zum Abbau der willkürlichen Streuung der Honorare muss daher auf der politischen Agenda bleiben“, sagte Potthoff. Dies sagte Bahr ausdrücklich zu.



E I N L A D U N G



CIRSNRW

18. November 2013 Gipfel
Haus der Ärzteschaft

Hochrangige Vertreter des G-BA, der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, der KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe, der KGNW und der Patientenvertreter der Landesregierung NRW werden die Initiative der ärztlichen Selbstverwaltung erläutern, über die erreichten Ergebnisse berichten und die nächsten Schritte zum Erreichen einer Sicherheitskultur in der Medizin darstellen und diskutieren. In vier Workshops werden besonders fehlergeneigte Bereiche näher beleuchtet.

Workshop-Themen:

- Arzt & Patient: verstehen wir uns richtig?
- Medizin-Technik-Patient: eine riskante Verbindung?
- Kommunikation zwischen Praxis und Krankenhaus: eine Verbindung mit Potential!
- Pille verwechselt, Packung verwechselt, Patient verwechselt: vermeidbare Risiken?

Wo: Haus der Ärzteschaft,
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
(barrierefrei erreichbar)

Wann: 18. November, 10.00 bis ca. 15.30 Uhr,
Registrierung ab 9.00 Uhr

Kosten: keine

Anmeldung: erbeten bis 15. November
unter www.cirsgipfel.org/anmeldung

Fortbildungszertifizierung beantragt
Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne unter
+49 (0) 211 4302-2700 zur Verfügung.

Qualitätssicherung leichter gemacht

Akupunktur, Ultraschall, Zytologie – viele Leistungen können Praxen nur dann anbieten, wenn sie eine Genehmigung von der Kassenärztlichen Vereinigung erhalten haben. In der Bezirksstelle Köln hilft Evelyn Siegert nun beim Ausfüllen der Anträge und informiert über Voraussetzungen und die Vergütung.

Die Qualitätssicherungs-Expertin leistet aber weit mehr, zum Beispiel berät Sie die Praxen, ob sich etwa der Erwerb eines Ultraschall-Gerätes lohnt oder eine Apparategemeinschaft wirtschaftlicher ist. Bei aufwändigeren Analysen arbeitet sie mit den Abrechnungs- und Niederlassungsberatern zusammen – Service aus einer Hand.

Rund 11.000 Genehmigungen hat die KV Nordrhein im Jahr 2012 erteilt – im laufenden Jahr dürfte die Zahl ähnlich hoch sein. Am Anfang steht ein Antrag. Und der ist nicht immer ganz leicht auszufüllen: Wer beispielsweise unterzeichnet in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einem Medizinischen Versorgungszentrum? Soll auf einem gerätebezogenen Antrag angekreuzt werden, was das Gerät leisten kann oder was der Ge-

nehmigung entspricht? Damit die Praxen es leichter haben, hilft ihnen nun Evelyn Siegert.

Außerdem im Beratungs-Angebot:

- Klären der fachlichen, räumlichen, apparativen oder personellen Voraussetzungen für eine Genehmigung.
- Infos über Folgeverpflichtungen, beispielsweise Dokumentationspflichten, Teilnahme an Fortbildungen oder Qualitätszirkeln.
- Aufzeigen von weiteren Genehmigungen, die für die Praxis interessant sein könnten.

In Zusammenarbeit mit den Abrechnungs- und Niederlassungsberatern können auch betriebswirtschaftliche Fragen geklärt werden. Dazu gehören vor allem:

- Beratung über die Auswirkungen eines Fachgruppenwechsels. Wenn beispielsweise ein Arzt in die Fachgruppe „Physikalische und rehabilitative Medizin“ wechselt, darf er keine bildgebenden Verfahren wie Röntgen oder Ultraschall mehr abrechnen – mit entsprechenden finanziellen Verlusten.
- Infos zur Vergütung einzelner Leistungen.
- Wirtschaftliche Betrachtung der Erst- bzw. Neuanschaffung von Geräten.

„Ich freue mich, die Fragen im persönlichen Gespräch zu klären“, sagt Siegert. Die Qualitätssicherungs-Beratung gibt es als Pilotprojekt zunächst nur in der Bezirksstelle Köln. Wenn sich das Angebot bewährt, will die KV Nordrhein es auch den Praxen im Regierungsbezirk Düsseldorf anbieten. ■ NAU

Kontakt

Qualitätssicherungs-Beratung

Bezirksstelle Köln

Telefon 0221 7763 6505

Telefax 0221 7763 6540

E-Mail evelyn.siegert@kvno.de

Zur Person

Evelyn Siegert hat den Bachelor of Science im Fach Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln erworben. Das Thema ihrer Abschlussarbeit passt zu ihrer neuen Tätigkeit: Konzept zur Effizienzverbesserung und vermehrter Serviceorientierung im Bereich Qualitätssicherung der KV Nordrhein. Schon während ihres Studiums hat sie als Aushilfskraft bei der KV Nordrhein gearbeitet. Siegert ist zudem diplomierte Sportwissenschaftlerin im Bereich Rehabilitation und Prävention.



MFA-Fortbildungsreihe gut angenommen

Die Fortbildung für Medizinische Fachangestellte der KV Nordrhein „Selbsthilfe – Unterstützung für Patienten und Praxis“ stieß auf so gute Resonanz, dass die KV ein weiteres Angebot mit dem Schwerpunktthema „Psychische Störungen“ konzipierte. In der bewährten Kooperation mit regionalen Selbsthilfe-Kontaktstellen und unterstützt von der Nordrheinischen Akademie wurden nordrheinweit 13 Seminare an zehn Orten mit 315 Teilnehmerinnen organisiert. Neu war die Zusammenarbeit mit dem Bundesverband der Nervenärzte, initiiert durch den Vorsitzenden Dr. Frank Bergmann.

Die ärztlichen Referentinnen und Referenten informierten die Medizinischen Fachangestellten über Funktionsstörungen und Auswirkungen von psychischen Erkrankungen. Gemeinsam diskutierten sie, welche Hilfen man anbieten kann. Konkret empfahlen sie für den Umgang mit betroffenen Patienten zum Beispiel:

- Ansprechen, wenn etwas auffällt, und es der Chefin/dem Chef mitteilen,
- Mitgefühl zeigen, ohne zu bagatellisieren, also kein „es wird schon wieder“,
- respektierendes Zuhören,
- zu weiteren Schritten motivieren.

Eine Möglichkeit der psychosozialen Unterstützung ist die Empfehlung von Selbsthilfegruppen. Die eingeladenen Gäste aus der Selbsthilfe berichteten anschaulich, was es für sie bedeutet, psychisch krank zu sein, und was sie im Einzelnen als hilfreich erleben. Marina, die sich in einer Depressionsgruppe engagiert, bestätigt die Empfehlungen der Mediziner: „Es ist schon vorgekommen, dass ich bei einer Panikattacke Todesangst hatte und zum Hausarzt gerast bin. Das war kein Theater, um schneller dran zu kommen. Wenn mir dann eine liebe Arzthelferin ein Glas Wasser anbietet, ist das eine große Hilfe und nimmt meiner Panik sofort die Spitze.“

Im letzten Teil des Seminars informierten sich die Medizinischen Fachangestellten über die wichtigsten psychosozialen Beratungsangebo-



te und Ansprechpartner vor Ort. Vorgestellt wurden natürlich auch die Service-Angebote der KV Nordrhein zur Unterstützung der Patientenbetreuung, vor allem der Patienten-Newsletter, KOSA aktuell und der Patienten-Informationssdienst.

Neue Fortbildung erhält gute Noten

Auch diese Fortbildungsreihe ist gut angekommen: Die 315 Teilnehmerinnen bewerteten ihren persönlichen Lerngewinn im Durchschnitt mit der Note 1,9. Dass die Seminarteilnehmerinnen nicht nur etwas für ihren Berufsalltag, sondern auch für den privaten Bereich mitnahmen, zeigt ein schriftlicher Kommentar auf einem der Rückmeldungsbögen: „Eine sehr interessante Veranstaltung mit einem hohen Gewinn für die Praxis und für mich persönlich.“ ■ MEYE

Psychiaterin Claudia Pelka bei der Fortbildung am 10. April 2013 in der Selbsthilfe-Kontaktstelle in Troisdorf.

Bis zu 30 Jahre archivieren

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im Sommer häuften sich die Fragen nach verschiedenen Aufbewahrungsfristen.

Wann können wir die Durchschriften der AU-Bescheinigungen vernichten?

Nach dem Bundesmantelvertrag sind die Durchschriften der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen ein Jahr aufzubewahren. Danach können sie datensicher vernichtet werden, zum Beispiel mit einem Aktenvernichter/Reißwolf.

Wie lange müssen wir die Doku der Vorsorgeuntersuchungen aufbewahren?

Die Dokumentation der Gesundheits- und Krebsvorsorgeuntersuchungen sind fünf Jahre in der Praxis aufzubewahren. Möglich ist das inhaltsgleich auch in elektronischer Form in der Praxis-IT. Die Zytologiebefunde allerdings sind im Rahmen der Frauenvorsorge zehn Jahre zu archivieren.

Wie lange müssen wir Behandlungsausweise in der Praxis aufbewahren?

Alle Behandlungsausweise, die Sie nicht mit der Abrechnung bei der KV Nordrhein einreichen, bewahren Sie bitte vier Quartale in Ihrer Praxis auf. Dazu gehören die Originale der Notfall-/Vertreterscheine Muster 19, die erhaltenen Überweisungsscheine und die Krankenscheine der folgenden Sonstigen und

Besonderen Kostenträgern: KOV/BVG/BEG, Auslandsabkommen, Grenzgänger, Wohnausländer, ZOM/IZOM, GCI, Rheinschiffer, Kostenträger der Polizei, Sozialhilfeträger, Asylbewerber, Entschädigungsamt Berlin.

Wie lange müssen wir Unterlagen zur Strahlenbehandlung aufheben?

Aufzeichnungen, Berechnungen und weitere Unterlagen zur Strahlenbehandlung müssen Sie 30 Jahre aufbewahren. Das bestimmt die Röntgenverordnung in Paragraph 28.

Welche Aufbewahrungsfrist gilt für die Kopie der Gesamtaufstellung?

Die Gesamtaufstellung ist Teil der Abrechnungsdaten, welche als Sicherungskopie 16 Quartale aufzubewahren sind.

Wie lange müssen Karteikarten in der Praxis aufbewahrt werden?

Karteikarten und alle sonstigen ärztlichen Aufzeichnungen, die Befunde des Patienten enthalten, sind in der Regel zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Das gilt zum Beispiel für die Durchschläge des Notfall-/Vertreterscheines (Muster 19). Diese in der Berufsordnung vorgesehene Aufbewahrungspflicht für ärztliche Aufzeichnungen von zehn Jahren ist eine Mindestaufbewahrungspflicht. Im Einzelfall empfiehlt die Ärztekammer Nordrhein den Ärzten, die Unterlagen in strittigen Fällen, etwa bei Geburtschäden, sogar bis zu 30 Jahre aufzubewahren.

Mehr Infos dazu finden Sie im Internet unter www.aekno.de KV | 130934

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

Nordrheinischer Praxisbörsentag

Informationen rund um Praxisabgabe und Nachfolge

Samstag, 9. November 2013

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



informieren

Kurzvorträge für Abgeber und Nachfolger, zum Beispiel

- Perspektiven der Niederlassung
- Ablauf der Praxisabgabe
- Praxiswertermittlung
- Strategien für Praxisabgeber
- Der Landarzt: ein Erfahrungsbericht
- Vorausschauende Finanzplanung im Vorfeld der Praxisabgabe
- Betriebswirtschaftliche und steuerliche Grundlagen für die Arztpraxis

kontaktieren

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

Ein Anzeigenmuster finden Sie im Internet www.kvno.de unter dem Termin Praxisbörsentag, dass Sie direkt ausgefüllt an uns mailen können. Das Dokument steht auch im Faxabruf 0211 5970 7503 zur Verfügung. Gerne können Sie auch Ihre ausgefüllte Anzeige faxen an 0221 7763 5914 oder zum Praxisbörsentag mitbringen.

beraten

Niederlassung, Rechtsfragen, Kooperationen – Experten der KV Nordrhein beraten Sie individuell.



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

www.kvno.de



Patientenrechtegesetz – Regelung der Beweislast

Das 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. In diesem letzten Teil steht die Beweislast im Mittelpunkt.

Die Beweislastregelungen, die bislang in der Rechtsprechung galten, werden durch die gesetzliche Regelung (§ 630h BGB) zusammengestellt und verallgemeinert. Grundsätzlich gilt immer noch: Der Patient muss den Abschluss des Behandlungsvertrages, eine fehlerhafte Behandlung durch den Arzt, die Pflichtwidrigkeit und den daraus entstandenen Schaden beweisen. In bestimmten Fällen kommt es aber zur sogenannten Beweislastumkehr bzw. zu einer gesetzlichen Vermutung.

Das „voll beherrschbare Risiko“

Einen Behandlungsfehler und eine Pflichtverletzung nimmt die Justiz an, wenn sich ein Behandlungsrisiko verwirklicht, das für Sie als Arzt voll beherrschbar war. Beispiel: Die Fehlfunktion eines medizinisch-technischen Gerätes, die zu einer Verletzung des Körpers oder der Gesundheit des Patienten führt. Sie sind für den sicheren Einsatz der Gerätetechnik verantwortlich; es fällt in Ihren Verantwortungsbereich, die erforderlichen technischen Voraussetzungen für einen sicheren, gefahrlosen und sachgemäßen Einsatz der medizinischen Geräte zu sorgen. Kommt es zu einem Schaden (Verletzung des Patienten oder gar Tod), dann müssen Sie beweisen, dass die Fehlfunktion nicht den Schaden verursacht hat. Ein weiteres Beispiel des voll beherrschbaren Risikos ist die Beachtung von Hygienestandards. Mängel im Bereich der Hygiene fallen ausschließlich in den Organisations- und Gefahrenbereich der Praxis.

Auf der anderen Seite ist nicht mehr von einem voll beherrschbaren Risiko auszugehen, wenn zugleich Risiken auf der Seite des Patienten vorliegen, so dass der Arzt nicht mehr die volle Beherrschbarkeit hat. In diesem Fall tritt die Beweislastumkehr nicht ein.

Beweislast bei Aufklärungsfehlern

Ihnen obliegt die Beweislast für die erfolgte Aufklärung und für die Einholung der wirksamen Einwilligung. Es ist daher wichtig, dass die Unterlagen zur Aufklärung und zur Einwilligung in die Patientenakte Eingang gefunden haben. Der Patient kann sich nicht darauf berufen, dass die Aufklärung nur teilweise erfolgt ist. Wenn der Patient zwar über ein Risiko nicht aufgeklärt wurde, sich jedoch ein anderes Risiko, über das die Aufklärung erfolgte und ordnungsgemäß dokumentiert wurde, verwirklicht hat, gilt die Aufklärung als ordnungsgemäß erfolgt. Der Patient hat der Maßnahme in Kenntnis des Risikos zugestimmt.

Es besteht auch die Möglichkeit, dass bei nicht ordnungsgemäßer Aufklärung der Arzt den Beweis führt, dass sich der Patient auch bei einer ordnungsgemäßen Aufklärung für den Eingriff entschieden und die Einwilligung erteilt hätte. Gelingt dem Arzt dieser Beweis, entfällt eine Schadensersatzpflicht. Dieser Beweis ist jedoch schwierig zu führen, da im Gegenzug der Patient darlegen kann, dass er sich nach einer ordnungsgemäßen Aufklärung

Beweislastumkehr (Kausalität)

In der Regel müssen der Patient oder seine Angehörigen beweisen, dass ein ärztlicher Fehler die Ursache für den gesundheitlichen Schaden war. Die Umkehr der Beweislast hat zur Folge, dass es nun anders herum ist: Arzt oder Klinik müssen dann beweisen, dass der Fehler eben nicht ursächlich für den Schaden war – was erheblich schwerer ist.

in einem ernsthaften Entscheidungskonflikt befunden hätte.

Mängel in der Dokumentation

Verstoßen Sie gegen die Dokumentationspflichten, führt dies zur Vermutung, dass die dokumentationspflichtige Maßnahme unterblieben ist. In diesem Fall bleibt nur noch die Möglichkeit, den Gegenbeweis anzutreten, das heißt zu beweisen, dass die Maßnahme trotz unterbliebener Dokumentation erfolgt ist.

„Anfängerfehler“

Ein Verstoß gegen den geschuldeten Facharztstandard stellt es dar, wenn der Behandelnde für die von ihm durchgeführte Maßnahme nicht geeignet oder befähigt war. Das liegt nach dem Patientenrechtegesetz vor, wenn der Arzt oder Psychotherapeut nicht über die notwendige fachliche Qualifikation verfügt. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn sich der Arzt noch in der medizinischen Ausbildung befindet oder ihm als Berufsanfänger die notwendigen praktischen Erfahrungen fehlen.

Eine fehlende Eignung kann auch angenommen werden, wenn eine körperliche oder geistige Überforderung vorliegt. Liegt eine mangelnde Eignung oder Befähigung vor, muss der Behandelnde beweisen, dass der eingetretene Schaden nicht seine Ursache in der fehlenden Qualifikation oder Erfahrung hat.

Grobe Behandlungsfehler

Gelingt es dem Patienten, dem Arzt einen groben Behandlungsfehler nachzuweisen, wird vermutet, dass dieser Fehler für den Schadenseintritt ursächlich war, sofern dieser generell geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen. Einen Behandlungsfehler sehen Juristen als grob an, wenn ein medizinisches Fehlverhalten aus objektiver Sicht bei Einlegung des für den Behandelnden geltenden Ausbildungs- und Wissensmaßstabes

als nicht mehr verständlich erscheint. Dies ist der Fall, wenn der Fehler gegen gesicherte medizinische Erkenntnisse und Erfahrungen verstößt und dem Arzt nicht unterlaufen darf. Ein grober Behandlungsfehler ist zum Beispiel das Verwechseln von Medikamenten.

Der Verstoß gegen Befunderhebungs- und Befundsicherungspflichten kann ebenfalls zur Beweislastumkehr führen. Dies ist der Fall, wenn sich im Falle der Erhebung des Befundes ein dringender Anlass zu weiteren Maßnahmen ergeben hätte.

Der Arzt kann sich dadurch entlasten, dass er beweist, dass der grobe Behandlungsfehler nicht geeignet war, einen Gesundheitsschaden der eingetretenen Art herbeizuführen. Oder er legt dar, dass der Zusammenhang zwischen Fehler und eingetretenen Schaden aufgrund der besonderen Umstände des Einzelfalls äußerst unwahrscheinlich gewesen ist.

Pflicht zur Haftpflicht

Die Bundesärztleordnung und die Berufsordnung schreiben eine ausreichende Versicherung gegen die sich aus seiner Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren vor. Wenn diese fehlt, kann die Bezirksregierung das Ruhen der Approbation anordnen.

■ IRINA NEULEBEN

Infos im Netz

Infos zum Patientenrechtegesetz bietet die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Internet unter www.kbv.de | [KV | 130937](#)

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 | 130937](#)



Die RLV-Fallzahl der fachungleichen BAG

Die RLV-Fallzahl ist eine der wichtigsten Einflussgrößen für das ärztliche Honorar. Wie sie für die Ärzte in einer fachungleichen Berufsausübungsgemeinschaft ermittelt wird, schreibt der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) vor. Im Folgenden zeigen wir Ihnen anhand von einfachen Beispielen, wie die Berechnung funktioniert.

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 fachungleichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ermittelt.

Zur Berechnung ist es notwendig, die Fallzahlen bezogen auf die in der Praxis vertretenen Fachgruppen zu verteilen. Dazu wurde bislang der prozentuale Fallzahlanteil der einzelnen Fachgruppe an der Gesamtsumme aller Arztfallzahlen der BAG ermittelt. Inzwischen ermittelt die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein den prozentualen Anteil an den abgerechneten Grundpauschalen. Der so berechnete Prozentanteil wird anschließend auf die Behandlungsfallzahl umgelegt.

Bei der Fallzahlverteilung sind auch die Niederlassungszeiträume zu beachten. In den ersten drei Jahren der Niederlassung sind die aktuellen Fallzahlen maßgebend, im vierten Jahr die beste Fallzahl aus den ersten drei Jahren und ab dem fünften Jahr die Vorjahresquartalsfallzahl. Die Anteile an den aktuellen, bzw. Vorjahresquartalsfallzahlen wird nach den folgenden Berechnungen ermittelt.

Beispiel 1

Fachgruppen	Ärzte pro Fachgruppe	Arztfälle pro Fachgruppe	Arztfälle pro Fachgruppe in Prozent	Behandlungsfälle pro Fachgruppe	Behandlungsfälle pro Arzt
FG 1	1	2500	62,5	1875	1875
FG 2	1	1500	37,5	1125	1125
Gesamtsummen		4000	100	3000	3000

Für die Ärzte im vierten Jahr der Niederlassung gilt wie gesagt der höchste rechnerische Anteil der ersten drei Jahre. Somit erhalten sie vier Quartale lang die gleiche Fallzahl.

Gleicher Niederlassungszeitraum

In Beispiel 1 berechnen wir die RLV-Fallzahl einer Praxis mit zwei Ärzten aus zwei unterschiedlichen Fachrichtungen, einer Behandlungsfallzahl von 3.000 und einer Arztfallzahl von 4.000. Beide Ärzte sind gleich lange niedergelassen. Wenn eine Fachgruppe durch mehrere Ärzte vertreten ist, wird die ermittelte Behandlungsfallzahl pro Fachgruppe nach Sitzumfang auf die einzelnen Ärzte verteilt.

Im Beispiel 2 gehen wir davon aus, dass bei gleichen Fallzahlen die Fachgruppe 2 durch zwei Ärzte repräsentiert ist. Jeder Arzt hat einen vollen Sitz, auch hier gehen wir von einem identischen Niederlassungszeitraum aus.

Beispiel 2

Fachgruppen	Ärzte pro Fachgruppe	Arztfälle pro Fachgruppe	Arztfälle pro Fachgruppe in Prozent	Behandlungsfälle pro Fachgruppe	Behandlungsfälle pro Arzt
FG 1	1	2500	62,5	1875	1875
FG 2	2	1500	37,5	1125	562,5 (x 2)
Gesamtsummen		4000	100	3000	3000

Unterschiedliche Niederlassungszeiträume

Schwieriger wird die Verteilung, wenn neben länger Niedergelassenen auch Ärzte innerhalb der ersten drei Niederlassungsjahre in der Praxis tätig sind. Hierbei gilt, dass die RLV-Fallzahl der Praxis die aktuelle Fallzahl dann nicht überschreiten darf, wenn die Fallzahl der länger als drei Jahre niedergelassenen Ärzte niedriger ist als die aktuelle Fallzahl.

Im Beispiel 3 gehen wir davon aus, dass bei gleichen Vorjahresquartalsfallzahlen

und gleichen Sitzumfängen, die Fachgruppe 2 durch drei Ärzte repräsentiert wird, von denen einer kürzer als drei Jahre niedergelassen ist. Durch die Teilnahme des einen Arztes, der kürzer als drei Jahre niedergelassen ist, wird ein Teil der RLV-Fälle anhand der aktuellen Fallzahl ermittelt, die im Beispiel 4000 beträgt.

Die Berechnung erfolgt in vier Schritten:

Schritt 1: Ermittlung der RLV-Fälle der Ärzte, die länger als vier Jahre niedergelassen sind. Hierzu wird wie in Beispiel 2 die Vorjahresquartalsfallzahl unter Berücksichtigung

Beispiel 3.2

Fachgruppen	Ärzte pro Fachgruppe	Arztfälle pro Fachgruppe	Arztfälle pro Fachgruppe in Prozent	Behandlungsfälle pro Fachgruppe	Behandlungsfälle pro Arzt
FG 1	1	3000	56,6	2264	2264
FG 2	3	2300	43,4	1736	578,6 (x 3)
Gesamtsummen		5300	100	4000	4000

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

des Fachgruppenanteils vergeben. Für Ärzte, die im vierten Jahr ihrer Niederlassung sind, gilt die höchste Fallzahl aus den ersten drei Jahren der Tätigkeit.

Schritt 2: Ermittlung der Fallzahlobergrenze für den Arzt, der kürzer als drei Jahre niedergelassen ist. Hierzu werden

Beispiel 3.1

Fachgruppen	Ärzte pro Fachgruppe	Arztfälle pro Fachgruppe	Arztfälle pro Fachgruppe in Prozent	Behandlungsfälle pro Fachgruppe	Behandlungsfälle pro Arzt
FG 1	1	2500	62,5	1875	1875
FG 2	2	1500	37,5	1125	562,5 (x 2)
Gesamtsummen		4000	100	3000	3000

die gleichen Rechenschritte wie in Beispiel 2 auf die aktuelle Fallzahl (hier: 4000) angewendet. Der maximale Anteil des Arztes der kürzer als drei Jahre niedergelassen ist, beträgt demnach 578,6 Fälle.

Schritt 3: Ermittlung der Restfallzahl der aktuellen Fallzahl nach Abzug der Fälle für die länger als drei Jahre niedergelassenen Ärzte: $4000 - 1875 - 1125 = 1000$

Schritt 4: Im letzten Schritt findet ein Abgleich zwischen der in Schritt 2 und 3 ermittelten Werte statt:

$1000 > 578,6$: Fallzahl = 578,6. Dies ist die RLV-Fallzahl des in den ersten drei Niederlassungsjahren befindlichen Arztes.

■ JASMIN KRAHE |
 MICHAEL SYBERTZ

Abrechnungsberatung

Dokumentieren – Was sollen wir aufarbeiten?

Die Umfrage finden Sie unter www.kvno.de
KV | 130841

Ihre Meinung ist uns wichtig. Daher möchten wir in einer Online-Umfrage von Ihnen wissen, welche Facetten des Themas „Doku-

mentation“ für Sie bzw. Ihre Praxis von Bedeutung sind. Ihre fünf Top-Themen greifen wir in KVNO aktuell auf.

Impf-Seminar: Anmeldung gestartet

Anmeldung und Info

Nordrheinische Akademie

Andrea Ebels

Telefon 0211 4302 2801

E-Mail andrea.ebels@akno.de

Anmeldung qualitaetszirkel@kvno.de

Die Nordrheinische Akademie bietet in Kooperation mit dem Forum Impfen aus München einen Impfkurs an. Durch die Teilnahme erlangen Sie die Berechtigung zur Abrech-

nung von Impfleistungen. Der Kurs gliedert sich in einen Präsenzteil und ein Onlinemodul. Die genaue Zeit und die Kursgebühr stehen noch nicht fest, wohl aber das Datum des Präsenzteils:

Samstag, 7. Dezember 2013

Dauer: 4 bis 5 Stunden

Referenten: Dr. Thomas Fischbach (Solingen) und Dr. Hubert Radinger (Bonn)

QZ-Tutorentreff: Trainings für Moderatoren

Nationales Qualitätszirkel-Tutorentreffen

Termin 8. und 9. November 2013
13 bis 18.30 Uhr /
9.30 bis 15.00 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung qualitaetszirkel@kvno.de

Telefon 0211 5970 8361

Telefax 0211 5970 8160

Vor 15 Jahren startete das Tutorenprojekt zur Aus- und Weiterbildung der Moderatoren von Qualitätszirkeln (QZ). Initiiert wurde es von Dr. Klaus Enderer, dem damaligen Qualitätsbeauftragten der KV Nordrhein und Prof. Marcus Siebolds von der Katholischen

Hochschule NRW. Inzwischen sind bundesweit bereits knapp 140 Tutoren aller Fachgruppen ausgebildet worden.

Zum nationalen Tutorentreffen 2013 sind alle QZ-Moderatoren eingeladen, die Interesse an einer Tätigkeit als Tutor haben. Am ersten Tag gibt es Infos zu aktuellen Themen und neuen Angeboten in der Tutorenausbildung, am zweiten Tag stehen Trainings auf dem Programm. Themen sind beispielsweise Medizindidaktik, Multimedikation oder Hygienemanagement.

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema ADHS: Diagnostik und Therapie

Kontakt Dr. med. Brigitte Zimmermann
Moltkestraße 29
45138 Essen

Telefon 0201 794 980

Telefax 0201 796 585

Ort Nach Absprache

Thema Akupunktur in Remscheid

Kontakt Dr. med. Rolf Junker
Breslauer Straße 1
42859 Remscheid

Telefon 02191 330 93

Telefax 02191 357 64

E-Mail junker.rolf@t-online.de

Ort Nach Absprache

Thema Tiefenpsychologische und analytische Psychotherapie

Kontakt Achim Dörpfeld
Ludwigstraße 49
42105 Wuppertal

Telefon 0202 769 4866

E-Mail adoerpfeld@gmx.de

Zeit Freitagsvormittags ab 9 Uhr

Ort nach Absprache

In Kürze

KVNO aktuell 9+10 | 2013

Das Leser-Forum

Die Redaktion freut sich über Leserzuschriften. Wir betrachten sie als wichtige Ergänzung des Mitglieder-Magazins. Der Inhalt eines Leserbriefs muss sich nicht mit der Meinung der Redaktion decken.

Orientierungspunktwert von 10 Cent

In KVNO aktuell 7+8 | 2013 erläuterte Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, im Interview, die Gründe für die Anhebung des Orientierungspunktwertes auf 10 Cent.

Haben Sie Dr. Köhler verstanden? Ich nicht. Im Interview sagt er: „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 ...“

Betriebswirtschaftlich kalkuliert waren die 5,11 Cent je Punkt, die ganz am Anfang des neuen EBM einmal erreicht (bei Hausärzten) bzw. knapp verfehlt wurden (bei Fachärzten). Zwischenzeitlich ist der effektive Punktwert auf etwa 3,5 Cent gefallen, was einer Entwertung von rund 30 Prozent entspricht, die Geldentwertung noch gar nicht eingerechnet.

Ab 1. Oktober werden nun statt 3,5 Cent 10 Cent je Punkt gezahlt. Im Gegenzug sind die Punktzahlen entsprechend abgesenkt worden. Ob ich nun 35 Euro aus 1000 Punkten zu 3,5 Cent erlöse oder aus 350 Punkten zu 10 Cent, mein Honorar bleibt identisch niedrig. Schon die alten betriebswirtschaftlichen 5,11 Cent sollten „unsere Position stärken“, hatte Köhler damals verkündet. Die Kassen hat es nicht interessiert, und die wird auch unse-

re neue „starke Position“ nicht interessieren. Das einzige, was Köhler erreicht hat, ist folgendes: Wenn wir die letzten Jahre der Presse, Politik und unseren Patienten gesagt haben: „Wir brauchen nicht 3,5 Cent, sondern die betriebswirtschaftlichen 5,11 Cent“, so können die Kassen heute sagen „Wir geben Euch sogar 10 Cent, jetzt seid aber mal zufrieden“. Und kein Patient, kein Politiker, kein Pressemensch wird durchblicken, dass wir eine 10-Cent-Mogelpackung erhalten haben.

■ HANS-PETER MEUSER
FACHARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN

Weniger Drogentote in Deutschland

In KVNO aktuell 6 | 2013 wiesen wir auf 944 Drogentote im Jahr 2012 hin. Nach Angaben von Bundeskriminalamt und der Drogenbeauftragten der Bundesregierung starben somit vier Prozent weniger an Rauschgiften als im Vorjahr.

Es sterben jedes Jahr circa 140.000 Menschen durch die Droge Nikotin. Man schätzt, dass allein 3.300 Tote durch Passivrauchen jedes Jahr in Deutschland sterben. Gemessen daran ist die Aufregung über 944 Menschen, die an Folgen von Heroin, Morphin etc. gestorben sind, ein vergleichsweise kleines Problem. Natürlich ist jeder Tote einer zu viel. Aber bei allem Respekt: Nikotin ist einfach die viel schlimmere Droge als Heroin. Ich wünsche mir, dies würde von der Drogenbeauftragten stärker verdeutlicht.

■ NORBERT MÜLLENEISEN
FACHARZT FÜR PNEUMOLOGIE

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

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

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

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

Bezirksstellen der KV Nordrhein

7503	Anzeigenmuster Praxisbörsentag	(1)
7504	Bestellschein für Kassen- und KV-Vordrucke	(3)

Bezirksstelle Düsseldorf

7500	Gesamtaufstellung – Zugelassene Ärzte	(4)
7501	Gesamtaufstellung – Ermächtigte Ärzte	(4)
7502	Gesamtaufstellung – Krankenhäuser	(4)

Bezirksstelle Köln

7510	Gesamtaufstellung – Zugelassene Ärzte	(3)
7511	Gesamtaufstellung – Ermächtigte Ärzte	(3)
7512	Gesamtaufstellung – Krankenhäuser	(3)

EDV/IT in der Arztpraxis

7522	eToken-Kurzinfo: Online-Abrechnung mit eToken ab dem 3. Quartal 2012	(1)
7523	Elektronische Dokumentation zum Hautkrebs-Screening (eHKS) Merkblatt für Arztpraxen	(7)
7524	Quartalsabrechnung mit der KV Nordrhein: Mögliche technische Verfahren, damit verbundene Kosten und Einsparungen	(2)
7525	D2D-Anmeldung	(8)
7526	Merkblatt und Antragsunterlagen zur Blankoformularbedruckung	(6)
7527	Merkblatt Früherkennungs-Koloskopie	(8)
7528	Merkblatt eDMP-Dokumentation	(10)
7529	Meldebogen für die IT-gestützte Quartalsabrechnung	(1)

Pharmakotherapieberatung

7532	Patentgeschützte Analogpräparate (Me-too-Liste 2013)	(2)
7533	Praxisbesonderheiten 2013 – Arzneimittel	(1)
7534	Richtgrößen 2013 – Heilmittel	(1)
7536	Richtgrößen 2013 – Arzneimittel	(1)
7538	Anfrage: Arznei-, Verband- oder Heilmittelverordnung oder Verordnungen des Sprechstundenbedarfs	(1)
7539	Genehmigungsverzicht bei Heilmittel-Verordnungen außerhalb des Regelfalles	(2)
7541	Bundesweite Heilmittel-Praxisbesonderheiten 2013	(10)

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

Qualitätssicherung/Sicherstellung

7550	Bedarfsplanung	(5)
7551	Meldeformular für Laborgemeinschaften zur Direktabrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein	(3)
7552	Merkblatt und Antrag zur Förderung der Weiterbildung zum Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin oder für Innere und Allgemeinmedizin	(14)
7553	DMP Asthma/COPD: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität (fachärztliche Versorgungsebene)	(1)
7554	DMP Asthma/COPD: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(5)
7556	Anzeige über Beginn/Beendigung der Methadonsubstitution	(1)
7557	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität für den Hausarzt	(1)
7558	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität für die DSP und Kinderärzte	(4)
7559	Meldebogen „Gründung eines Qualitätszirkels“	(1)
7560	Patientendokumentation zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger	(4)
7561	Patientenerklärung zum Datenschutz / Abschluss	(2)
7562	Patientenerklärung zum Datenschutz / Beginn	(2)
7563	Patientenmerkblatt: Darmkrebs-Früherkennung	(3)
7566	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
7567	DMP Diabetes mellitus Typ 2: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
7568	DMP KHK: Erklärung über die Praxisausstattung	(2)
7569	DMP KHK: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)

Rechtsabteilung

7570	Kooperation mit pharmazeutischen Unternehmen	(4)
7572	Rundschreiben der KBV zur Umsatzsteuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 UStG – Sachverständigentätigkeit eines Arztes für die gesetzliche Unfallversicherung	(5)

Bereich Kommunikation

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

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

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

Infomarkt der KV Nordrhein in Düsseldorf

Experten der KV Nordrhein stehen Ihnen an den einzelnen Infoständen Rede und Antwort. Haben Sie Fragen zum EBM? Dann beantworten die Serviceteams Ihnen diese gerne beim Infomarkt. Außerdem gibt es Tipps rund um das Thema Hygiene in der Praxis von der Hygieneberatung der KV Nordrhein.

- KVNO-Portal/Bestellung des eToken und Online-Dienste für Praxen
- Abrechnungsberatung
- Honorarberatung
- Niederlassungsberatung
- Hygieneberatung
- Betriebswirtschaftliche Orientierung mit dem KV-Praxis-Check
- Tipps zum Verordnen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
- Serviceteams – Ansprechpartner bei allen Fragen aus dem Praxisalltag

Internet-Café

Ab dem 3. Quartal 2013 müssen alle Mitglieder online abrechnen. Auch während des Infomarktes ist das Internet-Café geöffnet. Mitarbeiter der KV Nordrhein sind Ihnen beim Hochladen und Absenden Ihrer Abrechnungsdaten – die müssen Sie natürlich auch dabei haben – behilflich.

Termin 9. Oktober 2013
14 bis 17 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Diagnose „Demenz“ – Therapie und Patientenführung

Drei Schwerpunkte stehen im Focus der Fortbildung zur Verordnungssicherheit mit dem Thema (medikamentöse) Therapie der Demenz. Zum Einstieg geht es um die Bedeutung und Schwierigkeit der frühzeitigen Diagnose „Demenz“ und das weitere Vorgehen. Mit einem Gerontopsychiater, einem Neurologen und einem Hausarzt werden danach die Möglichkeiten medikamentöser Therapie besprochen. Abschließend werden Anforderungen an die Patientenführung diskutiert, um im Umgang mit Demenzerkrankten und deren Angehörigen die erforderliche Therapiesicherheit leisten zu können. Weitere Informationen finden Sie unter: www.iqn.de

Termin 16. Oktober 2013
16 bis 19.30 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Anmeldung Institut für Qualität
im Gesundheitswesen
Nordrhein
Telefax 0211 4302 5751

ZERTIFIZIERT | ■■■■ Punkte

77. Fortbildungskongress auf Norderney

Die Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung lädt zur 20. Zertifizierungswoche für Haus- und Fachärzte nach Norderney ein. Zu dem umfangreichen Fortbildungsangebot gehören wieder die im Rahmen der DMP geforderten Fortbildungen zur Koronaren Herzkrankheit sowie Diabetes mellitus und Asthma/COPD. Weitere Kurse werden u. a. angeboten zu den Themen Gesundheitsförderung und Prävention, Sonographie oder Hautkrebs-Screening. Neu im Programm ist ein 28-Stunden-Kurs „Geriatric“. Auch in EDV können Interessenten sich fortbilden, beispielsweise in der Tabellenkalkulation Excel oder im Visualisieren und Präsentation medizinischer Vorträge.

Mehr Informationen unter www.akademie-nordrhein.de

Termin 19. bis 25. Oktober 2013
Ort Haus der Insel
Am Kurtheater 2
Norderney
Anmeldung Nordrheinische Akademie
Telefax 0211 4302 2809
Post Nordrheinische Akademie
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Auskunft 0211 4302 2802

Veranstaltungen für Mitglieder

■	09.10.2013	KV Nordrhein: Infomarkt mit Internet-Café, Düsseldorf
	09.10./20.11.13	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Arbeitssicherheit und Hygiene“, Düsseldorf
	11. 10.2013	IQN: „Fehler“ brauchen „Kultur“, Düsseldorf
	12. 10.2013	IQN: „Reden Sie noch oder kommunizieren Sie schon?“ – Empathische Kommunikation zwischen Arzt und Patienten, Düsseldorf
	12. 10.2013	Nordrheinische Akademie: Moderatorenausbildung, Aufbaukurs, Düsseldorf
	16. 10.2013	IQN: Verordnungssicherheit: „Medikamentöse Therapie der Demenz“, Düsseldorf
	19./25.10.2013	Nordrheinische Akademie: 77. Fortbildungskongress, Norderney
■	25.10.2013	KV Nordrhein: Infoveranstaltung „Neuregelungen im Hausarzt-EBM zum 1. Oktober 2013“ (keine EBM-Schulung), ausgebucht, Düsseldorf
■	30.10.2013	KV Nordrhein: Einführungsworkshop rational und rationell verordnen für neu niedergelassene Ärzte, Düsseldorf
■	06.11.2013	KV Nordrhein/Rheinische Post: RP-Ratgeber Gesundheit „Wenn Husten gefährlich wird“, Düsseldorf
	08./09.11.2013	KBV: 8. Nationaler Qualitätszirkel-Tuorentreff, Düsseldorf
■	09.11.2013	KV Nordrhein: Nordrheinischer Praxisbörsentag, Köln
	09. 11.2013	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Dokumente am Computer gestalten“, Düsseldorf
■	12.11.2013	Kreisstelle Essen der KV Nordrhein: Mitgliederversammlung, Essen
	13. 11.2013	Essener Bündnis gegen Depression e.V.: Behandlung von Depressionen in der Hausarztpraxis, Essen
■	16./17.11.2013	Ärztammer Nordrhein/KV Nordrhein: Contergan Symposium, Düsseldorf
■	20.11.2013	Kreisstelle Wuppertal der KV Nordrhein: Mitgliederversammlung, Wuppertal
■	20.11.2013	KV Nordrhein: Aufbereitung von Medizinprodukten in Arztpraxen, Köln
■	26.11.2013	Kreisstelle Mülheim: Mitgliederversammlung, Mülheim

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

	09. 10.2013	Nordrheinische Akademie: IGe-Leistungen, Köln
	16. 10.2013	Nordrheinische Akademie: IGe-Leistungen, Düsseldorf
	06. 11.2013	Nordrheinische Akademie: Pharmakotherapie, Düsseldorf
	06. 11.2013	Nordrheinische Akademie: Aufbaukurs Kodieren, Düsseldorf
	09. 11.2013	Nordrheinische Akademie: Qualitätsmanagement für Arztpraxen: „Dokumente am Computer gestalten“, Düsseldorf
	13. 11.2013	Nordrheinische Akademie: Pharmakotherapie, Düsseldorf
	13. 11.2013	KV Nordrhein: Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung, Köln

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

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

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

Redaktionsbeirat

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

Druck

Echo Verlag, Köln

Satz

Merzhäuser | grafik+design, Bonn

Anschrift der Redaktion

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

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

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

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 23 000

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

Vorschau „KVNO ■ aktuell“ 11 | 2013

■ Service

Aktuelle Infos zum neuen EBM

■ Rückblick

Die erste Online-Abrechnung

■ Diskussion

Versorgung in Nordrhein 2030

■ Reportage

Hier hilft der Reha-Sport

■ Bericht

Der Kampf gegen die Masern

**Die nächste Ausgabe von „KVNO aktuell“
erscheint am 6. November 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.