

■ Schwerpunkt

Honorarverteilung

Neue Regeln ab 1. Juli –

Die wichtigsten Punkte im Überblick

■ Hintergrund

Ärztmangel

Nachwuchs dringend gesucht –

Modernere Bedarfsplanung nötig

■ Aktuell

Hausarztverträge

Die Kassenärztliche Vereinigung

als Bad Bank für die Schwerkranken?

■ Praxisinfo

Abrechnung

Die jüngsten Änderungen am

Einheitlichen Bewertungsmaßstab



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

- 1 Editorial

Schwerpunkt

- 2 Honorarverteilung 1. Juli 2010 wird die Honorarreform reformiert

Aktuell

- 5 Honorarmisere: KVen und Politik im Dialog
- 6 Selektive Hausarztverträge: Mutiert die KV zur Bad Bank?
- 8 Weniger Kosten und Testabrechnung möglich: Online abrechnen – Geld sparen

Berichte

- 18 Ärztemangel: Nachwuchs dringend gesucht
- 20 Weiterbildungsverbund Ruhr: Mentoren begleiten angehende Ärzte bis zur Facharztprüfung
- 21 Bundesweit größte Studie: Kosten- und Leistungsstruktur in Praxen
- 22 Zentrale Stelle Mammographie-Screening in Nordrhein: Termine für 1,2 Millionen Frauen koordinieren

Service

- 24 Neue Leiterinnen in den Honorarabteilungen der Bezirksstellen Düsseldorf und Köln
- 24 Japaner erstaunt über deutsche DMP
- 24 Formulare für die KV-Wahlen 2010 online
- 25 KVNO aktuell auf dem Handy
- 25 KV-on das Web-TV der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen
- 26 Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte: Vermitteln Sie kompetente Selbsthilfe
- 28 Fax-Abruf

Praxisinfo

- 10 Gendiagnostik-Gesetz
- 10 EBM-Änderungen zum 1. April 2010
- 10 Angabe von Begründungen zu den EBM-Nummern 11320 bis 11322
- 10 Neuaufnahme der EBM-Nummer 19315 in den Abschnitt 19.3 des EBM – Hautkrebs-Screening
- 11 Anpassung der Zuschläge der EBM-Nummern 19312 und 19313
- 11 Rückwirkende Anpassung des EBM aufgrund der Änderung der Richtlinien im Rahmen der künstlichen Befruchtung
- 11 Makuladegenerations-Behandlung für Versicherte der BIG direkt gesund
- 11 KKH Allianz streicht ab 1. Juli 2010 Impfungen für private Auslandsreisen
- 12 Diagnose-Angaben bei Akupunktur erforderlich
- 12 Ambulante Operationen: Aktualisierung OPS-Kodierung Zentrumsvertrag
- 12 Mammographie-Screening: Umsetzung neuer Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Pathologie
- 13 Zum 1. Mai 2010 Änderungen im Abkommen Ärzte/Unfallversicherung
- 13 Ringversuchspflicht von Laborparametern

Arzneimittelinfo

- 14 Beim Teilen von Tabletten in Heimen lauern Fallstricke
- 15 Therapiehinweis zu Aliskiren: nur selten sinnvoll
- 15 Mindestens 30 Prozent Epoetin-Biosimilars verordnen
- 16 Blindenhilfsmittel richtig verordnen



Liebe Frau Kollegin, lieber Herr Kollege, sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

„Ärztemangel, – ein Mythos“. So titelte kürzlich ein bundesweiter Nachrichtendienst. Damit war die Behauptung verbunden, dass die Ärzteschaft mit der Klage, es herrsche ein Mangel an Ärzten, nur ihre finanzielle Situation verbessern wolle.

Schaut man sich die Zahlen in Nordrhein an, so scheint diese Auffassung auf den ersten Blick zu stimmen. Fast alle Planungsbezirke sind für fast alle Fachgruppen gesperrt. Eine genauere Betrachtung macht aber jetzt schon weiße Flecken sichtbar. Das heißt, der von vielen Menschen in kleinen Landgemeinden gefühlte Ärztemangel existiert tatsächlich. Etliche Kommunalpolitiker haben das Thema aufgegriffen und auch an die KV Nordrhein herangetragen.

Zudem zeigt die Altersstruktur deutlich, dass in den kommenden fünf Jahren jede fünfte Praxis im Rheinland einen Nachfolger suchen wird. Denn fast 20 Prozent der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind 60 Jahre oder älter. (Unser Praxisbörsentag am 12. Juni 2010 in Düsseldorf ist ein Angebot der KV, bei der Suche zu helfen.)

Andererseits gibt es in den Ballungszentren Versorgungsgrade von 150 Prozent und mehr. Das hat Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler veranlasst zu fordern, dass

P.S. Der neugestaltete Umschlag von KVNO.aktuell ist Auftakt für ein Relaunch der Publikationen der KN Nordrhein.

in diesen Regionen frei werdende Arztsitze nicht mehr besetzt werden sollen. Allerdings ist der Praxisverkauf für Ärzte ein wichtiger Teil ihrer Altersversorgung. Fiele dieses Recht weg, käme dies einer Enteignung gleich. Deshalb müssen KVen das Recht bekommen, solche Praxen zu Marktpreisen aufzukaufen und stillzulegen.

Vor allem aber brauchen wir eine neue Bedarfsplanung, die den Namen auch verdient. Sie muss kleinräumig und Demographie adjustiert sein. Die bisher geltenden bundesweiten Vorgaben haben sich als ungeeignet erwiesen. Denn Gesundheitsbedarf kann nur vor Ort festgestellt werden. Dazu müssen die KVen Entscheidungsinstrumente erhalten, die es ihnen möglich machen, diesen Bedarf zu messen und zu befriedigen.

Daraus darf aber kein Dirigismus entstehen. Die Entscheidung, wo ein Arzt sich niederlässt, darf nicht noch mehr eingeschränkt werden. Wir brauchen keine neuen Verbote, sondern Anreize. Daran arbeitet die KV Nordrhein.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr KV-Vorstand

Dr. Peter Potthoff

Bernd Brautmeier

Als nächstes folgen die Neugestaltung des Internetauftritts www.kvno.de und eine Leserbefragung von KVNO.aktuell.

1. Juli 2010 wird die Honorarreform reformiert

Knapp ein Jahr nach der großen Honorarreform wird es eine Reform der Reform geben. Wir erläutern die wesentlichen Änderungen.

Ab dem 1. Juli 2010 soll sich die Honorarverteilung nochmals ändern. Grundlage für die Änderung ist der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010, den die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem GKV-Spitzenverband geschlossen hat.

Neuer Berechnungsweg

Ein wichtiger Punkt im Beschluss des Bewertungsausschusses ist die Vorgabe eines neuen Trennungsverfahrens, das die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in einen

zukünftig durch eine Mengendynamik dieser Leistungen nicht mehr sinken sollen.

Der Beschluss schreibt die folgende Berechnungsweise für die RLV und QZV vor:

1. Zunächst wird die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für das entsprechende Quartal ermittelt.
2. Es wird eine Rückstellung in Höhe von 0,1722 Pro-



Foto: KBV

Auch die KBV-Vertreterversammlungen am 9. und 10. Mai 2010 in Dresden werden sich wieder mit der Honorarreform befassen.

haus- und einen fachärztlichen Teil dauerhaft trennt.

Eine weitere Änderung betrifft die Einführung von so genannten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV). Diese QZV begrenzen die meisten der bisher freien Leistungen, so dass die Regelleistungsvolumen (RLV)

zent für die Auswirkungen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgWG) gebildet (circa eine Million Euro im Quartal).

3. Die antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie-Leistungen der im Gesetz genannten Arzt-

gruppen (Psychotherapeuten, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte) werden abgezogen.

4. Die Laborkonsiliar- und –grundpauschale, die Grundpauschale der für Laborleistungen ermächtigten Ärzte und Einrichtungen sowie labormedizinische Leistungen und Kostenerstattungen des Kapitels 32 EBM werden abgezogen. Dasselbe erfolgt für den Laborwirtschaftlichkeitsbonus.
5. Die Leistungen des organisierten Notfalldienstes sowie die Notfallbehandlungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser oder Ärzte werden abgezogen.
6. Das sich daraus ergebende Vergütungsvolumen wird nach den neuen Berechnungsvorschriften in einen hausärztlichen sowie einen fachärztlichen Anteil getrennt. Der hausärztliche Anteil beträgt dabei 47,02 Prozent, 52,98 Prozent sind für den fachärztlichen Vergütungsbereich reserviert.
7. Von dem hausärztlichen bzw. fachärztlichen Vergütungsvolumen werden nun zunächst die Zahlungen des Fremdkassenzahlungsausgleiches abgezogen.
8. Weiterhin werden jeweils zwei Prozent des Vergütungsvolumens für die Leistungen reserviert, die das RLV und QZV überschreiten.
9. Anschließend werden die Zahlungen reserviert, die Berufsausübungsgemeinschaften als Zuschlag erhalten (zehn Prozent vom RLV-Volumen).
10. Als Rückstellungen werden die folgenden Sachverhalte im jeweiligen Versorgungsbereich berücksichtigt:
 - Eine Zunahme der Zahl der Ärzte
 - Sicherstellungsaufgaben (zum Beispiel nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen)
 - Zahlungen für den Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten
 - Zahlungen für Praxisbesonderheiten
 - Ein Ausgleich von Fehlschätzungen für Leistungen, die einer Mengendynamik unterliegen
11. Weiterhin werden aus den jeweiligen Versorgungsbereichen die Zahlungen für pathologische Leistun-

gen des Kapitels 19 EBM sowie Kostenpauschalen aus dem Kapitel 40 EBM berücksichtigt.

Aufteilung in RLV und QZV

12. Das sich nach Punkt 11 ergebende Vergütungsvolumen im hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich steht nun für die Finanzierung der RLV- sowie QZV-Leistungen zur Verfügung. Es wird innerhalb der beiden Versorgungsbereiche je Arztgruppe aufgeteilt.
13. Dabei ist der Schlüssel für die Aufteilung der je Arztgruppe abgerechnete Leistungsbedarf in Punkten, wobei alle Leistungen betrachtet werden, die dem RLV oder den QZV unterliegen. Die Aufteilung des unter Punkt 12 ermittelten Geldes je Versorgungsbereich erfolgt dadurch, dass der Anteil der Gesamtpunktzahl aller Leistungen, die dem RLV und QZV unterliegen, je Arztgruppe an der entsprechenden Gesamtpunktzahl des jeweiligen Versorgungsbereiches bestimmt wird. Nach diesem ermittelten Anteil erfolgt die Aufteilung des Vergütungsvolumens je Versorgungsbereich auf die einzelnen Arztgruppen. Ein wesentlicher Unterschied gegenüber der bisherigen Systematik ist, dass die Arztgruppentöpfe bisher nur die RLV-Leistungen einbezogen; zukünftig sind fast alle Leistungen in den Arztgruppentöpfen enthalten, so dass die Leistungsbewertung im EBM eine noch zentralere Bedeutung erhält.

Beispiel

Berechnung von Punkten zu Geld

Eine Arztgruppe hat ein Vergütungsvolumen für die RLV- und QZV-Leistungen in Höhe von drei Millionen Euro. Als RLV- und QZV-Leistungen wurden 130.040.000 Punkte abgerechnet, und zwar 100 Millionen Punkte für RLV-Leistungen, 30 Millionen Punkte für das QZV „Akupunktur“ und 40.000 Punkte für das QZV „Sonographie I“. Daraus ergeben sich 76,90 Prozent, also 2.306.982 Euro für die RLV-Leistungen, 23,07 Prozent, also 692.095 Euro für das QZV „Akupunktur“ und 923 Euro für das QZV „Sonographie I“ für diese Arztgruppe.

14. Im nun folgenden Berechnungsschritt wird innerhalb eines jeden Arztgruppentopfes das Vergütungsvolumen je Arztgruppe in Geldvolumen für die RLV-Leistungen sowie in Geldvolumen für jedes einzelne QZV aufgeteilt, und zwar wiederum nach dem jeweils abgerechneten Leistungsbedarf in Punkten.
15. Diese Vergütungsvolumina dividiert durch die RLV-Fallzahlen der Ärzte in der Arztgruppe, die die entsprechenden QZV-Leistungen erbringen, ergeben die jeweiligen RLV- bzw. QZV-Fallwerte je Arztgruppe.

Neue zusätzliche Mengenbegrenzung

Die im Beschluss je Arztgruppe vorgesehenen QZV sind sehr umfangreich. Der Katalog umfasst etwa 35 Seiten. QZV-Leistungen sind die so genannten freien Leistungen und RLV-Leistungen, die nur von einem Teil der Arztgruppe erbracht werden sowie Leistungen, für die bisher Fallwertzuschläge für qualitätsgebundene Leistungen vergütet wurden.

Gemeinsam mit den Berufsverbänden wird die KV Nordrhein entscheiden, ob QZV zusammengelegt werden oder ob einige QZV möglicherweise in das RLV überführt werden (wenn etwa jeder Arzt einer Arztgruppe sie abrechnen darf). Die Vorschläge müssen mit den nordrheinischen Krankenkassen verhandelt werden.

Regionale Handlungsspielräume

Der Beschluss lässt noch die folgenden Handlungsspielräume zu:

- Die Berechnung der RLV und QZV kann quartalsbezogen oder jahresbezogen erfolgen.
- Ermächtigte Krankenhäuser und ermächtigte Krankenhausärzte erhalten ein RLV, wenn die Vertragspartner dies vereinbaren.
- Förderungswürdige Leistungen können weiterhin als Leistung außerhalb des RLV und außerhalb des QZV vereinbart werden. Denkbar wären Vorwegabzüge aus dem jeweiligen Arztgruppentopf.
- Für alle Leistungen, die außerhalb des RLV und außerhalb des QZV vergütet werden, können die Vertragspartner sich über Verfahren bei Unter- bzw.

Überschreitungen einigen. Dabei ist der Grundsatz der Kostenneutralität (bei einer Mengendynamik dürfen seitens der Krankenkassen keine zusätzlichen Gelder gezahlt werden) zu beachten.

- Geeignete Maßnahmen zur Steuerung der RLV-Fallzahl sind zu vereinbaren.
- Für die Bildung der QZV kann eine Differenzierung in Gruppen von Ärzten mit unterschiedlichem Leistungsvolumen erfolgen.
- Es kann eine Konvergenzphase bis zum 31. Dezember 2011 vereinbart werden. Vorgesehen ist, dass innerhalb der Konvergenzphase die bisher gewährten Praxisbesonderheiten beibehalten werden.

Bescheide Mitte Juni

In enger Rückkopplung mit den Berufsverbänden wird die KV Nordrhein über die Umsetzung des Beschlusses mit den nordrheinischen Landesverbänden der Krankenkassen verhandeln. Auf der Basis dieser Verhandlungsergebnisse werden die notwendigen Berechnungen durchgeführt, so dass Mitte Juni die RLV-Bescheide nach der neuen Systematik an Sie versandt werden können.

In den neuen Bescheiden finden Sie eine getrennte Berechnung der RLV, die systematisch wie in der Vergangenheit erfolgt:

Es wird der entsprechende Fallwert mit der RLV-Fallzahl, eventuell eine Fallwertabstaffelung bei sehr hohen RLV-Fallzahlen und der Zuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften sowie der so genannte „Gewichtungsfaktor Versichertenstruktur“ dargestellt.

Zusätzlich zur Höhe des RLV werden ebenfalls die QZV einzeln dargestellt, sofern sie im Vorjahresquartal abgerechnet wurden. Der Summe aus RLV und QZV insgesamt werden im Abrechnungsquartal 3/2010 dann allen Leistungen gegenübergestellt, die dem RLV und den QZV unterliegen. Es ist im Abrechnungsquartal egal, mit welchen Leistungen die zugewiesenen RLV und QZV ausgefüllt werden. RLV- und QZV-Leistungen sind gegenseitig verrechenbar.

KVen und Politik im Dialog

In den vergangenen Wochen haben die nordrhein-westfälischen KVen keine Gelegenheit ausgelassen, um Landes- und Bundespolitiker über die desolate und ungerechte Honorarsituation im Lande zu informieren.

Den Reigen eröffnete Landesgesundheitsminister Karl-Josef Laumann. „Die Honorarverteilung ist ungerecht erfolgt. Auswirkungen auf die Versorgung sind absehbar“, so Laumann im Interview mit KVNO aktuell im April. In NRW ist man sich einig: die Probleme der ambulanten Versorgung erfordern ein gemeinsames Handeln.

Zu Gast in Düsseldorf im Haus der Ärzteschaft stellt sich Philip Rösler Mitte April auch Fragen zur Honorarpolitik. Immer noch warte er auf aktuelle Zahlen von der KBV, um sich ein dezidiertes Bild von den regionalen Verwerfungen machen zu können, um dann die Entwicklung kritisch zu prüfen.



Foto: KVWL

Karl-Josef Laumann, Gastgeber Dr. Philipp Rösler, Dr. Ulrich Thamer, Bernd Brautmeier und Daniel Bahr (v. l. n. r.)

Auf Vermittlung von Laumann trafen sich Anfang März die Vorstände der NRW-KVen mit Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler (FDP) und dem parlamentarischen Staatssekretär im BMG Daniel Bahr (FDP) in Berlin. Die festgefahrene Situation ließe sich nur mit Hilfe der politisch Verantwortlichen lösen. Ein erster Erfolg: die Kassenärztliche Bundesvereinigung will am 9. Mai die Ungleichbehandlung der Länder-KVen in einer Sondersitzung behandeln.

Um Unterstützung im Kampf um gerechte Lösungen ruft ein streitbarer Laumann auch die Vertreter der Heil- und Gesundheitsberufe am 17. März in Düsseldorf im Haus der Ärzteschaft, auf. Am 20. März solidarisiert sich die Ärztekammer Nordrhein ebenfalls mit der Initiative der KVen.

Neben Gesprächen mit den Fraktionsspitzen und gesundheitspolitischen Ausschüssen des NRW-Landtags und Diskussionen auf den Landesparteitagen von CDU und SPD ist das Honorar auch Thema im Patientenbeirat der KV Nordrhein.

Die Reihe der politischen Gesprächskreise endet vorläufig mit dem parlamentarischen Abend am 22. April mit Bundestagsabgeordneten aus dem Lande in Berlin. Die Vorstände der NRW-KVen werben für eine „Lobby für unser Land“.



Foto: KVWL

Der parlamentarische Abend in Berlin. Dr. Ulrich Thamer (WL), Dr. Thomas Kriedel (WL), Jens Spahn (CDU-NRW), Rudolf Henke (CDU-NRW), Dr. Peter Potthoff (NO), Dr. Wolfgang-Axel Dryden (WL)

Mutiert die KV zur Bad Bank?

Der erste bundesweit geltende Hausarztvertrag nach § 73b SGB V ist abgeschlossen. Was bedeutet das für die Regelversorgung?

Es war keine Liebesheirat, der Hausarztvertrag zwischen der Techniker Krankenkasse (TK) und dem Deutschen Hausärzteverband. Daraus machte Prof. Dr. Norbert Klusen, Vorsitzender der TK auch kein Hehl. „Die Techniker Krankenkasse hat der Pflicht zum Abschluss eines Hausarztsystems immer skeptisch gegenüber gestanden“, sagte er noch auf der Pressekonferenz anlässlich der Verkündung des Vorvertrages. Aber die TK habe es vorgezogen selbst zu entscheiden, als sich einen Vertrag als Ergebnis der im Moment laufenden Schiedsamtverfahren aufzwingen zu lassen. Der Hausärzteverband sieht die Sache weit positiver. Er betrachtet diesen Vertrag als Durchbruch für seine Bemühungen, bundesweit Hausarztverträge nach § 73b SGB V durchzusetzen.

Der § 73b SGB V verpflichtet die Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen mit dem Hausärzteverband,



Bleiben der KV Nordrhein nur noch die „schlechten“ Risiken?

wenn die Mehrheit der Hausärzte einer Region dem Berufsverband ihr Mandat erteilt. In Nordrhein konnte dies erreicht werden. Die Verhandlungen mit den Krankenkassen scheiterten allerdings. Das darauf zwangsläufig erfolgende Schiedsamtverfahren zwischen den Primär- und Ersatzkassen und dem Hausärzteverband

dauert noch an. Die TK ist aus der Phalanx der Ersatzkassen ausgesichert, weil sie lieber „gestaltet“, als lediglich „Vorgaben umzusetzen“.

Noch gibt es nur Eckpunkte zwischen der TK und dem Deutschen Hausärzteverband. Die Vergütung besteht aus einer kontaktunabhängigen Pauschale, Betreuungspauschalen sowie Zuschlägen, etwa für rationale Pharmakotherapie und Prävention. Dazu sollen noch gesondert abrechenbare Vergütungen für besondere Einzelleistungen kommen. Auch eine gemeinsame Evaluation des Vertrages wurde vereinbart.

Auf Basis dieser Eckpunkte sollen die Landesverbände noch im Mai Vollversorgungsverträge entwickeln und abschließen, auch in Nordrhein. Dann sollen sich die Versicherten der TK einschreiben können. Bis zum Herbst sollen mit den zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen Regelungen zur Honorarvereinigung gefunden werden, heißt es in der gemeinsamen Pressemitteilung.

Honorar wird bereinigt

Honorarvereinigung ist ein entscheidendes Stichwort. Dahinter verbirgt sich der Zwang, die Zahlungen der Krankenkassen an die KV für die Versicherten, die im Rahmen eines solchen separaten Hausarztvertrages behandelt werden, zu kürzen. Mit anderen Worten: die Krankenkassen zahlen für diese Versicherten die Vergütung für die Leistungen im Rahmen der Hausarztverträge nach § 73b nicht zusätzlich zur Gesamtvergütung, sondern statt der Regel-Vergütung. Eine Folge davon wird sein, dass der Fallwert im KV-System für den einzelnen Hausarzt niedriger werden wird. „Das sollten die

Kolleginnen und Kollegen wissen, wenn sie sich mit dem Gedanken tragen, diesem Vertrag beizutreten", meint Dr. Peter Potthoff, Vorstand der KV Nordrhein.

Da auch die Hausärzte, die einem selektiven Hausarztvertrag beitreten, Mitglieder der KV bleiben, müssen sie zweimal einen Verwaltungskostenbeitrag leisten: einen an den Hausärzterverband und einen an die KV. Das muss so sein, da sie erstens sicher nicht alle ihre Patienten überzeugen können, einem Hausarztvertrag des Berufsverbandes beizutreten. Für diese Patienten läuft die Abrechnung weiter über die KV. Zweitens aber bleiben trotz dieser Verträge ganz wichtige Aufgaben bei der KV, zum Beispiel die Qualitätssicherung und auch der Notdienst. „Ob diese Doppelstruktur angesichts der immer knapper bemessenen finanziellen Ressourcen sinnvoll ist, wage ich zu bezweifeln“, meint Bernd Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein.

Auch für die Kassenärztliche Vereinigung mit ihren gesetzlichen Aufgaben wird diese Zweiteilung nicht ohne Folgen bleiben. Der stellvertretende KBV-Vorsitzende Dr. Carl-Heinz Müller, selbst Hausarzt, prägte in diesem Zusammenhang das Wort von der KV als „Bad Bank“ des Selektivvertragssystems. Was verbirgt sich hinter diesem Begriff?

Es könnte betriebswirtschaftlich sinnvoll erscheinen, in die Selektivverträge nur lukrative Fälle einzuschreiben. Die weitestgehende Pauschalierung mit kontaktunabhängigen Pauschalen, die mit 30 Euro wie beim TK-Vertrag fast so hoch bemessen sind wie das Regelleistungsvolumen von 31,77 Euro für einen Hausarzt in Nordrhein, könnte dazu verleiten, möglichst nur gesunde Patienten mit Bagatellerkrankungen in den Selektivvertrag einzuschreiben und die wirklich Kranken im Kollektivvertrag des KV-Systems zu belassen.

Was wird aus der Sicherstellung?

So stellt sich die Frage, wie die Sicherstellung mit einer ausreichend hohen Zahl von Hausärzten und der angemessenen Präsenz vor Ort garantiert werden soll. Sprich: wer und wie soll dem drohenden Ärztemangel entgegen wirken? Heute zahlt die KV Nordrhein, sprich alle Ärzte im Rheinland, allein 2,2 Millionen Euro jährlich an Subven-

tionen für die Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin. Angesichts des Entzugs eines erheblichen Honoraranteils durch die neuen Verträge ist es zweifelhaft, ob die „Restärzte“, vor allem die Fachärzte, weiter dazu bereit sind und sein können.

Ferner müssen sich die KVen fragen, wie sie die verbleibenden hoheitlichen Aufgaben mit einem erheblich geschmälernten Budget noch erledigen können. Es ist zum Beispiel Aufgabe der KVen, die Qualifikation von Ärzten für besondere, auch wirtschaftlich lukrative Leistungen zu prüfen und Genehmigungen zur Erbringung dieser Leistungen zu erteilen. Dazu gehören unter anderem Genehmigungen zur Durchführung von Ultraschalluntersuchungen. Bisher konnte die KV Nordrhein diese Leistungen zum Wohl von Arzt und Patient für die betroffenen Ärzte kostenfrei erbringen. Ob das in Zukunft noch zu vertreten ist, wenn diese Genehmigungen im Selektivvertrag ein höheres Honorar bewirken, was dann wiederum vom KV-Honorar-Volumen abgezogen wird, ist zumindest diskussionswürdig.

Wie der Notdienst, also die ambulante Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten, sichergestellt werden soll, ist eine weitere bisher nicht gelöste Frage. Organisiert das weiter die KV, auch für die Hausärzte im Selektivvertrag? Kostenlos? Oder wird auch dort eine zusätzliche Versorgungsschiene eingebaut? In Bremen, wo ein separater Hausarztvertrag bereits existiert, haben sich KV und Hausärzterverband darauf geeinigt, dass der Hausärzterverband an die KV einen Obulus für den Notdienst der Separat-Vertrags-Patienten entrichtet. Diese Regelung gibt es auch in Baden-Württemberg.

„Wir sind nicht gegen Hausarztverträge oder gar gegen eine bessere Honorierung der hausärztlichen Versorgung“, betont Brautmeier. Er fragt sich aber schon länger, warum Kassen im Rahmen der Selektivverträge bereit sind Fallwerte von 76 Euro zu zahlen, im Rahmen der Kollektivverträge aber nur rund 53 Euro. „Wir sind nur gegen Selektivverträge mit neuer Bürokratie.“ Besser wären Ad-On-Verträge als Ergänzung zur Regelversorgung. Optimal wäre aber eine Regelversorgung mit ausreichender finanzieller Ausstattung für Hausärzte und Fachärzte.

Weniger Kosten und Testabrechnung möglich

Online abrechnen – Geld sparen

Dank der digitalen Signatur ist das Verfahren inzwischen schnell und sicher. Und wer online abrechnet, spart auch noch Verwaltungskosten.

Bei der Online-Abrechnung ist Nordrhein Vorreiter. „Wir sind die einzige KV, die eine Testabrechnung und die elektronisch signierte Gesamtaufstellung anbietet“, betont Gilbert Mohr, Leiter der Abteilung IT in der Arztpraxis der KV Nordrhein. Das Einreichen der papierenen Gesamtaufstellung – im Rheinland können Ärzte und Psychotherapeuten darauf verzichten. Wenn sie die Unterlagen mit dem elektronischen Heilberufsausweis (HBA) digital „unterschreiben“.

750 Praxen signieren elektronisch

Das klappt problemlos. Für die Softwarehäuser ist die HBA-Anbindung inzwischen Routine. Denn seit dem 2. Quartal 2009 nutzen Praxen im Rahmen eines Pi-



750 Praxen verschlüsseln ihre Abrechnung mit dem HBA.

lotprojektes der KV Nordrhein den HBA, um ihre Abrechnung zu signieren. Im Laufe des vergangenen Jahres stieg die Zahl der Anwender stark: Von vier Praxen im zweiten Quartal 2009 auf rund 750 Praxen im ersten Quartal 2010.

Seit Ende des vergangenen Jahres ermöglichen die meisten Praxisverwaltungs-Systeme, die HBA-Signatur auf D2D-Basis zu nutzen. „Mehr als 90 Prozent der Ärzte und Psychotherapeuten könnten ihre digitale Gesamtaufstellung mit dem HBA signieren“, erläutert Mohr.

Verwaltungskostensatz sinkt um 0,2 Prozent

Die Praxen sparen mit der digitalen Signatur bares Geld. Denn der Verwaltungskostensatz für Praxen, die online abrechnen, liegt bei 2,4 statt 2,6 Prozent bei den Disketten- oder CD-Abrechnern. Eine Praxis mit einem GKV-Jahresumsatz von 160.000 Euro spart somit Gebühren von 320 Euro pro Jahr.

Für die Online-Abrechnung und die digitale Signatur benötigen die Praxen ein HBA-Lesegerät, das für 50 bis 80 Euro erhältlich ist. „Zudem können noch Kosten durch Ihr Softwarehaus entstehen und für den Anschluss von KV-Safenet“, erläutert Mohr. Auch den HBA gibt es leider nicht umsonst. Sie müssen derzeit 5,90 Euro je HBA und Monat bezahlen. Der Preis wird künftig auf 7,90 Euro für Ärzte steigen, für Psychotherapeuten sogar auf 9,90 Euro, weil die Abnahmestückzahlen bei der Psychotherapeutenkammer deutlich niedriger liegen. „Wer rasch den HBA anfordert, profitiert noch von der niedrigeren Gebühr“, so Mohr.

Schnell, einfach, preiswert – das sind die wichtigsten Attribute der Online-Abrechnung. Zudem steht per Test-

abrechnung das amtliche Regelwerk Tag und Nacht für praxisindividuelle Prüfungen zur Verfügung. Nach dem Online-Versand der Abrechnungsdaten erhält die Praxis spätestens drei Stunden später eine Antwort von der KV Nordrhein. Sie enthält Informationen zur formalen, aber auch zur inhaltlichen Richtigkeit der Abrechnung. Alle Zulassungen und Sonderverträge sind darin berücksichtigt.

Universalwerkzeug HBA

Das ist nicht alles. „Der HBA bietet viele weitere Einsatzmöglichkeiten“, berichtet Victor Krön, Telematik-Experte der Ärztekammer Nordrhein. Zum Beispiel bei der elektronischen DMP-Dokumentation, beim elektronischen Arztbrief oder als Authentisierungsinstrument für Einweiserportale von Kliniken. „Die mit dem HBA erzeugten Signaturen sind rechtlich verbindlich auch im privaten Umfeld nutzbar, etwa bei Bankgeschäften“, betont Krön.

Besonders hilfreich ist er beim Verschlüsseln. „Mit dem HBA können Sie festlegen, wer die Daten lesen kann.“

Darüber hinaus nutzen aber auch viele Mitglieder die spezielle Funktion „Testabrechnung“. Damit kann man jederzeit seine Abrechnung online an die KVNO schicken. „Wir checken die dann auf Fehler durch“, sagt Mohr. Das habe bei etlichen Praxen dazu geführt, dass sie richtig Geld sparen. „Unser Regelwerk hat die Praxen auf Fehler hingewiesen, die sie zum Teil jahrelang gemacht hatten – zum eigenen Nachteil.“

Infos im Internet unter www.kvno.de [KW100509](#)

Terminhinweis

Am 7. Juli können Sie in den Räumen der Bezirksstelle Köln mit der Unterstützung durch unser Team „IT in der Arztpraxis“ Ihren Antrag auf einen HBA ausfüllen.

Infomarkt, 7. Juli von 15.00 Uhr bis 18.00 Uhr

Bezirksstelle Köln, Sedanstr. 10- 16, 50668 Köln

Der elektronische Heilberufsausweis

Primär dient der elektronische Heilberufsausweis (HBA) mit dem fälschungssicheren Hologramm der Identifizierung als Arzt oder Psychotherapeut. Die Smartcard ist ein wichtiges Sicherheitswerkzeug in der Telematik, das Ärzten und Psychotherapeuten künftig den Zugang zu Patientendaten ermöglichen soll – vorausgesetzt, der Patient lässt dies zu. Der HBA ist in vielen elektronischen Prozessen einsetzbar, zum Beispiel bei der Signatur elektronischer Arztbriefe, als Authentisierungsinstrument für den Zugang zu Portalen von Kammern, KVn oder von Kliniken oder für das Online-Banking.

Mehr Infos unter www.aekno.de und www.ptk-nrw.de

Immer mehr Online-Abrechner

Die Zahl der Praxen, die online abrechnen und dabei den HBA zum Signieren nutzen, ist in den vergangenen Monaten stark gewachsen.

Quartal	Praxen
2/2009	4
3/2009	58
4/2009	307
1/2010	750*

*geschätzt

„Größte Hürde war der HBA-Antrag“

Seit dem zweiten Quartal 2009 sendet Allgemeinmediziner Dr. Arthur Breuer aus Hürtgenwald nahe Düren seine Abrechnung via D2D an die KV Nordrhein. Der 54-jährige Anwender des Softwareprogrammes Duria signiert die Online-Abrechnung mit dem elektronischen Heilberufsausweis (HBA). Er sprach mit KVNO aktuell über sein Erfahrungen mit der neuen Technik:

Sind Sie mit der Online-Abrechnung zufrieden?

Breuer: Ja, inzwischen klappt das ganz gut. Ich kann das weitgehend ohne Unterstützung bedienen.

Und zu Beginn?

Breuer: Wie immer bei neuen Produkten gibt es Startschwierigkeiten. Besonders das Beantragen des HBA war extrem aufwendig. Bei der Installation und Bewältigung technischer Probleme hat mir mein Software-Haus geholfen.

Welche Funktion finden Sie hilfreich?

Breuer: Besonders die Testabrechnung mit Fehlerprotokoll. Ich war erstaunt über die große Anzahl von Fehlermeldungen. Man hat hiermit die Möglichkeit die Fehler zu berichtigen und mögliche Kürzungen zu vermeiden. In wirtschaftlich schweren Zeiten hat der Kassenarzt kein Geld zu verschenken.

Gendiagnostik-Gesetz

Zum 1. Februar 2010 ist das Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen (Gendiagnostik-Gesetz – GenDG) in Kraft getreten. Die für die Umsetzung in der Patientenversorgung wichtige Regel zur genetischen Beratung tritt zum 1. Februar 2012 in Kraft. Zur Umsetzung des Gendiagnostik-Gesetzes hat der Gesetzgeber beim Robert Koch-Institut eine unabhängige Gendiagnostik-Kommission eingerichtet, deren Mitglieder vom BMG berufen werden. Aufgabe der Kommission ist die Erstellung von Richtlinien, die die Vorgaben des Gesetzes konkretisieren.

Nach Ansicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbandes ist eine Umsetzung in der vertragsärztliche Versorgung ohne die relevanten Richtlinien der Gendiagnostik-Kommission nur nach den im GenDG beschriebenen Regelungen in Verbindung mit den allgemeinen Grundsätzen zur Aufklärung und Einwilligung möglich. Darüber hinaus können auf das GenDG keine über das bisherige Honorarvolumen hinausgehenden Vergütungsansprüche gestützt werden. Der GKV-Spitzenverband sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung empfehlen den gesetzlichen Krankenkassen und ihren Versicherten sowie den KVen und ihren Mitgliedern, über den bisherigen Umfang hinausgehende Leistungen im Zusammenhang mit der Einwilligung, Aufklärung und genetischen Beratung nach den Paragraphen 8 bis 11 GenDG nicht zu verlangen, nicht zu veranlassen, nicht zu erbringen und nicht zu vergüten.

EBM-Änderungen zum 1. April 2010

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. April 2010 folgende Änderungen beschlossen:

Änderung der EBM-Nummer 01800 Mutterschaftsvorsorge:

Die Leistungslegende der EBM-Nummer 01800, die im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge abrechnungsfähig

ist, wurde zum 1. April 2010 erweitert und lautet nun folgendermaßen:

- 01800 Treponemenantikörper-Nachweis mittels TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) und/oder Immunoassay im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge

Die Bewertung ist von 100 auf 125 Punkte angehoben worden.

Angabe von Begründungen zu den EBM-Nummern 11320 bis 11322

Zur Abrechnung der Nummern 11320 bis 11322 geben Sie bitte ab dem 1. April 2010 die folgenden Begründungen an:

- Die Art der Erkrankung
- Die Art der Untersuchung. Hierzu zählen die Gennummer, der Gename nach OMIM und die Anzahl der durchgeführten Hybridisierungen.

Bitte beachten Sie, dass zum Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten genomischen Mutation diese Leistungen nicht als Screening-Leistung, sondern nur im begründeten Einzelfall berechnungsfähig sind.

Neuaufnahme der EBM-Nummer 19315 in den Abschnitt 19.3 des EBM – Hautkrebs-Screening

Die Nummer 19315 des EBM ist mit der Leistungslegende „Histopathologische Untersuchung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung zur histopathologischen Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings nach Paragraf 135 Abs. 2 SGB V“ zum 1. April 2010 in den EBM aufgenommen worden. Die Leistung ist mit 235 Punkten bewertet.

Die EBM-Nummer 19315 ist bei demselben Material nicht neben der Gebührenordnungsposition 19310 abrechnungsfähig. Sie kann bei demselben Material nur mit besonderer Begründung (z. B. Differenzialdiagnostik bei

Lymphom) neben den EBM-Nummern 11320 bis 11322 berechnet werden. Die Begründung muss einschließlich des ICD-10-Codes für die betreffende Erkrankung bei der Abrechnung angegeben werden.

Die EBM-Nummer 19315 kann nur von Dermatologen und Pathologen abgerechnet werden, die eine Genehmigung zur Abrechnung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening nach Paragraf 135 Abs. 2 SGB V haben.

Anpassung der Zuschläge der EBM-Nummern 19312 und 19313

Die Zuschläge nach den Nummern 19312 und 19313 sind ab dem 1. April 2010 auch für die neu aufgenommene Leistung nach Nummer 19315 berechnungsfähig.

Rückwirkende Anpassung des EBM aufgrund der Änderung der Richtlinien im Rahmen der künstlichen Befruchtung

Aufgrund der Änderung der Richtlinien über die künstliche Befruchtung durch die gesetzlichen Verordnungen zur Testung von Keimzellspendern hat der Bewertungsausschuss mit Wirkung zum 1. Januar 2010 die Änderung der Präambel Nr. 9 zum Abschnitt 8.5 Reproduktionsmedizin des EBM beschlossen.

Danach können Ärzte, die zur Führung der Gebietsbezeichnung Frauenarzt berechtigt sind, neben der EBM-Nummer 08540 im Behandlungsfall nur die EBM-Nummern 01102, 08211, 08510 und 08520 sowie die vertraglich vereinbarten Kostenpauschalen 32575, 32576, 32614, 32618, 32660 und 32781 auf dem Behandlungsausweis des Ehemanns berechnen.

Ärzte, die zur Führung der Gebietsbezeichnung Frauenarzt mit Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik berechtigt sind, können zusätzlich die EBM-Nummern 08570 bis 08574 und die EBM-Nummern des Abschnitts 11.3 berechnen.

Ergänzend zu den bisherigen Maßnahmen der künstlichen Befruchtung wurden die EBM-Nummern 32614 und 32618 neu aufgenommen. Bitte kennzeichnen Sie nun die folgenden Leistungen mit einem „X“:

- 01510 bis 01512, 02100, 02341, 05310, 05330, 05340, 05341, 05350, 08510, 08530, 08531, 08540 bis 08542, 08550 bis 08552, 08560, 08561, 08570 bis 08574, 11311, 11312, 11320 bis 11322, 31272, 31503, 31600, 31608, 31609, 31822, 33043, 33044, 33090, 36272, 36503 und 36822

sowie die vereinbarten Kostenpauschalen der Leistungen nach den EBM-Nummern:

- 32354, 32356, 32357, 32575, 32576, 32614, 32618, 32660 und 32781.

Makuladegenerations-Behandlung für Versicherte der BIG direkt gesund

Die Innungskrankenkasse BIG direkt gesund hat sich zum 1. April 2010 dem Vertrag des BKK Landesverbandes NW zur Makuladegenerations-Behandlung angeschlossen. Die Versicherten der BIG können damit ab 1. April entscheiden, ob die Behandlung mit Avastin oder mit Lucentis durchgeführt werden soll. Die Leistungen und die Vergütungen der BIG sind identisch mit dem BKK-Vertrag. Als Besonderheit verzichtet die BIG auf das mit den BKKen zusätzlich vereinbarte Antragsverfahren nach Ablauf von zwei Behandlungszyklen.

KKH Allianz streicht ab 1. Juli 2010 Impfungen für private Auslandsreisen

Die KKH Allianz hat ihre Vereinbarung mit der KV Nordrhein zur Übernahme von Schutzimpfungen anlässlich privater Auslandsreisen zum 30. Juni 2010 gekündigt. Alle bis zum 30. Juni begonnenen Impfserien können zur Vervollständigung des Impfschutzes jedoch komplettiert werden.

Diagnose-Angaben bei Akupunktur erforderlich

Seit Januar 2007 können Leistungen der Akupunktur zu Lasten der GKV erbracht werden. Die Leistungserbringung als vertragsärztliche Leistung ist auf die folgenden beiden Indikationen begrenzt:

- EBM-Nummer 30790:
Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die seit mindestens sechs Monaten bestehen und gegebenenfalls nicht segmental bis maximal zum Knie ausstrahlen (pseudoradikulärer Schmerz)
- EBM-Nummer 30791:
Chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose, die seit mindestens sechs Monaten bestehen

Die Abrechnung und Vergütung nach den EBM-Nummern 30790 und 30791 setzt neben der Genehmigung zur Erbringung der Leistungen voraus, dass eine Diagnose angegeben wird, die die Leistungserbringung bei den oben genannten zwei Indikationen begründet. Hierbei können jedoch nur gesicherte Diagnoseeinträge berücksichtigt werden, keine Verdachts- oder Ausschlussdiagnosen. In Abrechnungsfällen, in denen keine Diagnosen nach dem ICD-10-Katalog angegeben werden, kann die Akupunkturleistung nicht vergütet werden. Den ICD-10 Code tragen Sie bitte in das Diagnosefeld ein.

Die in Frage kommenden Diagnosen nach dem ICD-10-Katalog finden Sie unter www.kvno.de im Internet der KV Nordrhein bzw. können Sie über Ihr Serviceteam erhalten. [KV100512](#)

Ambulante Operationen: Aktualisierung OPS-Kodierung Zentrumsvertrag

Der Gemeinsame Bewertungsausschuss hat zum 1. Januar 2010 einige Änderungen der OPS-Kodierung bei den zu fördernden ambulanten Operationen nach Paragraph 115b SGB V beschlossen:

- Die OPS-Codes 5-573.40, 5-573.41, 5-594.30 und 5-594.31 wurden zur differenzierten Darstellung der Prozedur neu in den Katalog aufgenommen.

- Die OPS-Codes 5-573.4 und 5-594.3 wurden gestrichen.

Den aktualisierten Katalog der zu fördernden ambulanten Operationen im Rahmen des Zentrumsvertrages 2010 mit den OPS-Codes finden Sie unter www.kvno.de im Internet der KV Nordrhein. [KV100512](#)

Mammographie-Screening: Umsetzung neuer Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Pathologie

Im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms wird ein neues Verfahren zur Selbstüberprüfung der Qualität histopathologischer Befunde eingeführt. Die teilnehmenden Pathologen erhalten künftig vergleichende Rückmeldeberichte. So können eigene Ergebnisse mit den anonymisierten Ergebnissen der Kollegen verglichen werden. Mit dem Verfahren soll die Genauigkeit und Treffsicherheit histopathologischer Befunde weiter gefördert und die Qualität des Mammographie-Screenings auf hohem Niveau gesichert werden.

Erstmals zum 31. Januar 2012 sollen von den Programmverantwortlichen Ärzten (PVA) einer Screening-Einheit die Auflistungen der histopathologischen Befunde zur Auswertung an das Referenzzentrum übermittelt werden. Die Befundlisten werden aus den bereits vorhandenen Dokumentationsdaten zu den multidisziplinären Fallkonferenzen, der Biopsie, der histopathologischen Beurteilung im Rahmen der Abklärungsdiagnostik sowie gegebenenfalls der histopathologischen Beurteilung des Operationspräparates zusammengestellt. Der Pathologe wird vorab seine Befundliste zur Kenntnis erhalten.

Das Referenzzentrum wird die Befundlisten auswerten. Es erstellt eine arztbezogene Statistik zur Anzahl und zum Anteil der histopathologischen Beurteilungen, bei denen in der postoperativen Fallkonferenz eine Diskrepanz zwischen der präoperativen histopathologischen Diagnose und dem endgültigen histopathologischen Befund festgestellt wurde.

Ausgewählte Fälle werden in den alle zwei Jahre nachzuweisenden Fortbildungsveranstaltungen besprochen. Präparate von auffälligen Befunden sollen diskutiert und

bewertet werden. Damit erhält die Fortbildung einen interaktiven Charakter (Falldiskussion). Die an der Fortbildungsveranstaltung teilnehmenden Pathologen stellen die verfügbaren Materialien anonymisiert in der Falldiskussion zur Verfügung.

Zum 1. Mai 2010 Änderungen im Abkommen Ärzte/Unfallversicherung

Im Rahmen des Abkommens Ärzte/Unfallversicherungsträger, nach dem Arbeits- und Wegeunfälle sowie Schulunfälle mit dem jeweiligen Kostenträger abgerechnet werden, wurden zum 1. Mai 2010 folgende Änderungen vereinbart:

- Erhöhung der Vergütung Hautarztbericht GO-Nummer 131 auf 27 Euro
- Ergänzung in den allgemeinen Bestimmungen Teil C Abschnitt V: Bei allen an den DKG-Reihen orientierten Testreihen, die nicht zur Standard-Testreihe gehören, werden zu den Gebühren nach den Nummern 380, 381 und 382 zusätzlich 1,85 Euro je Test vergütet.
- Einführung einer neuen Gebühren-Nummer 379: Testung mit patienteneigenen Substanzen nach vorheriger Beauftragung durch den Unfallversicherungsträger. Für die Vorbereitung der Testsubstanz werden zusätzlich 5,60 Euro (ohne spezifische Aufbereitung, nativ) bzw. 11,20 Euro (mit spezifischer Aufbereitung) vergütet. Die Allgemeine Heilbehandlung wird mit 2,07 Euro, die Besondere Heilbehandlung mit 2,58 Euro vergütet.
- Neuaufnahme der Gebührennummer 552a: Leitungswasser-Iontophorese. Die Allgemeine Heilbehandlung wird mit 6,08 Euro, die Besondere Heilbehandlung mit 7,56 Euro vergütet.
- Ergänzung Leistungslegende bei der Gebührennummer 565: Für die lokale Photochemotherapie (Bade- bzw. Creme-PUVA) kann zusätzlich die Nummer 567 abgerechnet werden.

Ringversuchspflicht von Laborparametern

Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen vom 1. April 2008 ersetzt nach Ablauf der 24-monatigen Übergangsfrist nun die alte Richtlinie von 2001.

Das ringversuchspflichtige Parameterspektrum ist in der neuen Richtlinie erweitert worden. Der Untersuchungsparameter Transferrin nach der EBM-Nummer 32106 unterliegt grundsätzlich der Ringversuchspflicht:

*Die neue Richtlinie ist im Deutschen Ärzteblatt Nr. 7 am 15. Februar 2008 veröffentlicht worden. Sie finden sie unter www.aerzteblatt.de **KV100513***

Ansprechpartner

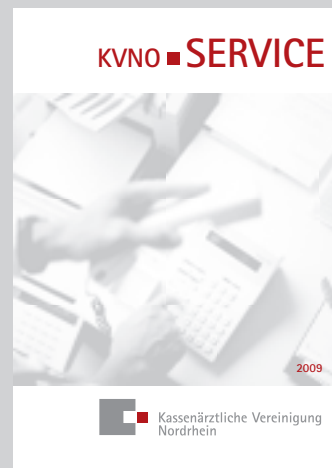
Montag bis Donnerstag von 8 bis 17 Uhr,
Freitag von 8 bis 13 Uhr.

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



Wenn die Hotline der Serviceteams überlastet ist, sprechen Sie bitte die Ansprechpartner der einzelnen Abteilungen direkt an. In der Servicebroschüre der KV Nordrhein finden Sie Namen, Telefonnummern und die E-Mail-Adressen.

Die Servicebroschüre erhalten Sie:

Bezirksstelle Köln

Ralf Coutelle

Telefon 0221 7763 6270, Telefax 0211 7763 6266
E-Mail ralf.coutelle@kvno.de

Beim Teilen von Tabletten in Heimen lauern Fallstricke

Für die tägliche Gabe von Arzneimitteln in Heimen werden Tabletten häufig verblistert und beispielsweise in patientenindividuelle Tütchen mit Tagesdosen verpackt. Diese können dann von den Heimmitarbeitern ausgegeben („gestellt“) werden.

Mit der Änderung des Arzneimittelgesetzes dürfen für diese Blister die Tabletten nicht mehr geteilt werden. Ausnahme: Die Apotheken machen die Blister selbst und lassen sie nicht von einem Dienstleister verblistern. Einzelne Ärzte setzen sich über diese Regelung hinweg und geben jetzt vor, dass die Heime die geteilten Tabletten wieder selbst stellen und auf das Blistern verzichten. Eine generelle Teilung von Tabletten allein aus wirtschaftlichen Gründen kann jedoch nicht empfohlen werden.

Teilverbot

Tabletten sollten in folgenden Fällen nicht geteilt werden:

- wenn die Fach- oder Gebrauchsinformation sie ausdrücklich als nicht teilbar bezeichnet
- wenn nach der Teilung die Magensaftresistenz nicht mehr gegeben ist
- bei einem Überzug zur verzögerten Wirkstofffreisetzung (andere Retardformulierungen, zum Beispiel Pellets können unter Umständen geteilt werden)
- bei Mantel- oder Zweischichttabletten
- bei speziellen Formulierungen, wie OROS-System
- bei sehr niedrig dosiertem Wirkstoff (μg -Bereich)
- bei sehr kleinen Tabletten ($< 50\text{mg}$)

Quelle: AMK der Apothekerschaft, 2004

Wenn Tabletten in einer geforderten Stärke nicht verfügbar sind, können diese gegebenenfalls geteilt werden, was besonders zum Ein- und Ausschleichen einer Therapie nützlich sein kann. Bruchkerben oder -rillen ermöglichen das genaue Halbieren oder Vierteln von Tabletten. Wenn keine Bruchkerben vorhanden sind, kann das Tei-

len jedoch zu ungenauen Dosierungen oder zum Zerbröseln der Tablette führen.

Bestimmte Tabletten, beispielsweise mit einem magensaftresistenten Überzug, dürfen nicht geteilt werden. Ferner sollten Tablettenhälften, beispielsweise in Heimen, nicht über einen längeren Zeitraum aufbewahrt werden. Wenn eine Tablette geteilt wird, sollte die verbleibende Tablettenhälfte aus Stabilitätsgründen zum nächsten Einnahmezeitpunkt eingenommen werden. Einen Joghurt, der ohne Deckel zwei Tage im Kühlschrank steht, würde man ja auch nicht mehr verzehren.

In Heimen wird jedoch häufig für mehrere Tage oder eine Woche gestellt. Tablettenhälften bleiben dann über längere Zeit im Dispenser oder in separaten Dosen liegen, sodass sie nicht mehr zu identifizieren sind. Bei solch unsachgemäßer Lagerung erlischt die Gewährleistung des Herstellers. Einige Heime gehen daher dazu über, Tablettenhälften, die nicht direkt gestellt werden, zu verwerfen.

Bei Tabletten, die für eine Teilung nicht geeignet sind und zerbröseln, kann es neben der ungenauen Dosierung zu einer „Cross contamination“ beispielsweise über Tablettenteiler kommen. Stark wirksame Arzneimittel sollten nicht geteilt werden, um das Personal nicht unnötig zu belasten.

Pharmakotherapie- und Heilmittelberatung

Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111
Telefax 0211 5970 8136
E-Mail pharma@kvno.de

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396
Telefax 0211 5970 9396
E-Mail margit.karls@kvno.de

Therapiehinweis zu Aliskiren: nur selten sinnvoll

Für den Renin-Inhibitor Aliskiren (Rasilez) ist im April ein Therapiehinweis in die Arzneimittel-Richtlinie aufgenommen worden. Mit der Veröffentlichung weist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) darauf hin, dass:

- eine generelle Überlegenheit für die Blutdrucksenkung durch Aliskiren in der Monotherapie nicht belegt ist
- für eine Kombinationstherapie mit Aliskiren bislang keine bessere Blutdrucksenkung nachgewiesen wurde als bei einer Dosisanpassung etablierter Antihypertensiva
- eine Reduktion kardiovaskulärer Morbidität und Mortalität für die Aliskiren-Therapie nicht belegt ist
- in der Kombination mit anderen Hemmstoffen des Renin-Angiotensin-Systems ein erhöhtes Risiko für eine Hyperkaliämie bestehe.

Nur in den seltenen Fällen, wenn eine Kombinationstherapie etablierter Antihypertensiva ausgeschöpft ist, könnte Aliskiren eine Therapieoption sein, so der G-BA. Im Vergleich zu generischen Präparaten der ACE-Hemmer oder der Sartane ist Aliskiren bis zu elfmal teurer.

Der vollständige Therapiehinweis ist Teil der Arzneimittelrichtlinien (Anlage IV); Sie finden ihn im Internet unter www.g-ba.de [KV100515](#)

Preisübersicht Aliskiren im Vergleich zu generischen ACE-Hemmern oder AT1-Rezeptor-Antagonisten

Wirkstoff	DDD (mg)	Preis pro 98/100 Stück
Enalapril (Generika)	10	10,77 Euro
Lisinopril (Generika)	10	14,24 Euro
Ramipril (Generika)	2,5	11,35 Euro
Losartan (Generika)	50	29,88 Euro
Eprosartan (Generika)	600	73,24 Euro
Aliskiren (Rasilez)	150	113,43 Euro

Quelle: Dimdi, Lauertaxe Stand: 15. April 2010

Mindestens 30 Prozent Epoetin-Biosimilars verordnen

Für Epoetin-Präparate wurde 2009 in Nordrhein erstmals eine Biosimilar-Quote eingeführt. Seit 2010 soll der Anteil der Biosimilars an allen Epoetin-Präparaten bei mindestens 30 Prozent liegen, wobei die Quote auf der Basis der Definierten Tagesdosen (DDD) errechnet wird.

Biosimilars sind im Vergleich zu den Originalpräparaten ähnlich und sollten aus wirtschaftlichen Gründen vermehrt eingesetzt werden.

Mittlerweile wurden die ersten Biosimilars, Retacrit, Biopoin und Eporatio auch zur subcutanen Anwendung bei der Behandlung der symptomatischen Anämie infolge einer Niereninsuffizienz zugelassen.

Preise von Epoetin-Präparaten

Preise für Erythropoetin-Präparate je DDD (1.000 I.E.) bezogen auf Packungen mit je 6 x 4.000 I.E. Aranesp und Mircera werden in µg dosiert und sind in der Preisübersicht nicht dargestellt.

Handelsname	Isoform	Anbieter	Preis je 1.000 I.E.
Abseamed	alfa (Biosimilar)	Medice	9,53 €
Binocrit	alfa (Biosimilar)	Sandoz	9,53 €
Epoetin alfa Hexal	alfa (Biosimilar)	Hexal	9,53 €
Erypo	alfa	Janssen	12,85 €
Neorecormon	beta	Roche	12,12 €
Retacrit	zeta (Biosimilar)	Hospira	9,53 €
Silapo	zeta (Biosimilar)	Cellpharm	9,53 €
Biopoin	theta (Biosimilar)	CT	9,53 €
Eporatio	theta (Biosimilar)	Ratiopharm	9,53 €

Quelle: Lauer Taxe, Stand 15. März 2010

Blindenhilfsmittel richtig verordnen

Blindenhilfsmittel dienen nicht der Verbesserung der Sehkraft. Sie sollen dem Blinden oder hochgradig sehbehinderten eine selbständige Lebensweise im Sinne der Fortbewegung, Wahrnehmung und Orientierung in seiner Umwelt, aber auch bei der Informationsbeschaffung ermöglichen.



Foto: Karin Lau, Fotolia.com

Blindenlangstöcke zahlen die gesetzlichen Krankenkassen – die kurzen aber nicht.

Blindenlangstöcke (Taststöcke)

Hilfsmittel-Nummer für einteilige: 07.50.01.0;
für mehrteilige: 07.50.01.1

Bei der Erstversorgung mit Blindenlangstöcken können Sie sofern nötig zwei Stöcke verordnen, denn der Anwender braucht im Notfall einen Reservestock, der ihm zur Verfügung stehen sollte. So genannte kurze Blindenstöcke („weiße Stöcke“) oder gelbe Armbinden (Blindenarmbinden) fallen nicht unter die gesetzliche Leistungspflicht.

Elektronische Blindenleitgeräte

Hilfsmittel-Nummern: 07.50.02.0 – 5

Die Blindenleitgeräte dienen dazu, den Oberkörper zu schützen und die Fortbewegung und Orientierung in der Umwelt zu ermöglichen. Sie sind verordnungsfähig, wenn bereits eine Verordnung eines Lang-/Taststockes erfolgt ist oder zeitgleich mit dieser. Des Weiteren muss eine Mobilitätsschulung erfolgen. Der verordnende Arzt

entscheidet nach einer Erprobungsphase über die Art des Leitgerätes. Es gibt Leitgeräte für:

- den Körperschutz (Hindernismelder)
- zur einfachen räumlichen Orientierung (Orientierungshilfen) und solche
- zur umfassenden räumlichen Orientierung (Umweltsensoren)

Mobilitätstraining, Mobilitätsschulung

Um Blindenleitgeräte verordnen zu können, müssen Mobilitätstrainings durchgeführt werden. Solche werden bei einem „Orientierungs- und Mobilitätstrainer bzw. –lehrer (O & M-Lehrer) durchgeführt und müssen der Krankenkasse nachgewiesen werden. Wenn der Blinde sie als Hilfsmittel nutzt, beschränkt sich die Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht nur auf die Erprobungsstunden, sondern schließt auch die eigentliche Mobilitätsschulung am Hilfsmittel ein. Ansonsten werden nur die Erprobungsstunden von der GKV übernommen. Mobilitätstrainings zum Erlernen „lebenspraktischer Fertigkeiten“ gehören nicht hierzu.

Insgesamt können bis zu 40 Trainingseinheiten à 45 Minuten (plus 15 Minuten Vor- und Nachbetreuungszeiten) als Gesamtbedarf angenommen werden. Da diese vom Alter, dem Entwicklungsstand, der Art und Schwere der Behinderung abhängig sind, kann in begründeten Einzelfällen die Schulung bis zu 80 Trainingseinheiten umfassen. Besonders bei Verschlechterung der Erkrankung oder bei zusätzlichen Behinderungen, wie eine bestehende Blindheit und eine Hörverschlechterung, kann dies der Fall sein.

Systeme zur Schriftumwandlung

Hilfsmittel-Nummer: 07.99.01.0

Diese Geräte helfen dem Blinden Informationen zu beschaffen und zum Beispiel die Schwarzschrift in Brailleschrift oder in taktile (erfassbare) Schwarzschrift umzuwandeln. Da es hier eine Reihe von Ordnungsbedin-

gungen gibt, sollte vor einer endgültigen Kostenübernahme eine Begutachtung durch den MDK erfolgen. Bei Kindern im schulpflichtigen Alter wird automatisch von einer starken Lesegewohnheit auch in der häuslichen Umgebung ausgegangen. Angenommen wird, dass mindestens fünf Stunden wöchentlich die Regel darstellen.

Besucht jedoch ein schulpflichtiges Kind eine besondere Einrichtung in der viele Schüler mit gleichartigen Behinderungen ein bestimmtes Blindenhilfsmittel nutzen können, sind diese Geräte Ausstattungsgegenstände der Einrichtungen, da davon ausgegangen wird, dass sie einer speziell ausgerichteten schulischen Ausbildung dienen.

Für Gebrauchsgegenstände, die blindengerecht verarbeitet sind, zahlen die Kassen nicht. Das betrifft unter anderem spezielle Mobiltelefone oder Kleincomputer.

Geräte zur Schriftumwandlung (Lesegeräte)

Hilfsmittel-Nummer: 07.99.01.1

Diese Geräte ermöglichen es Maschinen, geschriebene bzw. gedruckte Texte zu „übersetzen“. Hierbei wird der Text entweder in Braille-Schrift oder in synthetische

Sprache umgesetzt. Häufig verfügen die Geräte über ein Sprachausgabe, da eine Erweiterung um zusätzliche Braille-Zeilen nur bei besonderen Leseanforderungen als begründet anerkannt wird.

Es gibt eine Vielzahl von unterschiedlichen Systemen, die sich in der Regel darin unterscheiden, dass sie geschlossen (eigenständiges System) oder offen (zum Beispiel PC-basiert) sind. Die Handhabung der geschlossenen Geräte ist im Vergleich zu den offenen Geräten in der Regel einfacher.

Erneute Verordnungen mit einem Lesegerät erfolgen nicht automatisch, wenn gerätetechnische Weiterentwicklungen angeboten werden. Die Entscheidung hängt vielmehr von der Grunderkrankung des Patienten ab.

Spezielle Geräte für Blinde

Hilfsmittel-Nummer: 07.99.04.1 spezielle mobile Blindencomputer oder 07.99.04.1 Kommunikationsgeräte für Taub-Blinde

Spezielle Blindencomputer können ausschließlich für schulpflichtige Kinder zur „Herstellung oder Sicherung der Schulfähigkeit“ verordnet werden. Dabei dienen diese Geräte sowohl der Informationsverwaltung als auch dem Lesen und Schreiben. Entweder es wird direkt mit Braille-Schrift eingegeben, oder die Schrift wird umgewandelt. Bei den Kommunikationsgeräten für Taub-Blinde handelt es sich um Kompaktgeräte, die die Kommunikation zwischen Taub-Blinden und Sehenden ermöglichen.

Spezielle Schreibhilfen für Blinde

Hilfsmittel-Nummern: 07.99.05.0 – 3

Hierunter fallen bestimmte Schriftgriffel und Korrekturstifte, Gittertafeln, Drucker mit Braille-Ausgabe oder auch Braille-Schreibmaschinen. Die Produkte sind in der Regel dazu da, blinden Kinder in der Schule zu helfen. Nicht von der GKV-Leistungspflicht erfasst sind grundsätzlich Geräte zum Abrufen und Speichern von Informationen (zum Beispiel von Tageszeitungen), die dann mobil und zeitunabhängig gelesen oder gehört werden könnten.

Indikationen

Für alle genannten Geräte gilt grundsätzlich, dass entweder eine Erblindung oder eine hochgradige Sehbehinderung zugrunde liegen muss. Dabei kann es sich um angeborene oder erworbene Erkrankungen des Auges, der Netzhaut oder der Sehbahnen und des zentralen Nervensystems handeln. Zum Beispiel:

- Schädigung des Nervus opticus und Atrophien, zum Beispiel bei Glaukomerkrankungen
- vollständiger oder teilweiser Gesichtsfeldausfall
- Netzhautschädigung, zum Beispiel bei hochgradiger Myopie auch mit generativer Veränderung der Netzhaut oder als diabetische Folgeschäden degenerative Veränderungen, die mit einer hochgradigen Sehbehinderung oder Blindheit einhergehen: Retinopathia pigmentosa oder Verletzungsfolgen, Trübungen, neurologische Störungen (wie Nystagmus), Verletzung, Tumoren oder Infektionen (wie Uveitis)

Nachwuchs dringend gesucht

Fast jeder fünfte Arzt im Rheinland ist 60 Jahre und älter. Das heißt, in absehbarer Zeit werden diese Ärztinnen und Ärzte aus der ambulanten Versorgung ausscheiden.

Damit diese Altersproblematik nicht zu einem Ärztemangel vor allem in ländlichen Gemeinden führt, müssen heute Maßnahmen ergriffen werden, dies zu verhindern. Die Landesregierung hat dazu Vorschläge entwickelt oder bereits in die Tat umgesetzt, um den drohenden Versorgungsnotstand vor allem auf dem Land abzuwenden. Vor allem aber muss die Bezahlung der ambulanten Medizin verbessert werden.

Jeder fünfte Arzt über 60

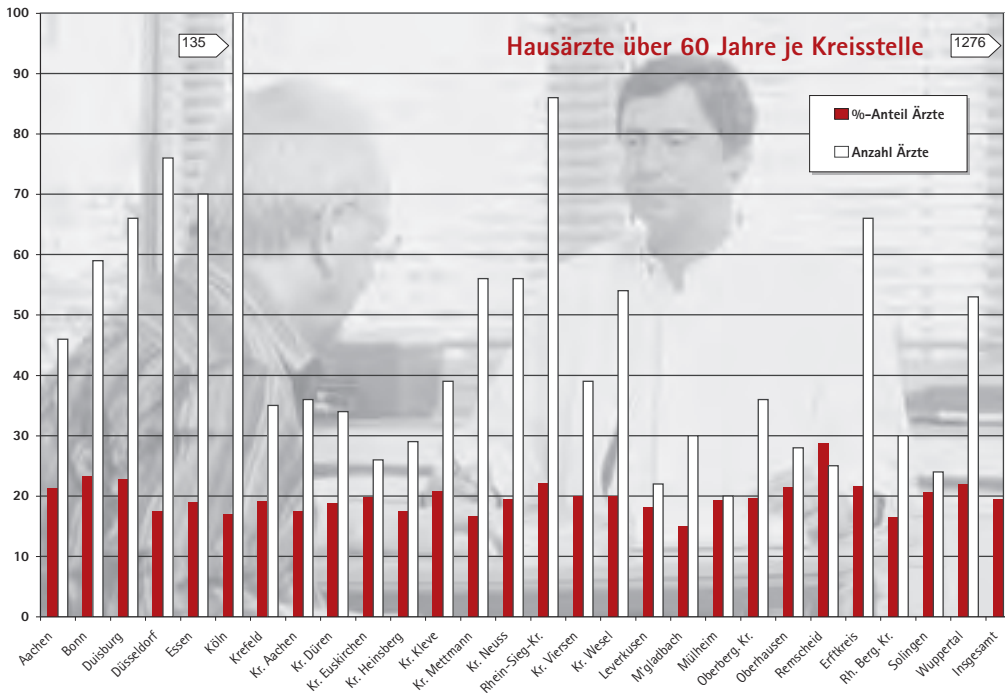
Von den Hausärzten sind 1329 Kolleginnen und Kollegen 60 Jahre und älter. Das entspricht 19,5 Prozent. Die Verteilung in den 27 Kreisstellen der KV Nordrhein ist mit einer Ausnahme nahezu gleich. Die meisten Ärztinnen und Ärzte dieser Altersgruppe finden sich mit knapp 30 Prozent in der Kreisstelle Remscheid. Am niedrigsten

ist ihr Anteil mit 15,4 Prozent in Mönchengladbach. In eher städtisch geprägten Kreisen ist der Anteil dieser Altersgruppe etwas niedriger als in eher ländlich geprägten Kreisen. So beträgt der Anteil der über 60-Jährigen in der Kreisstelle Köln 17,5 Prozent gegenüber 19,7 Prozent im Kreis Euskirchen. In Düsseldorf sind es 18,2 Prozent gegenüber 20,7 im Kreis Kleve.

Bei den Fachärzten in Nordrhein ist die Situation etwas günstiger. Hier sind nur 15 Prozent älter als 60 Jahre. In der Kreisstelle Neuss finden sich mit 20,2 die meisten Fachärzte dieser Altersgruppe. Am wenigsten gibt es in der Kreisstelle Oberhausen mit 9,1 Prozent. Die Unterschiede zwischen den Kreisstellen sind bei den Fachärzten signifikanter als bei den Hausärzten. Der Unterschied zwischen Stadt- und Landkreisen geht nicht eindeutig zu

Lasten der ländlichen Kreise. So hat Euskirchen einen Anteil von 15,7 Prozent, Köln dagegen von 16,7 Prozent; Düsseldorf hat einen Anteil von 13,3 Prozent gegenüber dem Kreis Kleve von 16,3 Prozent.

Ein Betrachtung der einzelnen Gemeinden in den Planungsbezirken ergibt zum Teil noch dramatischere Zahlen. Unter der Annahme, dass alle über 60-Jährigen ohne Ersatz ausscheiden, würde dies in verschiedenen Gemeinden zu einer Unterversorgung führen. In Nordrhein sind dies Ge-



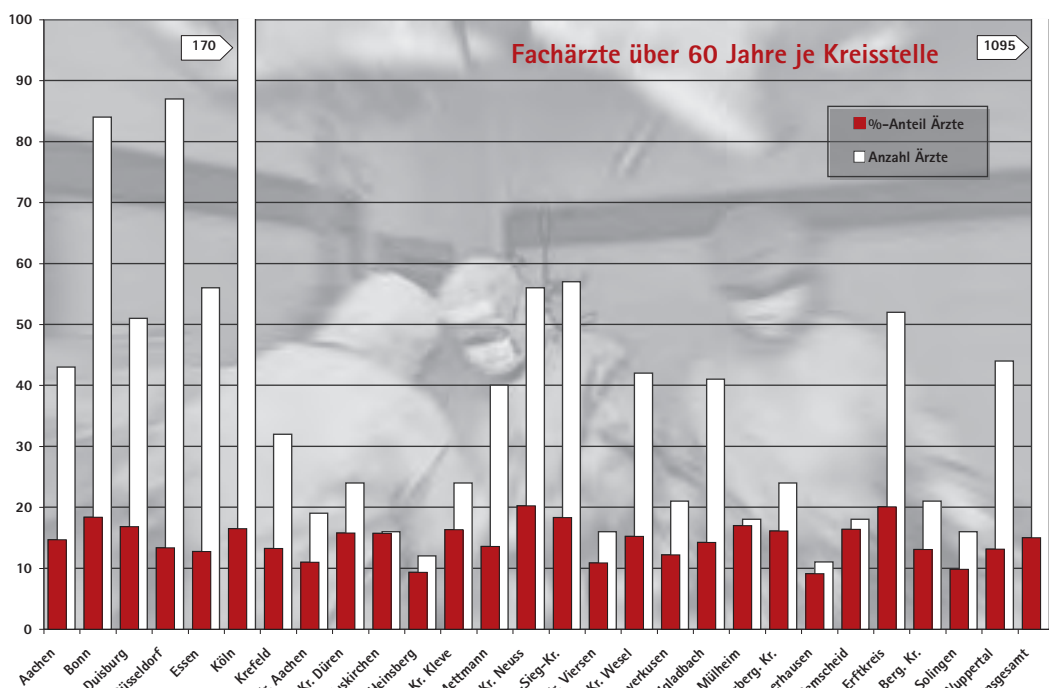
meinden im Kreis Kleve wie zum Beispiel Uedem oder Wachtberg im Rhein-Sieg Kreis.

In diesen Gemeinden hat Landesgesundheitsminister Karl-Josef Laumann kürzlich das Programm zur Förderung der Niederlassung von Landärzten vorgestellt. Danach erhalten Ärzte, die sich in Gemeinden niederlassen wollen, in denen die Gefährdung der hausärztlichen Versorgung droht 50.000 Euro bei Niederlassung und 10.000 Euro bei der Eröffnung einer Zweigpraxis. In den Gemeinden, deren Versorgung mittelfristig bedroht ist, gewährt das Land bei Niederlassung einen Zuschuss von 25.000 Euro. Inzwischen wurden 59 Anträge gestellt, davon wurden zwölf bewilligt.

In Wachtberg und in Uedem betonte Laumann, dass dieses Programm sich nicht gegen Fachärzte richte, sondern die Versorgung durch Landärzte -und das seien nun einmal vor allem Hausärzte- sicherstellen wolle. NRW komme aber auch nicht umhin, die Zahl von rund 2000 Medizin-Studenten jährlich um 10 bis 15 Prozent zu erhöhen. „Aber wir bilden für andere Bundesländer aus“, beklagte der Minister.

„Warum soll man sich in NRW niederlassen, wenn man woanders bis zu 20 Prozent mehr bekommt?“, fragte Laumann. Auch deshalb müsse die Honorierung der nordrhein-westfälischen Ärzte verbessert werden. Denn NRW komme in der Verteilung des Honorars zu kurz. „Das müssen auch die Krankenkassen in NRW einsehen“, so der Minister.

Die Krankenkassen im Land NRW erhielten die gleichen Summen aus dem Fonds wie in den anderen Bundeslän-



dern. Sie zahlten aber deutlich weniger für die ambulante Medizin als anderswo. „Es steht in keinem vernünftigen Verhältnis, dass der ambulante Pflegedienst mehr bekommt als der Hausarzt“, schimpfte Laumann. In einer politischen Allianz aus Politik, Ärzteschaft und Bürgern müsse diese Misere beseitigt werden.

Grundlegende Modernisierung der Bedarfsplanung

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Köhler, hat zur Bekämpfung des drohenden Ärztemangels eine grundlegende Modernisierung der Bedarfsplanung angemahnt. In einer Sitzung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages am 21. April forderte Köhler, künftig müsse zunächst der Behandlungsbedarf der Bevölkerung kleinräumig gemessen werden. Davon ausgehend solle der Bedarf an Ärzten sektorenübergreifend im stationären und ambulanten Bereich abgebildet werden. Dazu schlug er die Gründung von Regionalverbänden in jedem Bundesland vor, den neben den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Landeskrankenhausesellschaften, die Landesärztekammern und die Landesministerien stimmberechtigt angehören sollten.

Mentoren begleiten angehende Ärzte bis zur Facharztprüfung

In Essen, Mülheim und Oberhausen wurde von niedergelassenen Ärzten und Kliniken der gemeinsame Hausärztliche Weiterbildungsverbund Ruhr gegründet.

Mit diesem Weiterbildungsverbund wollen die Beteiligten die Zahl der Allgemeinmediziner über eine strukturierte und für angehende Ärzte interessante Weiterbildung deutlich steigern.

Jährlich müssten in Nordrhein rund 200 Ärztinnen und Ärzte nachrücken, um die altersbedingten Lücken in der Hausärztlichen Versorgung zu füllen. „Die Anerkennungen von Allgemeinärzten gehen aber seit 2007 deutlich zurück und liegen zurzeit bei 100 Ärzten pro Jahr“, erläuterte Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, zugleich Kammerpräsident in Nordrhein. Zu wenig, um Versorgungsengpässe speziell in ländlichen Regionen zu verhindern. Umso wichtiger seien nachhaltige Programme wie das des Weiterbildungsverbundes Ruhr.

Der Weiterbildungsverbund Ruhr besteht aus sieben Teilverbänden, in der Regel ein oder zwei Kliniken und niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte aus der Region. Weitere Kooperationen stehen kurz vor dem Start. Im Weiterbildungsverbund Ruhr verpflichten sich die Partner

zu einem gemeinsamen, verbindlichen Curriculum über die gesamten fünf Jahre der Weiterbildung. Dies bietet Ärzten in der Weiterbildung ein Höchstmaß an Planungssicherheit und eine Weiterbildung aus einem Guss.

Feste Ansprechpartner, ein Mentorenprogramm, ein Weiterbildungsfahrplan für die gesamte Weiterbildungszeit und eine für alle Weiterbildungsabschnitte gesicherte Vergütung auf Krankenhausniveau sollen für die ärztliche Weiterbildung zum Hausarzt im Ruhrgebiet werben. Das durchgehende Weiterbildungsangebot in einer Region vermeidet auch die sonst üblichen häufigen Wohnungswechsel für die Ärzte in der Weiterbildung.

Ärztinnen und Ärzte, die sich speziell für den Weiterbildungsverbund Ruhr interessieren, wenden sich bitte direkt an das Servicezentrum Ruhr

Christa Schalk

Bamlerstraße 3c, 45141 Essen

Telefon 0201 4360 30-35, Telefax: 0201 4360 30-40

Email christa.schalk@aekno.de

Koordinierungsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Um Weiterbildungsverbände zu fördern und zu betreuen, werden in allen Bundesländern Koordinierungsstellen eingerichtet. Für den Bereich der KV Nordrhein ist die KV Nordrhein Consult Ihre Ansprechpartnerin. Diese wird u.a. folgende Aufgaben übernehmen:

- Verhandlung, Organisation und Koordination des Weiterbildungsverbundes mit den Krankenhäusern
- Finanzierung der Weiterbildungsstellen im ambulanten Bereich gemeinsam mit den Krankenkassen
- Gewinnung von weiterbildungsbefugten Vertragsärzten zur Teilnahme am Weiterbildungsverbund
- Erstellen und Abstimmen des Rotationsplans mit den Beteiligten (Krankenhaus, Niedergelassene, Ärztekammer etc.)
- Information und Unterstützung aller Beteiligten innerhalb des Weiterbildungsverbundes

- Gewinnung von Tutoren zur fachlichen/kollegialen Begleitung eines Arztes in Weiterbildung
- Beteiligung an der Erstellung von Informationsmaterialien und Durchführung von Informationsveranstaltungen
- Evaluation der Auswirkungen des Weiterbildungsverbundes

Interessierte Ärzte oder Krankenhäuser wenden sich für weitere Informationen bitte an

KV Nordrhein Consult

Frank Bausch

Tersteegenstr. 3

40474 Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8061

Email frank.bausch@kvno.de

Kosten- und Leistungsstruktur in Praxen

KBV bittet tausende Ärzte und Psychotherapeuten um Auskünfte. Sie braucht die Daten für Honorarverhandlungen.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) hat eine groß angelegte Befragung zur Analyse der Kosten- und Leistungsstruktur von Arztpraxen bei den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten gestartet. Nach einer ersten Befragungsrunde im März werden jetzt erneut tausende Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten angeschrieben mit der Bitte um Teilnahme. Die Analyse ist erforderlich, um in den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen auch die Kosten in den Praxen geltend zu machen. Das so genannte „Zentralinstitut Praxis Panel (ZiPP)“ ist die erste Längsschnittstudie, die in diesem Umfang durchgeführt wird.

Die ermittelten Daten sind für die Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen wichtig: Denn ein Kriterium für die jährliche Anpassung des Orientierungspunktwertes und damit der Preise im EBM ist die Veränderung der Investitions- und Betriebskosten von Praxen. Ziel der KBV ist es, diese Veränderungen bei der Weiterentwicklung des Orientierungspunktwertes bereits für das Jahr 2011 geltend zu machen.

Mit dem ZiPP wird es möglich sein, die Entwicklung der Kosten über mehrere Jahre hinweg nachzuweisen und somit verlässliche Datengrundlagen zu schaffen. Gelingt es, aufgrund der erhobenen Daten einen Kostenanstieg abzubilden und eine Steigerung des Orientierungspunktwertes von nur einem Prozentpunkt zu erreichen, würde dies mehr als 300 Millionen Euro für die vertragsärztliche Versorgung bringen.

Um die Repräsentativität der Studie zu gewährleisten, ist es wichtig, dass möglichst viele Ärzte und Psychotherapeuten daran teilnehmen. Deshalb die Bitte: Nehmen Sie teil, wenn Sie im Rahmen der Zufallsstichprobe angeschrieben werden. Wenn Sie im Rahmen der Zufallsstichprobe ausgewählt wurden, werden Sie vom Zentralinstitut angeschrieben und er-

halten die entsprechenden Unterlagen. Der Erhebungsbogen des ZI enthält unter anderem Fragen zur Personalausstattung, zu den in der Praxis vorhandenen medizinisch-technischen Geräten und zur Arbeitszeit der Praxisinhaber und der Praxismitarbeiter. Ferner werden Angaben zu den Einnahmen und den Ausgaben der Praxis erbeten.

Die Auswertung der Daten erfolgt anonym, die Praxen sind für das ZI nicht identifizierbar. Die Teilnehmer senden ihre ausgefüllten Fragebögen an eine externe Vertrauensstelle. Auf diese Weise wird die Wahrung der Anonymität gewährleistet.

Für die – notwendigerweise – gründliche Befragung benötigen Sie etwa eine Stunde Zeit. Einige Fragen müssen zudem vom Steuerberater der Praxis beantwortet werden (ca. 30 Minuten Arbeitsaufwand). Die Teilnehmer erhalten für das vollständige Ausfüllen des Bogens eine Aufwandsentschädigung von 200 Euro. Die Auszahlung erfolgt über die Vertrauensstelle.

Auch Ärzte und Psychotherapeuten, die bereits in der ersten Erhebungswelle angeschrieben wurden und ihre Unterlagen noch nicht eingereicht haben, können dies bis zum 28. Mai tun.

Fragen zur Studie?

Telefon-Hotline bei allgemeinen Fragen zum ZiPP:
Telefon 030 4005 2432
Internet: www.zi-pp.de

Aus Gründen des Vertrauensschutzes bitten wir Sie, Angaben zu den Fragen der Erhebung nicht dem Zentralinstitut mitzuteilen. Für alle inhaltlichen Fragen beim Ausfüllen der Erhebungsunterlagen steht Ihnen der beauftragte Treuhänder zur Verfügung, dessen Kontaktdaten Sie ebenfalls unter www.zi-pp.de abrufen können.

Zentrale Stelle Mammographie-Screening in Nordrhein:

Termine für 1,2 Millionen Frauen koordinieren

Frauen, die einen Termin zum Mammographie-Screening vereinbaren oder verschieben wollen, wenden sich an die Zentrale Stelle. Das geht telefonisch, oft aber besser per Fax oder Email.

Vor fünf Jahren startete das Mammographie-Screening-Programm in Düsseldorf. Inzwischen gibt es das Angebot zur Früherkennung von Brustkrebs bundesweit. In Nordrhein sind mehr als 1,2 Millionen Frauen anspruchsberechtigt. Das heißt, sie sind zwischen 50 und 69 Jahre alt und haben ihren ersten Wohnsitz im Rheinland.

Die Frauen erhalten eine Einladung zum Screening-Termin. Den Brief mit Terminvorschlag und Informationen

verschickt die Zentrale Stelle Mammographie-Screening. In Düsseldorf sind 19 Mitarbeiterinnen damit beschäftigt, vor allem aber mit der Vereinbarung von Terminen bei den zehn Mammographie-Einheiten in Nordrhein.

„Wir laden die anspruchsberechtigten Frauen alle zwei Jahre zu der Früherkennungs-Untersuchung ein“, sagt Anja Bolz, Leiterin der Zentralen Stelle in Nordrhein. Die Daten erhält sie von den örtlichen Einwohnermelderegistern. Wenn eine Frau ihren Screening-Termin nicht wahrnimmt, schicken Bolz und Co einen neuen Vorschlag.

Die anspruchsberechtigten Frauen müssen nicht auf die Einladung der Zentralen Stelle warten. „Sie können sich gerne direkt an uns wenden“, lädt Bolz ein. Das geht telefonisch, per Email oder Fax.

Manchmal kein Durchkommen

„Da wir die Termine für 1,2 Millionen Frauen koordinieren, sind wir telefonisch manchmal schwer zu erreichen“, räumt die 38-Jährige ein. Besonders, wenn Beiträge über das Screening in großen regionalen Zeitschriften und Zei-



Foto: Kooperationsgemeinschaft Mammographie

Die Zentrale Stelle lädt alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren zum Mammographie-Screening ein. Alle zwei Jahre erhalten die Frauen ein Einladungsschreiben.

tungen erscheinen, rufen am nächsten Morgen sehr viele Frauen an. Denn die Telefonnummer der Zentralen Stelle steht immer dabei.

Kontakt zur Zentralen Stelle

Die Zentrale Stelle Mammographie-Screening in Nordrhein erreichen Sie unter
Telefon 0211 5970 7000

Montags bis Donnerstags von 8 bis 17 Uhr
Freitags von 8 bis 13 Uhr

Das Faxformular bitte an folgende Nummer faxen
Telefax 0211 5970 8943

Für den Kontakt per Mail sollten Patientinnen das Formular nutzen, das im Internet zur Verfügung steht

www.masc.kvno.de

„Kontaktieren Sie uns per Email oder Fax“, rät Bolz. Dafür gibt es eigene Formulare zur Vereinbarung oder Änderung eines Termins. Darin fragt die Stelle alle nötigen Daten ab, die sie für eine Terminvergabe benötigt. „Bei vielen frei formulierten Faxen und Mails fehlen Angaben, sodass die Frau nicht eindeutig den bei uns gespeicherten Daten zugeordnet werden kann.“ Das könne dazu führen, dass Frauen doppelt erfasst und zweimal eingeladen werden. „Den Aufwand und die Kosten wollen wir natürlich vermeiden“, so Bolz.

Das Kontaktformular steht im Internet zum Herunterladen bereit. Frauenärzten, die ihren Patientinnen die Kontaktaufnahme erleichtern möchten, stellt die Zentrale Stelle Faxformulare gerne zur Verfügung.

Das Kontaktformular und viele weitere Infos finden Sie im Internet unter www.masc.kvno.de

Was bringt das Screening?

Viele anspruchsberechtigte Frauen fragen nach den Vor- und Nachteilen des Mammographie-Screenings. Kennzahlen helfen, diese Fragen zu beantworten. Befürworter und Kritiker des Screenings haben sich jüngst auf 13 Kennzahlen geeinigt. So bewahrt das Programm von 1.000 Frauen, die über den gesamten Zeitraum regelmäßig am Mammographie-Screening teilnehmen, fünf vor dem Tod durch Brustkrebs. Ein wichtiger Vorteil.

Es gibt aber auch Nachteile: So sind es ebenfalls fünf von 1.000 Frauen, die unnötig zu Brustkrebspatientinnen werden. Denn ihr Krebs wäre ohne Früherkennung nicht auffällig geworden – ohne tödliche Folge. Und bei 50 Frauen findet eine Gewebeprobe statt, die sich als unauffällig herausstellt.

Diese Zahlen sind in der Broschüre: „Früherkennung von Brustkrebs. Was Sie darüber wissen sollten“ enthalten, den die Kooperationsgemeinschaft Mammographie und das Deutsche Krebsforschungszentrum herausgibt. Die

Broschüre können sie über das Internetangebot der Kooperationsgemeinschaft Mammographie kostenlos beziehen: www.mammo-programm.de

Kennzahlen Mammographie-Screening

Die Zahlen beziehen sich auf 1 000 Frauen, die 20 Jahre lang jedes zweite Jahr am Mammographie-Screening-Programm teilnehmen (10 Screeningrunden).

Teilnehmerinnen	1 000
Positive Befunde	300
Falsch-positive Befunde	250
Falsch-negative Befunde/Intervallkarzinome	15
Biopsien	100
Negative Biopsien	50
Brustkrebs im Screening entdeckt	50
Diagnose Brustkrebs	65
Invasive Tumoren	52
In-situ-Karzinome (DCIS)	13
Überdiagnosen und Übertherapien	5
Gestorben wegen Strahlenbelastung	0
Vermiedene Brustkrebstodesfälle	5
An Brustkrebs gestorben	15

Quelle: Weymayer, Christian: Kennzahlen Mammographie-Screening. Dokumentation 2010. Version 1.2. Hg. v. Kooperationsgemeinschaft Mammographie. Köln 2010.

Neue Leiterinnen in den Honorarabteilungen der Bezirksstellen Düsseldorf und Köln

Marion Flucht führt seit Anfang 2010 die Honorarabteilung in Düsseldorf. Bekannte Aufgaben mit neuen Herausforderungen für die 50-Jährige: von 1999 bis 2003 kümmerte sie sich um die Abrechnung in der Bezirksstelle Aachen, von 2004 bis 2010 in Köln. „Kompetent bei der Abrechnung beraten und für unsere Praxen präsent sein“, das sieht Flucht als wichtigste Aufgabe an.



Marion Flucht

Seit März ist Karin Kempken-Mühlich Leiterin der Honorarabteilung in Köln. Die 47-Jährige arbeitet seit über 20 Jahren in der KV Nordrhein, kam 2003 aus der Bezirksstelle Essen nach Köln. Trotz ihrer großen Erfahrung sieht sie die neue Tätigkeit als Herausforderung. „Ich hoffe, dass Ärzte und Psychotherapeuten unser Beratungsangebot nutzen“, sagte Kempken-Mühlich.



Karin Kempken-Mühlich

Japaner erstaunt über deutsche DMP

Eine Delegation im Auftrag des japanischen Gesundheitsministeriums informierte sich Ende März beim DMP Projektbüro des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) in Köln über die Disease-Management-Programme (DMP) in Nordrhein. Dass die DMP in Deutschland vorrangig die Qualität der medizinischen Versorgung der Patienten verbessern sollen, überraschte die Besucher. Denn in Japan oder den USA sind Behandlungsprogramme in erster Linie nach ökonomischen Effizienzkriterien ausgerichtet.

Dr. Naohiro Mitsutake, Stellvertretender Direktor des japanischen Forschungsinstituts „Institute for Health Eco-



Dr. Altenhofen (rechts) begrüßt Dr. Naohiro Mitsutake und Naoko Koezuka. Dolmetscherin Keiko Yoshida (ganz links), daneben Sabine Groos (ZI)

nomics & Policy“ und seine Mitarbeiterin Naoko Koezuka, aus dem Bereich der Gesundheitspolitik und regionaler Medizinversorgung, interessierten sich für eine effektive Behandlung von chronischen Erkrankungen vor allem im Bereich Diabetes mellitus und Hypertonie.

Dr. Lutz Altenhofen und sein Team vom DMP-Projektbüro erläuterten die Entwicklung und die Effekte der hiesigen Programme. Wie der aktuelle DMP-Bericht belegt, können die Programme dazu beitragen, das Risiko der Entstehung von Sekundärkomplikationen oder von schwerwiegenden Krankheitsverläufen bei den teilnehmenden Patienten zu senken.

Formulare für die KV-Wahlen 2010 online

Die Kandidatenerklärung und die Wahlvorschläge für die Wahlen der Kreisstellenvorsitzenden und der Vertreterversammlung der KV Nordrhein stehen im Internet zum Herunterladen bereit. Die DOC-Dateien kön-

nen direkt am eigenen PC mit einer Textverarbeitungs-Software ausgefüllt werden. Zusätzlich stehen Formular-Muster mit Ausfüllanleitungen im PDF-Format bereit. [KV100524](#)

KVNO aktuell auf dem Handy



Sie finden das Angebot im Internet unter www.kvno.de oder unter http://issuu.com/kv_nordrhein [KW100525](#)

Seit zwei Jahren bietet die KV Nordrhein im Internet neben der HTML-Ausgabe von KVNO aktuell auch eine interaktive Flash-Version an. Blättern, Vergrößern, Verkleinern – all das bietet die Version an. Seit neuestem besteht die Möglichkeit unter <http://issuu.com/mobile> die Ausgaben von KVNO aktuell auch unterwegs auf dem Handy zu lesen. Im Moment funktioniert das leider nur bei Handys mit dem Android-Betriebssystem. Eine Version für das iPhone ist in Planung.

KV-on das Web-TV der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen

KV-on.de ist ein neues Internetangebot der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Praxen finden in dieser Mediathek kompakte Filmbeiträge über aktuelle Themen. Neben gesundheitspolitischen Themen sollen dort bald auch konkrete Probleme in den Praxen multimedial aufbereitet zu finden sein, zum Beispiel zum Kodieren.

Es werden immer zwei Versionen der Filme angeboten. Eine hochauflösende Version für DSL- und eine Version für ISDN-Anschlüsse. Um die Filme anzusehen, muss der Rechner eine entsprechend schnelle Internetanbindung und das aktuelle Flash-Plugin besitzen.

Sie finden das Angebot im Internet unter www.kv-on.de [KW100525](#)



Vermitteln Sie kompetente Selbsthilfe

Selbsthilfe unterstützt meist die Therapie, fast immer den Patienten – und verbessert das Ansehen der Praxis. Die Medizinischen Fachangestellten sind gute Ansprechpartner.

„Medizinisch sind unsere Patienten ja gut versorgt, aber was können wir darüber hinaus tun, um ihre Situation zu erleichtern?“ Zum Beispiel in Kontakt mit der Selbsthilfe treten. Welche Möglichkeiten es im Einzelnen gibt, stellt die KV Nordrhein den Medizinischen Fachangestellten vor. Die Fortbildungen laufen unter dem Titel „Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“.

KV-Angebote und Beratungsstellen

Insgesamt 135 Teilnehmerinnen informierten sich bisher über die Arbeit von Selbsthilfegruppen und lernten Service-Angebote kennen. Praxen können auf die Leistungen der KV Nordrhein zurückgreifen, zum Beispiel auf die Kooperationsberatungsstelle Selbsthilfe und Ärzte (KOSA), den Patienteninformationsdienst oder die Zentralen Informationsbörsen Psychotherapie (ZIP).



Gaby Kramer berichtet über den Schock, den die Diagnose ALS bei Betroffenen auslösen kann.

In der Fortbildung vorgestellt werden zudem vertrauenswürdige Verzeichnisse von Beratungsstellen und Gesundheitsportalen im Internet. „Anhand des Infomaterials kann ich besser für die Patienten arbeiten, ich weiß jetzt, wo man sich hinwenden kann und gebe gezielt Adressen weiter,“ zog eine Medizinische Fachangestellte als persönliches Fazit.

Drei Stunden dauern die Veranstaltungen. Auf der Tagesordnung stehen Referate, Gruppenarbeit und moderierte Diskussionen. Das „Herzstück“ der Fortbildung liegt in dem Vortrag eines Selbsthilfegruppenvertreters und in der anschließenden Fragerunde.

Gaby Kramer von der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke (DGM) beispielsweise konnte wegen ihrer spinalen Muskelatrophie nicht laufen lernen und ist mit zahlreichen krankheitsbedingten Einschränkungen aufgewachsen. Nach äußerst krisenhaften Lebensphasen engagiert sie sich heute als Kontaktperson der DGM.

Auf die Frage „Wie sollen Praxisteam mit Schwerstkranken umgehen?“ empfahl sie, den Betroffenen zu vermitteln, dass noch nicht alles zu Ende ist. „Noch habe ich die Augen auf – und mache etwas aus meinem Leben.“

Info-Sperre im Diagnoseschock

Ihrer Erfahrung nach können Patienten etwa im Diagnoseschock keine Informationen aufnehmen. Sie sind aber dankbar, wenn man ihnen sagt: „Sie müssen schauen, dass Sie so schnell wie möglich die nötige Versorgung organisieren. Wir kennen Menschen, die damit Erfahrung haben. Ich gebe Ihnen die Adresse, und wenn sie das Gefühl haben, Sie brauchen praktische Unterstützung, dann können Sie dort anrufen.“ Einige Patienten finden dann den Weg in die Gruppe und können vielleicht eine neue Lebensperspektive einnehmen.

Mit Elan setzt sich auch Hans Schmolke von der Selbsthilfe Organtransplantierte NRW für Leidensgenossen ein. Seine Frau Helma hat besonders die Angehörigen im Blick. „Die Patienten werden ständig gefragt, wie es ih-

nen geht, aber wer tut das mit den Angehörigen?" Diese hätten ihren Alltag zu stemmen, alles müsse weitergehen und zudem sei da der schwerkranke Partner mit seinen Bedürfnissen. Schmolke bittet die Kursteilnehmerinnen, die Angehörigen zu ermutigen, sich „Inseln“ zur Erholung zu schaffen. Zum Beispiel mit Hilfe einer Selbsthilfegruppe.

Die Möglichkeit, ergänzende Unterstützung zu vermitteln, kam bei den Medizinischen Fachangestellten gut an: „Mir war nicht bewusst, dass Kranke so allein gelassen werden“, zeigte sich eine Teilnehmerin betroffen. „Ich habe aber gesehen, dass ich die Patienten mehr unterstützen kann.“



Hans Schmolke hat ein Spenderherz. Selbst banale Krankheiten können eine ernste Gefahr für Transplantierte sein. Aber: „Angst ist kein guter Nährboden für die Seele.“

Einige Helferinnen berichteten aber auch, dass selbsthilfefähige Patienten sich aufgrund des erworbenen Wissens manchmal kritisch äußern – aber die Mehrheit der Teilnehmerinnen zeigte sich gerade vom Lebensmut, Optimismus und Elan der jeweils eingeladenen Selbsthilfevertreter beeindruckt. „Ich

habe gelernt, dass man in der Praxis offen auf Behinderte zugehen kann“, sagte eine Medizinische Fachangestellte. Die Hinweise auf die Selbsthilfe fördern auch das Ansehen der Praxis, machen zufrieden und erweitern die Beratungskompetenz der Medizinischen Fachangestellten.

Das Angebot entwickelt haben die Kooperationsberaterinnen für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen der KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe. Unterstützt wurden sie durch die Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung und den Verband medizinischer Fachberufe.

Aufgrund der guten Resonanz bietet die KV Nordrhein die Fortbildung noch in weiteren Regionen an und zwar in Kooperation mit den dortigen Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfe.

Mehr Infos im Internet unter www.kvno.de KV100527

MFA-Fortbildung

Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis

Was kann man Angehörigen von Demenzkranken raten? Wo gibt es Unterstützung für Suchtkranke? Die Seminare vermitteln erprobte Hilfen zur Kommunikation mit Patienten und geben einen Überblick über das Spektrum von Hilfsangeboten. Auf dieser Basis können Medizinische Fachangestellte (MFA) ohne großen Aufwand Patienten gezielt informieren.

Termin 30. Juni 2010, 16 bis 19 Uhr
Ort Selbsthilfekontaktstelle
Friedhofstraße 39,
41236 Mönchengladbach

Termin 7. Juli 2010, 16 bis 19 Uhr
Ort Selbsthilfekontaktstelle
Klosterstr. 5, 41379 Brüggen

Termin 1. September 2010, 16 bis 19 Uhr
Ort Selbsthilfekontaktstelle
Lotharstraße 95
53115 Bonn

Termin 29. September 2010, 16 bis 19 Uhr
Ort Selbsthilfekontaktstelle
Luxemburgerstr. 305, 50354 Hürth

Termin 27. Oktober 2010, 16 bis 19 Uhr
Ort Selbsthilfekontaktstelle
Hochstr. 24, 52525 Heinsberg

Termin 10. November 2010, 16 bis 19 Uhr
Ort Selbsthilfekontaktstelle
Paradiesbenden 24, 52349 Düren

Termin 17. November 2010, 16 bis 19 Uhr
Ort Selbsthilfekontaktstelle
Neumarkt 10, 42269 Wuppertal

Information und Anmeldung

KOSA

KV Nordrhein

Anke Petz

Telefon 0211 5970 8090

Telefax 0211 5970 8082

Email kosa@kvno.de

Fax-Abruf-Nr.: 0211 59 70 - _ _ _ _

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)	Durchwahl-Nr.	Titel	(Seitenanzahl)
Bezirksstellen der KV Nordrhein			Qualitätssicherung/Sicherstellung		
7504	Bestellschein für Vordrucke	(2)	7550	Bedarfsplanung	(4)
Bezirksstelle Düsseldorf			551	Meldeformular für Laborgemeinschaften zur Direktabrechnung über die KV Nordrhein ab dem 4. Quartal 2008	(3)
7500	Gesamtaufstellung – Zugelassene Ärzte	(4)	7553	DMP Asthma/COPD: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität (fachärztliche Versorgungsebene)	(1)
7501	Gesamtaufstellung – Ermächtigte Ärzte	(4)	7554	DMP Asthma/COPD: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
7502	Gesamtaufstellung – Krankenhäuser	(4)	7555	Ambulantes Operieren: Check-Liste	(9)
Bezirksstelle Köln			7556	Anzeige über Beginn/Beendigung der Methadonsubstitution	(1)
7510	Gesamtaufstellung – Zugelassene Ärzte	(3)	7557	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität für den Hausarzt	(1)
7511	Gesamtaufstellung – Ermächtigte Ärzte	(3)	7558	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität für die DSP und Kinderärzte	(4)
7512	Gesamtaufstellung – Krankenhäuser	(3)	7560	Patientendokumentation zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger	(4)
EDV/IT in der Arztpraxis			7561	Patientenerklärung zum Datenschutz / Abschluss	(2)
7523	Merkblatt eHKS, elektronische Dokumentation zum Hautkrebs-Screening	(7)	7562	Patientenerklärung zum Datenschutz / Beginn	(2)
75 24	Online-Abrechnung mit D2D: Merkblatt für Arztpraxen	(14)	7563	Patientenmerkblatt: Darmkrebs-Früherkennung	(3)
7525	D2D-Anmeldung	(8)	7566	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
7526	Merkblatt und Antragsunterlagen zur Blankoformularbedruckung	(6)	7567	DMP Diabetes mellitus Typ 2: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
7527	Merkblatt eKoloskopie-Dokumentation	(8)	7568	DMP KHK: Erklärung über die Praxisausstattung	(2)
7528	Merkblatt: eDMP	(10)	7569	DMP KHK: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
7529	Meldebogen für die IT-gestützte Quartalsabrechnung	(1)	Rechtsabteilung		
Pharmakotherapieberatung			7570	Kooperation mit pharmazeutischen Unternehmen	(4)
7532	Patentgeschützte Analogpräparate (Me-too-Liste 2010)	(2)	7571	Praxisgebühr: Mustermahnbescheid	(1)
7533	Praxisbesonderheiten 2010 – Arzneimittel	(1)	7572	Rundschreiben der KBV zur Umsatzsteuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 UStG – Sachverständigentätigkeit eines Arztes für die gesetzliche Unfallversicherung	(5)
7534	Richtgrößen 2010 – Heilmittel	(1)	Unternehmenskommunikation		
7536	Richtgrößen 2010 – Arzneimittel	(1)	7580	Anfahrtsbeschreibung zur KV Nordrhein	(2)
7537	GAmSI-Fax-Bestellformular	(2)	7581	Bestellformular: Publikationen der KV Nordrhein	(1)
7538	Anfrage: Arznei-, Verband- oder Heilmittelverordnung oder Verordnungen des Sprechstundenbedarfs	(1)			
7539	Genehmigungsverzicht bei Heilmittel-Verordnungen außerhalb des Regelfalles	(2)			
7541	Symbolnummer der Heilmittel-Praxisbesonderheiten 2010	(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 KVNO 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.

Round Table der KV Nordrhein mit Selbsthilfeorganisationen

Der Umgang mit Tod und Trauer ist sowohl in den Praxen als auch in den Patientenorganisationen Thema. Besondere Versorgungskonzepte in Nordrhein tragen dem Wunsch nach einem würdevollen Lebensende Rechnung. Experten stellen die Arbeit ärztlicher palliativer Netzwerke, die Hospizbewegung und die Arbeit von Selbsthilfegruppen vor. Auch medizinethische Fragen stehen auf der Tagesordnung, zum Beispiel ob eine Sondenernährung am Lebensende sinnvoll ist oder nicht. Schließlich formulieren Praxen und Patienten ihre Anforderungen an ein Patiententestament.

Termin 5. Juni 2010, 10 bis 14 Uhr
Ort KV Nordrhein (Haus der Ärzteschaft)
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Information und Anmeldung
KOSA
KV Nordrhein
Anke Petz
Telefon 0211 5970 8090
Telefax 0211 5970 8082
Email kosa@kvno.de

Infomarkt für Medizinische Fachangestellte

Infomärkte für Ärzte und Psychotherapeuten bietet die KV Nordrhein schon seit Jahren an. Jetzt findet der erste Infomarkt für Medizinische Fachangestellte statt. Experten der KV Nordrhein stehen für Fragen unter anderem zu folgenden Themen bereit:

- Abrechnungsfragen
- Abrechnung ambulantes Operieren
- Schutzimpfungen
- Verträge
- Qualitätsmanagement

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten kein Zertifikat.

Termin 9. Juni 2010, 14 bis 18 Uhr
Ort Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein
Sedanstraße 10-16, 50668 Köln

Information und Anmeldung
Nordrheinische Akademie
Anja Klaaßen
Tersteegenstr. 3
40474 Düsseldorf
Telefon 0211 4302 1368
Telefax 0211 4302 1390

Termine

■ 19.5.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zur Pharmakotherapie, Köln
■ 2.6.2010	RP-Sprechstunde „Bluthochdruck“, Düsseldorf
■ 5.6.2010	12. Round Table der KV Nordrhein mit Selbsthilfeorganisationen, Düsseldorf
■ 9.6.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Richtig abrechnen – Beispiele aus der Praxis“, Düsseldorf
■ 9.6.2010	Info-Markt für Medizinische Fachangestellte zum Thema u.a. Verträge, Schutzimpfungen, Abrechnungsfragen, Abrechnung ambulantes Operieren, Qualitätsmanagement, Köln
9.6.2010	KV Nordrhein Consult: „Honorarverteilung, Abrechnung, Regelleistungsvolumen“, Düsseldorf
9.6.2010	IQN-Fortbildung: „Geburtshilfe –Thromboserisiken und Thromboseprophylaxe in der Schwangerschaft – die Problematik wiederholter Fehlgeburten“, Düsseldorf
■ 12.6.2010	4. Nordrheinischer Praxisbörsentag der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 15.6.2010	Kreisstelle Köln der KV Nordrhein „Jour variable“, Köln
16.6.2010	KV Nordrhein Consult: „Praxiswertermittlung“, Düsseldorf
23.6.2010	KV Nordrhein Consult: „Praxisabgabe aus Sicht des abgebenden Arztes optimieren“, Düsseldorf
30.6.2010	IQN-Fortbildung: „Verordnungssicherheit Teil 9: Elektronische Verordnungssysteme – wann und wie nützen sie im Praxisalltag?“, Düsseldorf
■ 30.6.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung“, Köln
■ 7.7.2010	Infomarkt der KV Nordrhein, Köln
■ 14.7.2010	RP-Sprechstunde „Demenz“
■ 18.8.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zur Pharmakotherapie, Düsseldorf
■ 25.8.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zum Thema „IGe-Leistungen“, Köln
■ 25.8.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte „Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung“, Düsseldorf
■ 8.9.2010	RP-Sprechstunde „Bluthochdruck“, Krefeld
18./19.9.2010	IQN Veranstaltung: „Sicher handeln und kommunizieren in schwierigen Situationen in der Praxis“, HdÄ Düsseldorf
■ 21.9.2010	Kreisstelle Köln der KV Nordrhein „Jour variable“, Köln
■ 29.9.2010	Kreisstelle Essen der KV Nordrhein „Mitgliederversammlung“, Essen
■ 29.9.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung“, Köln
■ 6.10.2010	Infomarkt der KV Nordrhein, Köln
9. – 15.10.2010	Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung: „Fortbildungskongress“, Norderney
■ 13.10.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung“, Düsseldorf
■ 20.10.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zum Thema „IGe-Leistungen“, Düsseldorf
■ 3.11.2010	RP-Sprechstunde „Phobien“, Düsseldorf
5. – 7.11.2010	IQN: „18. Fortbildungscurriculum Mamma-Carcinom“, Düsseldorf
■ 13.11.2010	5. Nordrheinischer Praxisbörsentag der KV Nordrhein, Köln
17. – 20.11.2010	MEDICA, Düsseldorf
■ 24.11.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zur Pharmakotherapie, Köln
■ 27.11.2010	Vertreterversammlung der KV Nordrhein
■ 4.12.2010	Konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung der KV Nordrhein
■ 8.12.2010	RP-Sprechstunde „Niere/Blase“, Düsseldorf
■ 14.12.2010	Kreisstelle Köln der KV Nordrhein „Jour variable“, Köln

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

Impressum

KVNO aktuell

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Redaktion:

Ruth Bahners (verantwortlich)
Frank Naundorf, Karin Hamacher

Redaktionsbeirat:

Dr. Peter Potthoff, Bernd Brautmeier, Ruth Bahners

Druck:

Echo Verlag, Köln

Satz:

BCS, Düsseldorf

Anschrift der Redaktion:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Telefon 0211 5970 8077
Telefax 0211 5970 8100
E-Mail redaktion@kvno.de

Serviceteams 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

KVNO aktuell erscheint in zehn Ausgaben pro Jahr
als Mitteilungsorgan für die Mitglieder der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 22 000

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 6 | 10

■ **Honorar:**

Was sich ab Juli
in Nordrhein ändert

■ **Satzung:**

Vertreter diskutieren
über neue KV-Struktur

■ **eGK:**

Röslers Pläne
mit der neuen Karte

■ **Internet:**

KV Nordrhein
modernisiert Auftritt

■ **Abrechnung:**

Von der EBM-Nummer
zum Honorarbescheid

**Die nächste Ausgabe von
KVNO aktuell erscheint
am 9. Juni 2010**

Aus aktuellem Anlass kann es zu Themenänderungen kommen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Tersteegenstraße 9 · 40474 Düsseldorf
E-Mail redaktion@kvno.de
Telefon 0211 5970 8077 · Telefax 0211 5970 8100

www.kvno.de



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.