

## ■ Schwerpunkt

### Honorarreform

KV Nordrhein klagt und korrigiert so viel wie möglich

## ■ Hintergrund

### Palliativversorgung

Allgemein flächendeckend – die SAPV kommt in Schwung

## ■ Aktuell

### Abrechnung

2.500 rechnen online ab – weniger Verwaltungskosten

## ■ Praxisinfo

### Früherkennung

Auch die Knappschaft zahlt die J2 extrabudgetär



Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

## Inhalt

- 1 Editorial

### Schwerpunkt

- 2 KV Nordrhein korrigiert Folgen der Honorarreform: Die Möglichkeiten der Konvergenz ausgeschöpft

### Aktuell

- 4 GKV-Finanzierungsgesetz 2011: Auftakt zur Gesundheitsreform
- 6 Gesundheitspolitik in Nordrhein-Westfalen: „Systemfehler in der Honorarverteilung muss behoben werden“
- 8 Abrechnung auf Datenträger bleibt weiter möglich: Online-Abrechnung – Fördern statt Fordern
- 9 Online-Abrechnung pünktlich abgeben
- 9 Dauerdiagnosen: nur G und Z zulässig
- 9 KV Nordrhein nach ISO 9001:2008 rezertifiziert

### Berichte

- 18 Lebensqualität bis zum Lebensende: Palliativversorgung flächendeckend – SAPV kommt in Schwung
- 20 Erfolgreiches Palliativnetz in Dormagen: Nur noch jeder Zehnte stirbt im Krankenhaus
- 22 SAPV auf Muster 63 verordnen
- 22 Ambulante Palliativversorgung für Kinder
- 22 4.683 Palliativpatienten versorgt
- 23 Zwölfter Round Table der KV Nordrhein mit Selbsthilfeorganisationen: Mit dem Sterben leben lernen

### Service

- 26 Die ersten Fachwirtinnen sind da
- 26 Dr. Otto Reiners verstorben
- 27 Ausbildung zum Qualitätszirkel-Moderator
- 27 Neues Internetportal zum Thema Demenz
- 28 Aktuelle Fragen an die Serviceteams – und deren Antworten: Keine Überweisung für Prä-OP-Leistungen nötig
- 29 Internetauftritt der KV Nordrhein: Rubrik „Praxis“ ist das Herzstück
- 30 Fax-Abruf

## Praxisinfo

---

- 10 Früherkennungsuntersuchung J2 ab 1. Oktober auch mit der Knappschaft
- 10 Homöopathievertrag ab 1. Oktober 2010 mit der BKK Pfaff
- 10 Betriebskrankenkassenfusionen zum 1. Juli 2010
- 10 Wegfall der Praxisgebührebefreiung beim BKK-Hausarztvertrag
- 10 BKK Technoform übernimmt Präventionsangebot U10 und U11
- 10 Hautkrebs-Excisionen
- 10 Neue Katarakt-Vergütung mit der AOK Rheinland/Hamburg
- 11 Infektionsscreening in der Schwangerschaft mit der BIG direkt
- 11 Novelle der Verordnung zum Meldeverfahren U5 bis U9
- 11 Nur Überweisungsschein oder Poliklinikberechtigungschein
- 11 MRSA: Screening-Untersuchungen sind keine Kassenleistung
- 12 Neue RLV-Fallwerte für Anästhesisten – QZV Teilradiologie steigt
- 12 EBM-Änderungen ab 1. Oktober 2010

## Arzneimittelinfo

---

- 14 Arzneimittel: Umsätze steigen im ersten Halbjahr um 4,6 Prozent
- 14 Neue Empfehlungen zum Impfen
- 15 Parenterale Ernährung einfach und effektiv verordnen
- 15 Verordnungseinschränkung zu Antidiarrhoika gelockert
- 16 Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschuss zu Antidiabetika
- 16 Therapiehinweis zu Prasugrel in Kraft getreten



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

„Nomen est Omen“. Der Titel des jetzt von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler vorgelegten Gesetzes „Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (kurz: GKV-Finanzierungsgesetz) lässt Böses ahnen. Pure Kostendämpfungspolitik hört man von den Kommentatoren aus dem Gesundheitswesen.

Auf den ersten Blick scheint es so zu sein. In allen Bereichen des Gesundheitswesens will Rösler eine Kostenbremse einziehen: bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen, bei den Krankenhäusern, bei den Pharmaausgaben und auch bei der ambulanten Versorgung. Kein Bereich bleibt ausgenommen.

Allerdings und das ist für uns in Nordrhein existentiell wichtig: Gelder zum Ausgleich der Benachteiligung bei der Honorarreform 2009 im ambulanten Bereich sollen nicht der Begrenzung zum Opfer fallen.

Auch die Hausärzte, die zum Ausstieg aus dem KV-System bereit sind, müssen eine bittere Pille schlucken. Sie sollen mit neuen Separatverträgen künftig nur so viel Umsatz erzielen können wie ihre Kollegen im KV-System.

Auf den zweiten Blick stellt man aber fest, dass Rösler mit diesem Gesetz einen Paradigmenwechsel in der Absicherung des Krankheitsrisikos einleitet. Mit der Einführung eines nach oben offenen Zusatzbeitrags, der ausschließlich von den Versicherten zu zahlen ist, steigt der

Minister fast nebenbei in die einkommensunabhängige GKV-Prämie ein.

Der Sozialausgleich soll daher folgerichtig auch nur noch übergangsweise innerhalb der GKV geleistet werden. Ab 2014 soll dies durch steuerfinanzierte Zuschüsse erfolgen. Nach jüngsten Berechnungen des BMG soll das eine Milliarde Euro pro Jahr kosten.

Positiv an diesem Schritt ist, dass die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung endlich von der Anbindung an den Lohn zumindest teilweise abgekoppelt wird. Bei der sinkenden Lohnquote und der gleichzeitig steigenden Demographie bedingten Morbidität kann das ein richtiger Schritt in eine nachhaltige Finanzierung der GKV sein. Nur so wird der medizinische Bedarf der Zukunft zu finanzieren sein.

Genauso klar ist aber auch, dass die Menschen vor Überforderung geschützt werden müssen. Darauf müssen wir gerade als ärztliche Organisation eintreten. Denn nur durch einen Sozialausgleich wird der freie Zugang zum Arzt, das Grundprinzip unseres freiheitlich demokratischen Gesundheitswesens erhalten bleiben.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr KV-Vorstand

Dr. Peter Potthoff

Bernd Brautmeier

## Die Möglichkeiten der Konvergenz ausgeschöpft

Die Honorarreform zum 1. Juli 2010 drohte im Rheinland bei vielen Fachgruppen zu inakzeptablen Verwerfungen zu führen. Daher hat der Vorstand der KV Nordrhein Korrekturen eingeleitet, die das dritte und vierte Quartal 2010 betreffen. Außerdem geht die KV Nordrhein rechtlich gegen den Bewertungsausschuss vor.

Ziel dieser Maßnahmen ist, starke Verwerfungen durch die neuerliche Änderung der Honorarverteilung auszugleichen. Durch die Korrekturen sollen die Honorarmengen für die einzelnen Fachgruppen ähnlich ausfallen wie im Jahr 2008.

### Die aktuelle Lage

Durch die Vorgaben des Bewertungsausschusses für die jüngste Reform drohten im dritten Quartal 2010 in Nordrhein gravierende Umverteilungen zwischen den Facharztgruppen und innerhalb der Gruppen. Wenn der Beschluss des Bewertungsausschusses wirksam würde, wäre die Honorarreform 2009 ins Gegenteil verkehrt worden, so das Fazit des Nordrhein-Vorstands. Dann stünde etlichen Fachgruppen weniger Honorar zur Verfügung als in 2008, dem Jahr vor der Honorarreform.

Der Vergleich einer Simulationsrechnung für das dritte Quartal 2010 mit dem dritten Quartal 2008 zeigt, dass die Änderungen zum 1. Juli zum Teil drastische Reduzierungen einzelner Fachgruppentöpfe bewirkt hätten: minus 24,4 % bei den Anästhesisten, minus 19,1 % bei den Augenärzten, minus 23,9 % bei den Gynäkologen, minus 14,5 % bei den HNO-Ärzten, minus 12,7 % bei den Nuklearmedizinerinnen, bei den Orthopäden minus 15,3 % und minus 21,7 % bei den Urologen. In der einzelnen Praxis hätte sich das in deutlich niedrigeren Regelleistungsvolumen (RLV) niedergeschlagen.

„Diese Auswirkungen haben uns kalt erwischt, denn sie stehen im krassen Gegensatz zu den Versprechungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“, erläutert Bernd

Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein. So habe die Kassenärztliche Bundesvereinigung versprochen, dass die RLV durch die neuerliche Reform stabilisiert würden. „Das Gegenteil war der Fall“, so Dr. Peter Potthoff, Vorstand der KV Nordrhein. Die Zeit zwischen dem Beschluss des Bewertungsausschusses und der Inkraftsetzung sei so knapp gewesen, dass keine Zeit für Simulationsrechnungen zur Abschätzung der Folgen bestanden habe.

Anstatt die RLV zu stützen, stürzten sie ab. Und gerade die breit aufgestellten Versorgerpraxen waren durch niedrige RLV in ihrer Arbeitsfähigkeit bedroht. Ein gutes Beispiel sind die Chirurgen. Ihr RLV ging von 26,02 Euro im Quartal II/2010 auf 19,84 Euro in III/2010 zurück. Vergleichbar betroffen waren HNO-Ärzte, Urologen, Augenärzte und Gynäkologen, um nur einige weitere Beispiele zu nennen. „Der Bewertungsausschuss wusste offenkundig nicht, was er tat“, kommentiert Brautmeier.

### Was geschieht im dritten Quartal?

Da die Bescheide für das dritte Quartal rechtskräftig sind, können sie nicht im Nachhinein aufgehoben werden. Dieser radikale Weg der Korrektur konnte vom Vorstand daher nicht beschritten werden. Denn wie immer, es gibt durchaus auch Gewinner dieser Reform. Deshalb wählt die KV Nordrhein einen anderen Weg.

Wie schon erwähnt, ist eine Ursache für die aktuelle Misere, dass Fachgruppentöpfe durch die Berechnungsvorgaben des Bewertungsausschusses so reduziert wurden, dass sie den Finanzbedarf einzelner Gruppen nicht oder kaum mehr deckten.

Der KV-Vorstand hat beschlossen, die betroffenen Fachgruppentöpfe im dritten Quartal im Rahmen der Konvergenz zu ändern. Maßstab ist dabei das Jahr 2008. Das Vorjahresquartal 2009 eignet sich nicht als Bezugsgröße, da es in diesem Quartal zu deutlichen Überzahlungen gekommen ist.

Diese Stützungsmaßnahme führt zu einer spürbaren Erhöhung der RLV. Bei den Chirurgen beispielsweise ergibt sich ein neues RLV von 22,45 Euro statt 19,84 Euro, bei den Urologen steigt es von 13,59 Euro auf 17,59 Euro.

Zusätzlich zu den Maßnahmen für die Fachgruppen hat die einzelne Praxis noch zwei Möglichkeiten: eine Verlustbegrenzung auf 15 Prozent bezogen auf das Vergleichsquartal 2008 und/oder einen Fallwertzuschlag wegen Praxisbesonderheiten zu beantragen. Die Krankenkassen als Vertragspartner des Honorarverteilungsvertrages sind mit diesen Maßnahmen einverstanden.

### Das passiert im vierten Quartal

Um für das vierte Quartal ein solches Desaster von vornherein zu vermeiden, passt die KV Nordrhein die Berechnungssystematik der RLV und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) an die regionalen Versorgungserfordernisse an. Der Vorstand hat mit den Berufsverbänden beraten und berechnet, wie in den einzelnen Fachgruppen die Zuordnung von RLV und QZV erfolgen sollte, um Verluste zu vermeiden.

Daraus ergeben sich unter anderem folgende Änderungen:

- **Gynäkologen:** Die Zuordnung der sogenannten „sonstigen Hilfen“, das ist der Bereich der Empfängnisregelung, zum RLV hat zu einem Verlust von 16 Prozent geführt. Stattdessen wird ein gesonderter Topf mit floatendem Punktwert eingerichtet.
- **Hämatologen/Onkologen:** Die praxisklinische Beobachtung/Betreuung wird wieder aus dem RLV herausgelöst und aus einem gesonderten Topf im Arztgruppentopf bezahlt.

- **Dringende Besuche:** Von dieser Regel sind alle Fachgruppen, die Besuche machen, betroffen. Auch die dringenden Besuche wurden von den ehemals freien Leistungen in das RLV gepackt. Das hat dazu geführt, dass die Fallwerte oft nicht einmal reichten, um die Vergütung der Besuche nach EBM zu gewährleisten. Auch sie werden wieder aus dem RLV herausgelöst und in einen eigenen Topf überführt.

„Diese Beispiele zeigen, dass der Vorstand konsequent sein Recht auf Konvergenz ausübt“, so Potthoff. Die Ziele, die der Vorstand mit diesen Maßnahmen verfolgt, sind erstens Planungssicherheit zu schaffen und zweitens massive Verluste zu vermeiden. Auch den Maßnahmen für das vierte Quartal haben die nordrheinischen Krankenkassen zugestimmt.

### KV Nordrhein klagt gegen KBV und Kassen

Die Bundesebene habe zu viel Macht und zu wenig Kompetenz bei der Honorarverteilung, so der Vorstand der KV Nordrhein. Deshalb müsse die Kompetenz wieder auf die regionale Ebene zurück.

Konkret heißt das, dass der Bewertungsausschuss die zeitliche Begrenzung der Konvergenz, um die Nachjustierung der einzelnen KV zu gewährleisten, aufheben muss. Die KBV hat bereits zugesagt, das im Bewertungsausschuss durchzusetzen.

Doch das allein reicht Potthoff und Brautmeier nicht: „Wir verlangen eine grundsätzliche Revision der bundesweiten Honorarverteilung, denn das Rheinland wurde massiv benachteiligt.“

Genau deshalb hat die KV Nordrhein Klage gegen die KBV und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses beim Sozialgericht Berlin eingereicht. Das ist ein Novum in der Geschichte des Sozialrechts der Bundesrepublik. Potthoff: „Wir wollen uns nicht allein auf Versprechen über eine asymmetrische Verteilung verlassen, wir wollen das Recht unserer Kolleginnen und Kollegen erstreiten.“

## Auftakt zur Gesundheitsreform

Nach Monaten der Stagnation kommt Bewegung in die Gesundheitspolitik. Mit dem GKV-Änderungsgesetz ist ein erstes, wenn auch kleines Reformprojekt aus der Werkstatt von Gesundheitsminister Philipp Rösler im Juli in Kraft getreten. Ein zweites und gewichtigeres Vorhaben, das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG), wurde erfolgreich auf den parlamentarischen Weg gebracht.

Nach diesen Gesellenstücken könnte das „Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (kurz: GKV-Finanzierungsgesetz) Röslers Meisterstück werden. Anfang Juli hatte die Bundesregierung erste Eckpunkte vorgelegt. Mitte August wurde mit einem „Diskussionsentwurf der Bundesregierung“ eine erste Textfassung der schwarzgelben Gesundheitsreform präsentiert.

Ob das GKV-Finanzierungsgesetz allerdings ähnlich geräuschlos über die parlamentarische Bühne geht wie die beiden Vorläufer-Gesetze, darf bezweifelt werden. Denn manche der Konflikte, die vor allem zwischen FDP und CSU in den vergangenen Monaten öffentlich ausgetragen wurden, sind längst nicht beigelegt. Dies gilt für den Einstieg in die einkommensunabhängige GKV-Prämie ebenso wie für die Zukunft der hausarztzentrierten Versorgung.

### Das plant die Bundesregierung unter anderem:

#### Begrenzung der Ausgaben

- Die Verwaltungskosten der Krankenkassen werden 2011 und 2012 auf den Stand von 2010 eingefroren.
- Für „Mehrleistungen“ der Krankenhäuser im Jahr 2011 (gegenüber 2010) gilt ein Vergütungsabschlag in Höhe von 30 Prozent. Für 2012 verhandeln Krankenhaus- und Kostenträger über einen entsprechenden Abschlag.
- Die Entwicklung der Preise für akutstationäre Leistungen sowie der Budgets für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen werden bis 2012

auf die Hälfte der Grundlohnsummensteigerung begrenzt.

- Zu Lasten der Vertragsärzte sind mehrere Kostenbremsen vorgesehen: So wird der Orientierungspunktwert bis 2012 auf dem aktuellen Niveau (ca. 3,5 Cent) festgeschrieben. Der Behandlungsbedarf je Versichertem wird bis 2012 jeweils pauschal um 0,75 Prozent gegenüber dem Vorjahr erhöht. Dafür werden andere gesetzliche Anpassungsfaktoren ausgesetzt, die zur Ermittlung der Morbidität eigentlich zu berücksichtigen wären. So führt etwa die Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich vorerst nicht zu einer Erhöhung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Schließlich sollen die Ausgaben für die extrabudgetären Leistungen begrenzt werden. Nach überdurchschnittlichen Zuwachsraten in den vergangenen Quartalen gilt künftig eine Begrenzung auf die Hälfte des Anstiegs der Grundlohnsumme. Nur Präventionsleistungen bleiben ungedeckt.
- Die asymmetrische Verteilung zur Korrektur der Benachteiligungen einzelner KVen durch die Honorarreform 2009 wird im Gesetz geregelt. Davon wird besonders Nordrhein profitieren. Die Detailregelung überlässt der Gesetzgeber dem Bewertungsausschuss.
- Die Vergütung in der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) wird an das Honorarniveau in der Regelversorgung angeglichen. Mehraufwendungen in der HZV müssen durch Einsparungen refinanziert werden. Die Aufsichtsbehörden können HZV-Verträge innerhalb von zwei Monaten beanstanden, wenn diese Vorgabe nicht erfüllt wird. Für Verträge, die bis zum sogenannten Kabinettsbeschluss rechtsgültig sind,

gilt ein Bestandsschutz.

- Auf besondere Orientierungspunkte für über- bzw. unterversorgte Regionen soll verzichtet werden. Dagegen sollen die 2009 ausgelaufenen Sicherstellungszuschläge wieder aufleben.

### Stärkung der Finanzierungsgrundlagen

- Der Beitragssatz der Krankenkassen wird auf 15,5 Prozent angehoben. Davon tragen die GKV-Mitglieder 8,2 Prozentpunkte. Der Arbeitgeberanteil wird auf 7,3 Prozent festgeschrieben.
- Der einkommensunabhängige, individuelle Zusatzbeitrag der Mitglieder wird als Säule der GKV-Finanzierung ausgebaut und weiterentwickelt. Ausgabensteigerungen der GKV werden künftig über eine Erhöhung des Zusatzbeitrags finanziert. Der Zusatzbeitrag ist vom Mitglied unmittelbar an die Krankenkasse zu zahlen.

### Sozialausgleich

- Wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent des individuellen Einkommens übersteigt, besteht Anspruch auf einen Sozialausgleich. Die bisherige Überforderungsgrenze von einem Prozent entfällt.
- Der Sozialausgleich wird über den Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger abgewickelt. Der individuelle Zusatzbeitrag wird daher auch bei ausgleichsberechtigten Mitgliedern in voller Höhe fällig. Dies soll die Funktion des Zusatzbeitrags als Wettbewerbsinstrument stärken.
- Der Sozialausgleich wird aus der Liquiditätsreserve der GKV finanziert. Diese wird 2011 sowie ab 2014 durch steuerfinanzierte Zuschüsse des Bundes gestattet.

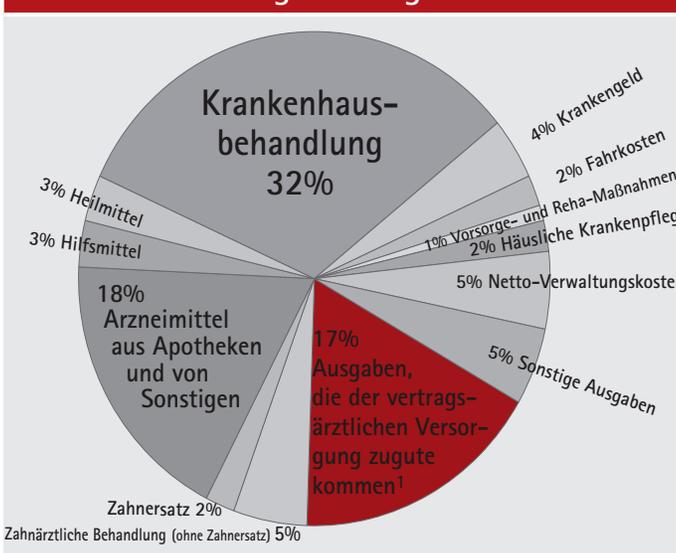
### Stärkung der Privaten Krankenversicherung (PKV)

- Nach Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze können gesetzlich Versicherte zum Ende des Kalenderjahres in die PKV wechseln. Die von Ulla Schmidt eingeführte Wartefrist von drei Jahren wird abgeschafft.

## Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung

	in Mrd. EUR
	1. – 4. Quartal 2009
Ausgaben insgesamt	170,8
mit Zuzahlungen der Versicherten	175,6
Leistungen insgesamt	160,6
mit Zuzahlungen der Versicherten	165,4
<i>darunter – jeweils mit Zuzahlungen – :</i>	
Ausgaben, die der vertragsärztlichen Versorgung zugute kommen <sup>1</sup>	30,6
Zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz	8,5
Zahnersatz	3,1
Zahnärztliche Behandlung	11,6
Arzneimittel aus Apotheken und von Sonstigen	32,4
Hilfsmittel	5,5
Heilmittel	4,5
Krankenhausbehandlung	56,4
Krankengeld	7,2
Leistungen im Ausland	0,5
Fahrtkosten	3,6
Vorsorge- und Reha-Maßnahmen	2,5
Soziale Dienste / Prävention / Impfungen	2,4
Schwangerschaft / Mutterschaft <sup>2</sup>	1,0
Betriebs- und Haushaltshilfe	0,2
Häusliche Krankenpflege	2,9
Sonstige Leistungsausgaben	4,2
Sonstige Aufwendungen	1,2
Netto-Verwaltungskosten	8,9

## Anteile an den Ausgaben insgesamt



1) In dieser Ausgabenposition sind enthalten: ärztliche Behandlung, Behandlung durch Belegärzte in Krankenhäusern, ärztliche Beratung und Behandlung bei Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch, Früherkennung, Mutterschaftsvorsorge, Dialyse-Sachkosten sowie von den Versicherten geleistete Zuzahlungen (Praxisgebühr)  
 2) ohne stationäre Entbindung und ärztliche Leistungen

## „Systemfehler in der Honorarverteilung muss behoben werden“

Barbara Steffens (Bündnis 90/Die Grünen) ist seit Juli die Gesundheitsministerin des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW). Über zentrale Herausforderungen und ihre Ziele sprach sie mit KVNO aktuell.

*Sie haben die Gesundheitspolitik in NRW in den letzten zehn Jahren sowohl in der Regierung als auch in der Opposition engagiert mitgestaltet. Was sind für Sie als verantwortliche Ministerin die zentralen Herausforderungen?*

**Steffens:** Eine hochwertige Gesundheitsversorgung muss vom Menschen her gedacht werden. Das ist mein zentrales Ziel. Dafür ist ein Umdenken erforderlich. Angesichts der demographischen Veränderungen, der Zunahme chronischer und psychischer Erkrankungen, der Fortschritte in der Medizin und den veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen muss sich unser Gesundheitssystem ohnehin weiterentwickeln. Dabei muss sichergestellt sein, dass auch in Zukunft alle Menschen unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko die notwendige medizinische Versorgung qualitativ hochwertig und wohnortnah erhalten. Ich werde meinen Beitrag dazu leisten, dass das Gesundheitswesen innovationsfreundlich, leistungsgerecht und demographiefest gestaltet wird.

*Wo sehen Sie den größten Handlungsbedarf angesichts unserer älter werdenden Bevölkerung und der Notwendigkeit ihrer wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung?*

**Steffens:** In der Versorgung älterer Menschen wird das Management komplexer chronischer Erkrankungen und der Multimorbidität an Bedeutung gewinnen. Bei älteren Menschen wird die Aufrechterhaltung bzw. Wiedererlangung der Selbstständigkeit von besonderer Bedeu-

tung sein. Ich denke an die Vermeidung stationärer Aufenthalte durch Optimierung der Behandlungsprozesse im ambulanten Bereich. Oder die Fehlbelegung durch ältere, multimorbide Patienten in Fachabteilungen, die sich mit den Besonderheiten dieser Patientengruppe nicht in dem notwendigen Maße auseinandersetzen können. Hier ist geriatrische Fachkompetenz gefragt. Oder die ganz praktische Frage: Wie gehen wir mit Demenzerkrankten um, die akutmedizinisch in einem Krankenhaus behandelt werden müssen? Hier sind Kostenträger wie Leistungserbringer gefordert, adäquate Versorgungskonzepte zu entwickeln.

*Wie beurteilen Sie die Gestaltungskraft der KVen in der Zukunft?*

**Steffens:** Ich stehe zur Selbstverwaltung. Wer die abschaffen will, muss zeigen, wie ihre Aufgaben durch Staat oder Markt einfacher, intelligenter und kostengünstiger wahrgenommen werden können. Diese Alternativen sehe ich nicht. Die Versuche, tradierte Selbstverwaltungsorgane wie KVen aus Bereichen herauszuhalten, haben meiner Wahrnehmung nach nicht zwangsläufig zu Verbesserungen geführt. Den Konflikt sollten wir nicht so austragen. Doppelstrukturen aufzubauen, entspricht keinem effizienten Mitteleinsatz. Meine Haltung aber ist kein Freibrief für die KVen. Sie müssen sich den gewandelten Bedingungen anpassen, meiner Meinung nach schneller als bislang und auch in einem intensiveren Dialog mit ihren Mitgliedern als bislang. Lösungen für die anstehenden Probleme sind konsensual zu suchen.



Seit Juli ist Barbara Steffens (Bündnis 90/Die Grünen) die neue Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Die 48-jährige Mutter von zwei Kindern hat eine Ausbildung zur biologisch-technischen Assistentin absolviert. Seit 2000 gehört Steffens dem Landtag NRW an, ab 2005 als gesundheitspolitische Sprecherin ihrer Fraktion.

***Selektivverträge als Instrumente des Wettbewerbs im Gesundheitswesen führen in der Konsequenz zu einer Fragmentierung der Versorgung je nach Region und Kassenzugehörigkeit. Wie bewerten Sie diese neuen Formen sozialer Ungleichheit?***

**Steffens:** Mit Ihrer Frage implizieren Sie, dass Selektivverträge zwangsläufig zu sozialer Ungleichheit führen müssen. Das muss nicht so sein, kann aber eine Folge sein. Ob dies eintritt, hängt von den Rahmenbedingungen für Selektivverträge ab. Heute besteht zugegebenermaßen die Gefahr. Selektivverträge könnten – mit den richtigen Rahmenbedingungen – aber durchaus ein Instrument zur Weiterentwicklung der Versorgung sein. Hier gilt es genau hinzusehen, welche Regelungen auf Bundesebene in das Sozialgesetzbuch V gebracht werden. Für mich ist entscheidend, dass die Menschen flächendeckend Zugang zu der notwendigen medizinischen Versorgung haben.

***Sie haben sich zu Beginn Ihrer Amtszeit für eine gerechtere Honorierung unserer niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zum Bundesdurchschnitt eingesetzt. Was werden Sie tun, um diese Benachteiligung zu korrigieren?***

**Steffens:** Ich kann den ärztlichen Unmut gut nachvollziehen. Sie brauchen ein Existenzsicherndes Auskommen und Planungssicherheit, um ihre Praxen zur eigenen Zufriedenheit, der ihrer Patientinnen und Patienten und der ihrer Mitarbeiterinnen führen zu können. Der Systemfehler in der Honorarverteilung muss behoben werden. Hier sollten wir gemeinsam politisch Druck machen. Ein erster Schritt ist unsere gemeinsame Einladung an die Bundeskanzlerin, sich vor Ort zu informieren. Ich glaube aber, dass das nicht ausreichen wird, und setze auf konsensuale Prozesse der Beteiligten in NRW, um gemeinsam in Berlin zu zeigen: So geht das nicht!

***Die Notwendigkeit einer stärkeren Vernetzung an den Schnittstellen zwischen ambulant und stationär ist unbestritten, streitig hingegen sind die Lösungswege. Stellt die Umsetzung des § 116b SGB V aus Ihrer Sicht eine Chance oder eher eine Hürde zur Verbesserung der Kooperation dar?***

**Steffens:** Ich sehe in der ambulanten Behandlung im Krankenhaus einen guten Ansatz, dem Wunsch vieler Patienten zu entsprechen, gerade bei schweren Erkrankungen nicht den behandelnden Arzt wechseln zu müssen. In der Behandlung von Krebserkrankungen sind relativ viele niedergelassene Ärzte tätig. Diese sehen vermehrt ihre Existenzgrundlage gefährdet, und das Argument ist nicht zu widerlegen, dass ungleiche Bedingungen herrschen. Während für die niedergelassenen Ärzte Niederlassungsbeschränkungen bestehen und für Anzahl und Abrechnung ihrer Leistungen ein Budgetdeckel gilt, sind diese Hindernisse für die Krankenhäuser nicht gegeben. Krankenhäuser haben vielfach Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten organisiert. Dies hat dazu geführt, dass die Umsetzung des § 116b SGB V in NRW bisher ohne größere Probleme und Konflikte möglich war. Dieser Weg im Konsens der Akteure ist mir für die Zukunft wichtig.

*Das ganze Interview mit Ministerin Barbara Steffens finden Sie im Internet unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)*

## Online-Abrechnung – Fördern statt Fordern

Zwar verpflichtet eine Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Ärzte und Psychotherapeuten ab 2011 zur Online-Abrechnung. Doch wer in Nordrhein seine Daten auf CD oder Diskette abgibt, muss keine Sanktionen fürchten.

Derzeit übermitteln bundesweit rund 20 Prozent der Praxen ihre Abrechnungsdaten online. Und nur ein kleiner Teil davon signiert die Gesamtaufstellung digital – im Wesentlichen sind das Praxen aus dem Rheinland. Genau dies verlangt die Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zum „Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zweck der Abrechnung“. Dass in den nächsten Monaten fast 100.000 Praxen bundesweit ihre Abrechnung auf den Online-Versand mit digitaler Signatur umstellen, ist unrealistisch. „Wir im Rheinland setzen deswegen auf eine sanfte Migration“, erläutert Bernd Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein.

### Vorteil: Testabrechnung

Für die Online-Abrechnung sprechen gute Gründe. So steht per Testabrechnung das amtliche Regelwerk Tag und Nacht für praxisindividuelle Prüfungen zur Verfügung. Spätestens drei Stunden nach dem Versand an die KV erhält die Praxis Informationen zur formalen und inhaltlichen Richtigkeit der Abrechnung. Wie bei anderen neuen Techniken, entstehen auch bei der Online-Abrechnung Kosten. Für ein HBA-Lesegerät zahlen Praxen zwischen 50 und 80 Euro, der HBA schlägt monatlich mit 7,90 Euro (Ärzte) oder 9,90 Euro (Psychotherapeuten) zu Buche. Dazu kommen bei einigen Softwarehäusern Kosten für den Anschluss von KV-Safenet.

### Finanzielle Förderung

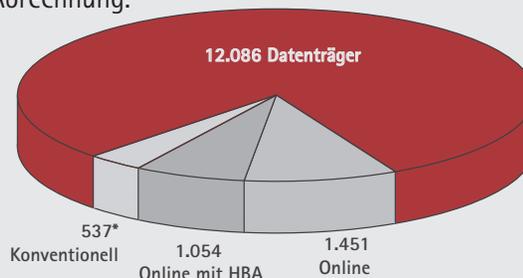
Um Verwaltungskosten zu senken, förderte die KV Nordrhein bereits 2008 die elektronische Gesamtaufstellung mit HBA-Signatur in einem Pilotprojekt. Fast 1.200 Praxen nahmen daran teil. Alle Praxen, die seit 2009 die Gesamtaufstellung mit dem HBA digital signieren, sparen

Verwaltungskosten: Der Satz liegt bei 2,4 Prozent statt 2,6 Prozent bei den Disketten- oder CD-Abrechnern. Die geringeren Verwaltungskosten kann die KV einräumen, weil der Aufwand für komplett papierlose Abrechnungen geringer ist als bei der Abrechnung via Datenträger. Denn bei der sogenannten hybriden Abrechnung müssen Ärzte und Psychotherapeuten die Gesamtaufstellung auf Papier einreichen. „Das bedeutet für die KV manuelles Bearbeiten – und das ist teurer als bei komplett digitalen Prozessen“, sagt Brautmeier.

Mit ihrem Konzept „Fördern statt Fordern“ fährt die KV Nordrhein gut. Im ersten Quartal dieses Jahres rechneten fast 2.500 Ärzte und Psychotherapeuten online mit der D2D-Technik ab; etwa 1.050 davon nutzen den HBA, um die Gesamtaufstellung digital zu signieren. „In keiner Region ist der Anteil online abrechnender Ärzte und Psychotherapeuten, die die KBV-Richtlinie schon heute erfüllen, höher als im Rheinland“, betont Brautmeier.

### So wird abgerechnet

Im ersten Quartal 2010 haben 15.128 Ärzte und Psychotherapeuten ihre Leistungen über die KV Nordrhein abgerechnet. Das Gros rechnet via CD oder Diskette ab. Stark im Kommen ist die Online-Abrechnung.



\*Darunter sind 222 Ärzte, die nur ihre Notdienstleistungen über die KV abgerechnet haben.

## Online-Abrechnung pünktlich abgeben

Auch für die Online-Echtabrechnung gibt es Fristen. Und zwar vom 27. Tag des dritten Quartalsmonats bis zum zwölften Tag des ersten Monats im Folgequartal. Das heißt zum Beispiel für das dritte Quartal 2010: Übermitteln Sie Ihre Online-Echtabrechnung zwischen dem 27. September und dem 12. Oktober 2010 an die KV Nordrhein. Testabrechnungen können Sie jederzeit an die KV senden. Außerhalb der Fristen übermittelte Online-Echtabrechnungen kann die KV Nordrhein eigentlich nicht zur

Honorarabrechnung heranziehen. Soll im Ausnahmefall eine außerhalb der Fristen übermittelte Online-Abrechnung dennoch für die Honorarabrechnung berücksichtigt werden, muss sich die Praxis mit ihrer Bezirksstelle in Verbindung setzen. Hierzu erhält die Praxis eine elektronische Rückmeldung; dort sind Ansprechpartner der Bezirksstelle mit Telefonnummer aufgeführt.

Ausführliche Infos zur Online-Abrechnung finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) [KV100909](#)

## Dauerdiagnosen: nur G und Z zulässig

Im Vorfeld der geplanten Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien sind bundesweit ab dem dritten Quartal 2010 bei der Übermittlung von Dauerdiagnosen nur die Diagnosesicherheiten G (gesichert) und Z (Zustand nach) zulässig. Darauf hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Anbieter von Praxissoftware zunächst verpflichtet.

Die in vielen Praxen benutzten Zusatzkennzeichen V (Verdacht auf) und A (Ausschluss von) sind demnach für die Abrechnung von Dauerdiagnosen nicht sachgerecht. Die Praxen müssen in zutreffenden Fällen die gespeicherten V- und A-Dauerdiagnosen in G- oder Z-Dauerdiagnosen

ändern, damit sie abgerechnet werden können. Mit einem Prüflauf des KBV-Prüfmoduls (III/2010) können Praxen eventuelle Fehler aufdecken.

In einer jüngeren Vorgabe weicht die KBV nun kurzfristig ihre rigide Vorgabe auf: In einigen Konstellationen und Grenzfällen können demnach ausnahmsweise auch Verdachts- oder Ausschlussdiagnosen quartalsübergreifend vorkommen. Leider dürften die entsprechenden Programmanpassungen der Softwarehäuser kaum in allen Praxen rechtzeitig zur Abrechnung für das 3. Quartal eintreffen. Unser Tipp deshalb: Auf der sicheren Seite sind Sie mit der Zusatzkennzeichnung G oder Z.

## KV Nordrhein nach ISO 9001:2008 rezertifiziert

Die KV Nordrhein hat erneut in allen Geschäftsbereichen ihre Rezertifizierung nach der DIN EN ISO-Norm 9001:2008 erhalten. Damit ist sie die einzige KV bundesweit, die komplett zertifiziert ist. Das Zertifikat hat die Deutsche Gesellschaft zur Zertifizierung von Managementsystemen (DQS) ausgestellt. „Wir haben

uns bewusst für diese Norm entschieden“, betont Bernd Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein. Denn sie lege Anforderungen für Organisationen fest, die mit ihren Dienstleistungen die Anforderungen der Kunden erfüllen und die Kundenzufriedenheit erhöhen wollen.



## Früherkennungsuntersuchung J2 ab 1. Oktober auch mit der Knappschaft

Die Knappschaft bietet eine weitere Vorsorgeuntersuchung: die J2. Dazu hat die Kasse zum 1. Oktober 2010 einen Vertrag mit der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztliche Vereinigungen) und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte geschlossen.

Dieser Vertrag entspricht dem mit der Techniker Krankenkasse (wir berichteten in KVNO aktuell 7+8/2010).

Details finden Sie im Internet unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de). [KV100910](#)

## Homöopathievertrag ab 1. Oktober 2010 mit der BKK Pfaff

Die BKK Pfaff tritt zum 1. Oktober 2010 dem Homöopathievertrag der Securvita BKK bei.

## Betriebskrankenkassenfusionen zum 1. Juli 2010

Folgende Betriebskrankenkassen haben zum 1. Juli 2010 fusioniert:

- BKK Bank und Neckermann BKK zur Vereinigte BKK
- BKK Der Partner mit der pronova BKK zur pronova BKK

Eine Liste der Betriebskrankenkassen, die am Hausarztvertrag der BKKen teilnehmen, finden Sie im Internet unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de). [KV100910](#)

## Wegfall der Praxisgebührenbefreiung beim BKK-Hausarztvertrag

Die Praxisgebührenbefreiung entfällt ab 1. Oktober 2010 für Versicherte der BKK exklusiv, BKK Siemag, BKK Demag Krauss Maffei und der BKK firmus, die am Hausarztvertrag der Betriebskrankenkassen teilnehmen. Sie müssen ab 1. Oktober wieder die Praxisgebühr bezahlen.

Cave:

Weiterhin von der Praxisgebühr befreit sind Versicherte der BKK exklusiv, wenn sie an einem Disease-Management-Programm teilnehmen.

## BKK Technoform übernimmt Präventionsangebot U10 und U11

Die BKK Technoform übernimmt seit 1. Juli 2010 das erweiterte Präventionsangebot für die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen der BKKen zur U10 und U11. Die Vergütungen für diese Untersuchungen betragen jeweils 50 Euro und werden extrabudgetär zusätzlich zum Regelleistungsvolumen gezahlt.

Mehr Infos finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de). [KV100910](#)

## Hautkrebs-Excisionen

Seit dem 1. Juli 2010 werden beim Hautkrebs die Excisionen nach den EBM-Nrn. 10343 und 10344 außerhalb des Regelleistungsvolumens bzw. der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen mit dem Orientierungspunktwert in Höhe von 3,5048 Cent vergütet.

## Neue Katarakt-Vergütung mit der AOK Rheinland/Hamburg

Ab 1. Oktober 2010 sinken die Vergütungen im Rahmen des Vertrages zur Förderung ambulant durchgeführter Kataraktoperationen der AOK Rheinland/Hamburg. Die Pauschalerstattung für eine ambulante Kataraktoperation (Symbol-Nr. 90660) beträgt künftig 770 Euro. Für die zusätzlichen Verbrauchsmaterialien, die im Zusammenhang mit den Sonderlinsen - zum Beispiel Heparinlinsen (Symbol-Nr. 90998J) -, benötigt werden, zahlt die Kasse nur noch bis zu 111 Euro in nachgewiesener Höhe. Die Erstattung der Sonderlinsen erfolgt ebenfalls in nachgewiesener Höhe, die Kosten kennzeichnen Sie bitte mit der Symbol-Nr. 90998D. Für sogenannte nicht faltbare Linsen inklusive der Verbrauchsmaterialien erhalten Sie maximal 162 Euro. Bitte kennzeichnen Sie diese Leistung mit der Symbol-Nr. 90998Z.

Neben den Kosten für Linse und Verbrauchsmaterialien bei den sogenannten Sonderlinsen (Symbol-Nr. 90661) und nicht faltbaren Linsen (Symbol-Nr. 90662) wird unverändert ein ärztliches Honorar in Höhe von 501 Euro vergütet. Das bedeutet zum Beispiel, dass bei einer nicht faltbaren Linse eine Pauschalerstattung von 663 Euro für alle ärztlichen Leistungen und Materialkosten vorgenommen wird.

## Infektionsscreening in der Schwangerschaft mit der BIG direkt

Über die Kassenärztliche Bundesvereinigung wurde mit der Innungskrankenkasse BIG direkt gesund ein Vertrag zur Förderung des konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft (K.I.S.S.) zur Reduzierung von Frühgeburten geschlossen.

Vereinbart wurde das Screening asymptomatischer Schwangerer durch den Frauenarzt durch einen mikrobiologischen Abstrich in der 16. bis 24. Schwangerschaftswoche. Der Abstrich wird an ein benanntes Labor zur Auswertung gesandt. Für den Abstrich erhält der Gynäkologe 26 Euro zusätzlich zum Regelleistungsvolumen; die Abrechnung erfolgt nach der Symbolnummer 81103. Ein Genehmigungsverfahren findet nicht statt. Schwangere, die das Infektionsscreening in Anspruch nehmen wollen, melden sich bei der BIG und fordern die Unterlagen für die Teilnahme dort an.

Den Vertrag und weitere Infos finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) **KV100911**

## Novelle der Verordnung zum Meldeverfahren U5 bis U9

Im Juli 2010 trat die Novelle der Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen – Meldeverfahren U5 bis U9 – in Kraft. Im Wesentlichen sind folgende Änderungen für die meldenden Ärzte relevant:

- Um den Abgleich der Daten nicht unnötig zu erschweren, sollten Sie nur das von der Zentralen Stelle zur Verfügung gestellte Erhebungswerkzeug nutzen.
- Die Zentrale Stelle erinnert die Sorgeberechtigten des Kindes spätestens zehn Tage nach Ende des für die Untersuchung festgelegten Toleranzzeitraums daran, die Früherkennungsuntersuchung durchführen zu lassen. Diese Anpassung an das tatsächliche Untersuchungsverhalten der Eltern wird bereits seit Dezember 2009 praktiziert. Auf die Abrechnungsmöglichkeit der außerhalb der Toleranzgrenzen liegenden Nachhol-Untersuchungen hatten wir in KVNO aktuell 3/2010 hingewiesen.
- Bei Vorliegen gewichtiger medizinischer Gründe

kann die Zentrale Stelle die Fristen entsprechend anpassen oder im Einzelfall die Daten eines Kindes aus dem Verfahren nehmen. Für diese Regelung ist ein ärztlicher Nachweis erforderlich.

## Nur Überweisungsschein oder Poliklinikberechtigungsschein

Immer mehr Patienten kommen auf Wunsch der Kliniken in die Praxen und bitten um eine Überweisung und einen Poliklinikberechtigungsschein. Dies ist eine Folge zunehmender Genehmigungen für Universitätskliniken und Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b des Sozialgesetzbuchs V. Beachten Sie bitte, dass es unzulässig ist, den Patienten generell einen Überweisungsschein und einen Poliklinikberechtigungsschein mitzugeben. Als überweisender Arzt entscheiden Sie allein, welchen Schein Sie dem Patienten mitgeben.

Wenn Patienten spezielle Leistungen benötigen, kommt hierfür eine Überweisung an einen niedergelassenen Vertragsarzt oder an einen für diese Leistungen ermächtigten Arzt oder ein ermächtigtes Institut in Betracht. Wenn Sie als behandelnder Arzt der Meinung sind, Ihr Patient sollte in einer Poliklinik vorgestellt werden, dann stellen Sie einen Poliklinikberechtigungsschein aus und geben diesen dem Patienten mit.

## MRSA: Screening-Untersuchungen sind keine Kassenleistung

Abstriche zur Kontrolle der Sanierungsmaßnahme von Patienten, die mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA) besiedelt sind, sind keine Leistung der vertragsärztlichen Versorgung. Den Nukleinsäurenachweis von MRSA (EBM-Nr. 32837) können Sie nur dann abrechnen, wenn eine symptombezogene Behandlung nötig ist.

Mit anderen Worten: Weist ein Patient keine Krankheitssymptome auf oder dient die Untersuchung lediglich zur Überprüfung der MRSA-Sanierung, ist sie nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar. Dies

ist explizit in der Leistungslegende der EBM-Nr. 32837 festgehalten. Dort heißt es, dass die Untersuchung sich nicht auf das Sanierungsmonitoring bezieht.

Werden zum Beispiel in Pflegeeinrichtungen zur Verhinderung von Übertragungen von MRSA-Stämmen Abstriche durchgeführt, gelten diese nicht per se als kurativ-ambulante Leistungen. Es handelt sich um grundsätzliche Hygienemanagement-Maßnahmen, deren Umsetzung primär der Verantwortung der Einrichtung obliegt.

Informationen zum Thema MRSA finden Sie in den Internetangeboten des Robert Koch-Instituts und beim Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen unter [www.rki.de](http://www.rki.de) und [www.liga.nrw.de](http://www.liga.nrw.de) [KV100912](#)

## Neue RLV-Fallwerte für Anästhesisten – QZV Teilradiologie steigt

Die Fallwerte der Regelleistungsvolumen (RLV) von Anästhesisten liegen im 3. Quartal bei 8,92 Euro. Auch bei den Chirurgen hat die KV Nordrhein die RLV-Fallwerte neu berechnet. Auch hier steigen die Fallwerte (siehe S. 3 in dieser Ausgabe). Diese Erhöhung gilt auch für Kinderchirurgen, Plastische Chirurgen, Neurochirurgen und Gefäßchirurgen. Außerdem hat die KV Nordrhein die Fallwerte der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) des Leistungsbereichs Teilradiologie neu berechnet. Folge: Die QZV Teilradiologie steigen an.

Eine Übersicht über die QZV finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) [KV100912](#)

## EBM-Änderungen ab 1. Oktober 2010

### Neue EBM-Nr. 01955 für diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger

Die neue genehmigungspflichtige EBM-Nr. 01955 ist mit 765 Punkten bewertet. Die Leistung beinhaltet die diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung einschließlich der Kosten. Eine gegebenenfalls zusätzliche Methadonsubstitution bei demselben Patienten kann nicht gesondert nach der EBM-Nr. 01950 neben der neuen Leistung abgerechnet werden. Denn die Leistung nach 01950 EBM ist fakultativer Leistungsinhalt der Nr. 01955. Nicht abrechnungsfähig sind neben der EBM-Nr. 01955 die Nrn. 01100 bis 01102, 01210, 01214, 01216, 01218, 01950 und 32148 sowie Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen.

Die EBM-Nrn. 01410 bis 01415, 01420, 01430 und 01440 sind in demselben Behandlungsfall nur dann neben der Nr. 01955 berechnungsfähig, wenn der Kranke unabhängig von den bestehenden Krankheitsbildern der diamorphingestützten Behandlung im Rahmen von Besuchen oder Visiten behandelt werden muss, weil der Patient die Arztpraxis/Einrichtung nicht aufsuchen kann. Die Prüfzeit der EBM-Nr. 01955 im Anhang 3 EBM ist mit acht Minuten kalkuliert.

### Neue EBM-Nr. 01956 als Zuschlag zur Nr. 01955 für Sa-, So- und Feiertags-Behandlungen

Die neue genehmigungspflichtige EBM-Nr. 01956 ist mit 470 Punkten bewertet und kann als Zuschlag zur EBM-Nr. 01955 für die Behandlung an Samstagen, an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen sowie am 24. und 31. Dezember abgerechnet werden. Eine Prüfzeit wurde nicht aufgenommen.

Die EBM-Nrn. 01955 und 01956 werden mit dem festen Punktwert von 3,5048 Cent außerhalb des Regelleistungsvolumens und zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert.

### Änderung der Leistungslegende der EBM Nr. 01952 – Zuschlag für das therapeutische Gespräch

Ab 1. Oktober 2010 ist die EBM-Nr. 01952 auch als Zuschlag für das therapeutische Gespräch im Zusammenhang mit der diamorphingestützten Behandlung Opiatabhängiger nach der Nr. 01955 abrechnungsfähig.

### Neue EBM-Nr. 01833 für Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis

Die neue genehmigungspflichtige EBM-Nr. 01833 ist mit 300 Punkten bewertet und für den Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis ein Mal im Krankheitsfall bei ungeklärter Immunitätslage im Rahmen der Empfängnisregelung (mindestens IgG-Nachweis) abrechnungsfähig. Ein Berechnungsausschluss besteht für die Nebeneinanderberechnung der EBM-Nrn. 01833 und 32629. Zur Abrechnung sind alle Gynäkologen und Laborärzte mit Genehmigung berechtigt. Die EBM-Nr. 01833 wird mit dem festen Punktwert von 3,5048 Cent außerhalb des Regelleistungsvolumens und zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert.

### Berechnungsausschlüsse zu den EBM-Nrn. 01955 (Diamorphin) und 01833 (Varicella):

Die Laborleistungen nach den Nrn. 32148 und 32629 sind nicht neben den Nrn. 01955 (diamorphingestützte Behandlung Opiatabhängiger) und 01833 (Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis) abrechnungsfähig.

### Neue EBM-Nrn. 01704, 01705 und 01706 für das Neugeborenen-Hörscreening bei Erbringung der U1

Die neue EBM-Nr. 01704 ist mit 80 Punkten bewertet und ein Zuschlag für die Beratung im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings im Zusammenhang mit der Erbringung der U1. Die Nr. beinhaltet die Aufklärung der Eltern des Neugeborenen zu Sinn, Zweck und Ziel des Neugeborenen-Hörscreenings einschließlich Aushändigung des Informationsblattes nach Anlage 7 der Kinder-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die Beratung zum Neugeborenen-Hörscreening soll möglichst vor dem 2. Lebenstag des Neugeborenen erfolgen. Die EBM Nr. 01704 kann von Hausärzten, Kinderärzten und Gynäkologen abgerechnet werden. Die EBM-Nr. 01704 ist im Krankheitsfall nicht neben den Nrn. 01705 und 01706 berechnungsfähig. [KW100913](#)

Die neue EBM-Nr. 01705 ist mit 445 Punkten bewertet und beinhaltet die Durchführung der Erstuntersuchung des Neugeborenen mittels TEOAE (transitorisch evozierte otoakustische Emissionen) oder AABR (auditorisch evozierte Hirnstammpotenziale) einschließlich Dokumentation im Kinderuntersuchungsheft sowie die Veranlassung der Kontroll-AABR bei auffälliger Erstuntersuchung.

Die neue EBM-Nr. 01706 ist mit 705 Punkten bewertet und für die Kontroll-AABR nach auffälliger Erstuntersuchung der Leistung nach der EBM-Nr. 01705 einmal im Krankheitsfall abrechnungsfähig.

Die EBM-Nrn. 01705 und 01706 können von Kinderärzten, HNO-Ärzten, Phoniatern und Pädaudiologen abgerechnet werden. Die EBM-Nrn. 01705 und 01706 sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Die EBM-Nrn. 01704, 01705 und 01706 werden mit dem festen Punktwert von 3,5048 Cent außerhalb des Regelleistungsvolumens und zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert.

**Neue EBM-Nr. 10350 für die Balneophototherapie**  
Mit der Änderung der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist die Balneophototherapie nach der EBM-Nr. 10350 als vertragsärztliche Leistung aufgenommen. Die Balneophototherapie ist mit 1125 Punkten bewertet. Dermatologen benötigen eine Genehmigung für die Abrechnung. Die Leistung muss in einer ärztlich geleiteten Betriebsstätte (einschließlich Apparategemeinschaft) in Anwesenheit eines Dermatologen erbracht werden.

Abrechnungsfähig ist die Balneophototherapie bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis vulgaris. Von einem mittelschweren bis schweren Verlauf wird in der Regel bei einem PASI-Score größer als zehn ausgegangen (Quelle Richtlinie des G-BA). Die Leistung ist ein Mal im Quartal abrechnungsfähig und umfasst die Balneophototherapie einschließlich Kosten und Dokumentation. Eine Eingangsuntersuchung und Untersuchungen im Verlauf der Behandlung sind in der Leistung enthalten.

Nach dem Beschluss des G-BA ist die Behandlung mittels Balneophototherapie auf höchstens 35 Einzelanwendungen beschränkt (Behandlungszyklus). Ein neuer Behandlungszyklus kann frühestens 6 Monate nach Abschluss eines vorangegangenen Behandlungszyklus erfolgen. Die EBM-Nr. 10350 ist am Behandlungstag nicht neben den Nrn. 30430 und 30431 abrechnungsfähig. Die EBM-Nr. 10350 wird mit dem festen Punktwert von 3,5048 Cent außerhalb des Regelleistungsvolumens und zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert.

#### Ansprechpartner

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

#### Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666  
Telefax 0221 7763 6450  
E-Mail [service.koeln@kvno.de](mailto:service.koeln@kvno.de)

#### Serviceteam Düsseldorf

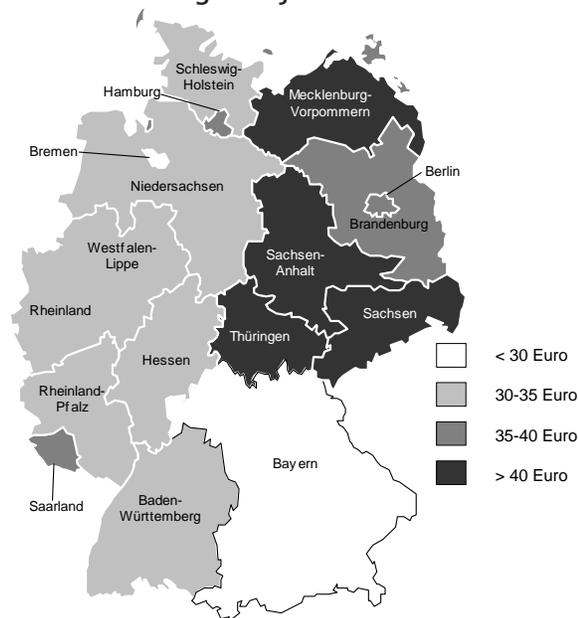
Telefon 0211 5970 8888  
Telefax 0211 5970 8889  
E-Mail [service.duesseldorf@kvno.de](mailto:service.duesseldorf@kvno.de)

## Arzneimittel: Umsätze steigen im ersten Halbjahr um 4,6 Prozent

Im ersten Halbjahr 2010 wurden in Nordrhein 1,65 Milliarden Euro für Arznei- und Verbandmittel über Apotheken umgesetzt. Die Zahl hat die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) ermittelt. Dies entspricht einer Steigerung im Vergleich zum Vorjahreshalb-jahr von 4,6 Prozent. Die Berechnungen der ABDA berücksichtigen allerdings nicht die Rabatte aufgrund der Verträge zwischen den Krankenkassen und den Pharmaunternehmen.

Die Umsätze sind in Nordrhein stärker gestiegen als im bundesweiten Durchschnitt. Hier liegt die Steigerung bei 3,9 Prozent. In Bezug auf die Umsätze je Versicherten liegt das Rheinland indes im Mittelfeld. Im Juni haben die Krankenkassen in Nordrhein je Versicherten durchschnittlich 34,49 Euro gezahlt, im Bund durchschnittlich 34,02 Euro. Die Ausgaben je Versicherten schwanken zwischen 28,56 Euro in Bremen und 44,50 Euro in Sachsen-Anhalt.

### Arzneimittel-Ausgaben je Versicherten



Die Grafik zeigt die Umsätze je Versicherten in den verschiedenen KV-Regionen im Monat Juni. Die Ausgaben im Rheinland liegen im Mittelfeld.

Quelle: ABDA

## Neue Empfehlungen zum Impfen

Die Ständige Impfkommission (STIKO) hat im Juli 2010 neue Empfehlungen veröffentlicht. Für die Übertragung in die Schutzimpfungs-Richtlinie hat der Gemeinsame Bundesausschuss drei Monate Zeit. Erst wenn die Richtlinie aktualisiert wurde, können die neuen Impfempfehlungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen umgesetzt werden.

Die neuen Empfehlungen betreffen unter anderem

- Grippeimpfung für Schwangere ab dem 2. Trimenon, für Schwangere mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens bereits ab dem 1. Trimenon. Durch die Impfung der Schwangeren wird auch der Säugling geschützt (Kokonstrategie).
- Masernimpfung für jüngere Erwachsene, wenn sie bisher nicht geimpft sind, nur einmal in der Kindheit geimpft wurden oder der Impfstatus gegen Masern unklar ist.

- Rötelnimpfung bei Frauen im gebärfähigen Alter. Dies gilt für Frauen, die nur einmal geimpft wurden, oder mit unklarem Impfstatus.
- Anwendung eines 4-valenten Meningokokken-Konjugatimpfstoffes anstelle von Polysaccharidimpfstoffen.

Die Influenza-Impfung der kommenden Saison enthält jetzt auch eine Komponente gegen das Grippevirus A(H1N1), besser bekannt als Schweinegrippe. Die Influenza-Impfstoffe sind mit einer Ausnahme frei von Adjuvantien. Einige Krankenkassen übernehmen die Influenza-Impfung im vierten Quartal 2010 und im ersten Quartal 2011 für alle Versicherten, also auch ohne vorliegende Indikation. Eine aktuelle Liste dieser Krankenkassen finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) im Internet.

Die STIKO-Empfehlungen wurden im Epidemiologischen Bulletin Nr. 30 veröffentlicht. Mehr Infos finden Sie unter [www.rki.de](http://www.rki.de) [W100914](#)

## Parenterale Ernährung einfach und effektiv verordnen

Der Markt für parenterale Ernährung ist unübersichtlich. Die KV Nordrhein und der BKK-Landesverband Nordwest bieten gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft Häusliche Krankenpflege, die ihre Geschäftsstelle beim Landesverband hat, Ärzten die Möglichkeit, parenterale Ernährung über das Portal CareSolution auszuwählen.

Ärzte können zum Beispiel nach Kriterien wie Alter, Gewicht und Nährstoffbedarf die passenden Fertigarzneimittel bestimmen. Das von der Carenoble Gesellschaft für Gesundheitsökonomie entwickelte Portal CareSolution bietet zudem herstellerunabhängige Preisvergleiche, sodass das wirtschaftlichste Präparat leicht auszuwählen ist. CareSolution funktioniert so ähnlich wie bekannte Preisportale für Reisen oder Autos.

In ersten Tests sanken die Therapiekosten je Patient von jährlich 7.976 auf 5.312 Euro. Mit Hilfe dieses Systems können die Ärzte in Nordrhein mit einigen Klicks die beste Variante für ihre Patienten finden, die zugleich auch die

wirtschaftlichste ist. Zur Zeit kann das System nur von BKK-Patienten genutzt werden. „Über das Portal werden unsere Patienten bundesweit optimal versorgt“, sagt Petra Wensing-Schmitz vom BKK-Landesverband Nordwest.

Durch die Verordnung mit CareSolution werden die Ärzte vor Regressen geschützt und das Budget entlastet. „Wir freuen uns, den Kolleginnen und Kollegen ein Instrument an die Hand geben zu können, das das Verordnen vereinfacht und vor Regressansprüchen der Kassen schützt“, sagt Dr. Peter Potthoff, Vorstand der KV Nordrhein.

Das Versorgungsmanagement-System unterstützt Praxen zudem in komplexen Situationen. Es hilft, Infusionspläne zu erstellen, Arztbriefe zu verfassen und Rezepte auszustellen. Kurzum: CareSolution stellt die gesamte Ablauforganisation bereit: einfach, effektiv und transparent.

Ärzte erreichen das System jederzeit über eine passwortgeschützte Verbindung unter [www.caresolution.de](http://www.caresolution.de)

### Stichwort: Parenterale Ernährung

Künstliche Ernährung über Infusionen, wie sie bei Schwerstkranken, meistens Krebspatienten, in der ambulanten Versorgung eingesetzt wird. Die Infusionen haben oft komplizierte Zusammensetzungen und müssen genau auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt sein.

Auf dem Markt sind zurzeit etwa 400 Produkte, aus denen sich Millionen Kombinationsmöglichkeiten ergeben – dabei sind die Preisunterschiede enorm. Die Zahl der Patienten, die parenterale Ernährung erhalten, ist mit 4.000 im Rheinland relativ klein. Die Kosten für ihre Versorgung sind dagegen hoch: bis zu 300 Euro pro Tag bei einer durchschnittlichen Versorgungsdauer von 39 Tagen.

## Verordnungseinschränkung zu Antidiarrhoika gelockert

Antidiarrhoika können Ärzte nur unter bestimmten Voraussetzungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Die Liste der Ausnahmen, in denen dies möglich ist, hat der Gemeinsame Bundesausschuss erweitert. Verordnen können Sie die Mittel gegen Durchfall somit in folgenden Fällen:

- Elektrolytpräparate zur Rehydratation bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zwölf Jahre
- *Saccharomyces boulardii* nur bei Kleinkindern und Kindern bis zwölf Jahre zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen

- Motilitätshemmer nach kolorektalen Resektionen in der post-operativen Adaptationsphase und bei schweren und länger andauernden Diarrhöen, auch wenn diese therapieinduziert sind, sofern eine kausale oder spezifische Therapie nicht ausreichend ist.

**Achtung:** Eine Anwendung von über vier Wochen Dauer bedarf der besonderen Dokumentation und Verlaufsbeobachtung.

Mehr Infos unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) [KW100915](#)

## Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschuss zu Antidiabetika

Langwirksame Insuline dürfen Ärzte nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnen, wenn sie nicht teurer sind als intermediär wirksames Humaninsulin (wir berichteten). Der entsprechende Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss ist am 15. Juli in Kraft getreten. Betroffen sind die Insuline glargin (Lantus) und detemir (Levemir).

Mittlerweile haben die meisten Krankenkassen mit den Herstellern entsprechende Verträge geschlossen, so dass die Verordnung auf einem Kassenrezept weiter möglich ist und Patienten nicht umgestellt werden müssen.

Bereits 2006 knüpfte der Gemeinsame Bundesausschuss die Verordnung der kurzwirksamen Insuline aspart (Novorapid), glulisin (Apidra) und lispro (Humalog) für Typ-2-Diabetiker an die Voraussetzung, dass diese nicht teurer sein dürfen als eine Therapie mit Humaninsulin. Mit dem aktuellen Beschluss wurde diese Einschränkung nun auf alle Analoginsuline für Typ-2-Diabetiker ausgedehnt. Für Typ-1-Diabetiker gibt es keine beschränkenden Beschlüsse. Die Beschlüsse zu den Gliniden und zu den Glitazonen sind hingegen noch nicht in Kraft getreten. Somit können Patienten weiterhin mit Nateglinid (Starlix) und Repaglinid (Novonorm, Generi-

ka), Pioglitazon (Actos) und Rosiglitazon (Avandia) in den zugelassenen Indikationen zu Lasten der Krankenkassen behandelt werden.

Orale Antidiabetika sollen erst nach einem erfolglosen Therapieversuch mit nicht medikamentösen Maßnahmen eingesetzt werden, so sehen es die Arzneimittelrichtlinien vor. Weitere Einschränkungen für die Therapie des Typ-2-Diabetikers bestehen seit 2008 mit den Therapiehinweisen für das GLP-1-Analogon Exenatide (Byetta) und den DPPIV-Inhibitor Sitagliptin (Januvia). Einen Therapiehinweis zu Repaglinid hat der Bundesausschuss bereits 1999 veröffentlicht.

*Hinweise zu den Arzneimittelrichtlinien finden Sie im Internet unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) und auf der Seite des Gemeinsamen Bundesausschuss [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) [W100917](#)*

### Pharmakotherapie- und Heilmittelberatung

#### Pharmakotherapieberatung

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

## Therapiehinweis zu Prasugrel in Kraft getreten

Die Arzneimittel-Richtlinien wurden um einen Therapiehinweis zu Prasugrel erweitert. Der Gemeinsame Bundesausschuss weist darauf hin, dass unter der Kombinationstherapie aus ASS plus Prasugrel (Efient®) im Vergleich zu ASS plus Clopidogrel die Gesamtmortalität und die kardiovaskuläre Mortalität nicht signifikant verringert werden. Dem Vorteil einer Reduktion nicht-tödlicher Herzinfarkte steht ein erhöhtes Risiko für schwerwiegende Blutungen gegenüber. Prasugrel ist zugelassen als Kombinationstherapie mit ASS zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom, bei denen eine primäre oder verzöger-

te PCI erfolgt. Die Behandlungsdauer ist auf 12 Monate beschränkt. In dem Therapiehinweis werden weitere Hinweise zur Einschränkung der Patientengruppen, zu Wechselwirkungen und Kontraindikationen gegeben. Die Therapiekosten für eine Kombinationsbehandlung mit Prasugrel 10mg liegen bei circa 292 Euro pro Quartal und sind damit mehr als fünfmal so hoch wie eine Kombinationsbehandlung mit generischem Clopidogrel (circa 54 Euro, Preise: Stand 1. August 2010).

*Der komplette Therapiehinweis findet sich bei den Arzneimittelrichtlinien auf der Seite des Gemeinsamen Bundesausschuss [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)*



Ihre Ansprechpartner

KV Nordrhein Consult  
Oliver Pellarin  
Telefon 0211 5970 8127  
Telefax 0211 52800 8639  
E-Mail [oliver.pellarin@kvno.de](mailto:oliver.pellarin@kvno.de)

Gudrun Sühling  
Telefon 0211 5970 8644  
Telefax 0211 52800 8639  
E-Mail [gudrun.suehling@kvno.de](mailto:gudrun.suehling@kvno.de)

[www.KV-PraxisCheck.de](http://www.KV-PraxisCheck.de)

Vergleichen – Optimieren – Erfolg haben



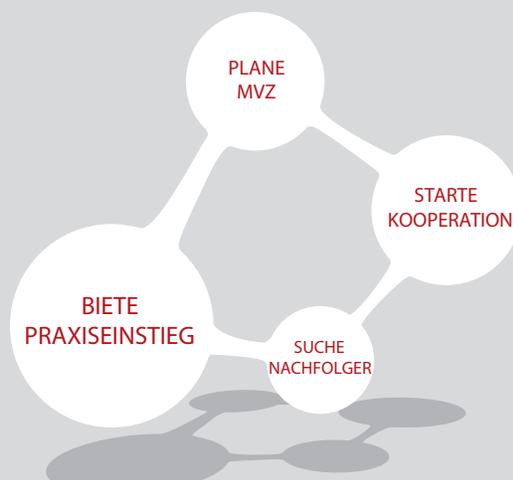
- Abrechnungsdaten online
- Kennzahlen der Praxis
- Elektronische Qualitätszirkel
- Praxisdaten ändern
- Vordrucke bestellen

Kontakt

KV Nordrhein  
Communication Center  
Telefon 0211 5970 8500  
Telefax 0211 5970 9500  
E-Mail [portal@kvno.de](mailto:portal@kvno.de)

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

Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein



Ihre Ansprechpartner

KV Nordrhein Consult  
Oliver Pellarin  
Telefon 0211 5970 8127  
Telefax 0211 5280 0 8639  
[oliver.pellarin@kvno.de](mailto:oliver.pellarin@kvno.de)

Unter

[www.kv-boerse.de](http://www.kv-boerse.de)

finden Sie den Partner Ihres Vertrauens.

## Palliativversorgung flächendeckend – SAPV kommt in Schwung

Schwerstkranke und Sterbende möchten die letzte Phase ihres Lebens zu Hause verbringen. Die Palliativmedizin kann ihnen diesen Wunsch erfüllen – in besonders schwierigen Fällen ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nötig.

Der Tod in Deutschland ist institutionalisiert. Zwei Drittel der Menschen sterben in Kliniken und Heimen. Nur knapp jeder Dritte erlebt das Ende zu Hause. „Diese Relation umzudrehen, das ist unser großes Ziel“, betont Dr. Birgit Weihrauch, Vorsitzende des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes.

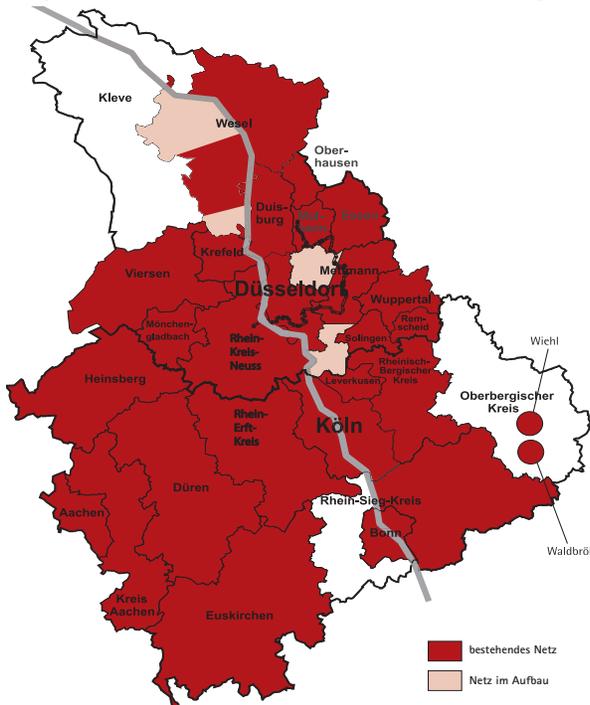
Die Chancen, das Ziel zu erreichen, sind im Rheinland gut. Denn flächendeckend gibt es inzwischen Netze, die eine ausgezeichnete ambulante Palliativversorgung bieten. Zurzeit arbeiten 33 Palliativnetze in Nordrhein. Da-

rin betreuen Ärzte, Pfleger und ehrenamtliche Hospiz-Mitarbeiter knapp 3.500 Patienten.

### KV schließt Verträge mit allen Kassen

Der Erfolg hat seine Geschichte. Seit Anfang 2006 unterstützt die KV Nordrhein den Aufbau von ambulanten Palliativnetzen, schloss zuerst Verträge mit den Primärkassen, im Laufe des Jahres 2007 dann auch mit den Ersatzkassen. Auch die Betriebskrankenkassen bieten Palliativversorgung: via Integrationsverträge, an denen die KV Nordrhein Consult beteiligt ist. Die Inhalte sind deckungsgleich.

### Allgemeine ambulante Palliativversorgung



In 33 Gebieten in Nordrhein gibt es derzeit Palliativnetze, die auf Grundlage der Verträge zwischen der KV Nordrhein und den Krankenkassen arbeiten.

Während nach und nach Netzwerke im ganzen Rheinland entstanden, den Verträgen beitraten und sich um die Patienten mit infauster Diagnose kümmerten, hob der Gesetzgeber die spezialisierte ambulante Palliativversorgung aus der Taufe.

Experten schätzen, dass etwa zehn Prozent der Schwerstkranken diese besondere Hilfe benötigen. Zum Beispiel Patienten mit exulcerierenden Tumoren, oder wenn eine Versorgung mit einer Schmerzpumpe nötig ist.

### Seit 2009 auch spezialisierte Palliativversorgung

Für die SAPV schlossen alle Krankenkassen Anfang 2009 einen Vertrag mit der KV Nordrhein. Die ersten lokalen Teams starteten im Sommer 2009 in Niederberg im Kreis Mettmann und in Düren, im Dezember kam die Region Aachen hinzu. In sieben weiteren Regionen laufen Verhandlungen. In Niederberg läuft die spezialisierte Palliativversorgung bereits: sieben Ärzte, darunter Allgemein-

mediziner, Internisten und Klinikärzte leisten sie. Alle haben sie die 160-Stunden-Weiterbildung zum qualifizierten Palliativarzt absolviert und die Prüfung bestanden. Das ist eine Voraussetzung. Auch ein Behandlungskonzept ist nötig, damit ein SAPV-Vertrag geschlossen werden kann.

Dazu kommen sachlich-apparative Vorgaben, zum Beispiel ein separater Besprechungsraum, um mit Angehörigen in Ruhe reden zu können. „Was wirklich zählt, ist der Wille der Beteiligten“, betont Gerda Graf, Geschäftsführerin der Wohnanlage Sophienhof in Niederzier bei Düren, eine weitere SAPV-Pionierin.

### Rund um die Uhr einsatzbereit

Das Herzstück der SAPV bilden die Palliative Care Teams. Sie bestehen aus mindestens drei qualifizierten Palliativ-Medizinern und mindestens vier Palliativ-Pflegekräften. Das fordert der Gesetzgeber. Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung ist neben der Qualifikationsanforderung zudem eine 24-Stunden-Bereitschaft an sieben Tagen in der Woche. Dazu kommen Kooperationen mit ambulanten Hospizen und Apotheken.

Die in den SAPV-Verträgen fixierten Anforderungen sind hoch. So sollen die teilnehmenden Mediziner eigentlich mindestens 51 Prozent ihrer Zeit in der Palliativversorgung verbringen. „Wie soll ich das mit meiner Hausarztpraxis vereinbaren?“, fragt sich Dr. Udo Kratel, Leiter des Ambulanten Palliativzentrums Dormagen.

„Wer weniger als 20 Stunden Palliativversorgung betreibt, muss keine Konsequenzen fürchten“, sagt Bernd Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein. Das regelt eine Protokollnotiz.

Verordnen können die SAPV Haus-, Fach- und Klinikärzte. Ist sie ausgestellt, dann besucht das Palliative Care Team den Kranken zu Hause und plant die optimale häusliche Versorgung. Die behandelnden Haus- oder Fachärzte bezieht das Team ein.

Jüngst haben die Krankenkassen für den rechtsrheinischen Teil des Rhein-Sieg-Kreises einen SAPV-Vertrag geschlos-

## Spezialisierte ambulante Palliativversorgung



Bislang wurden vier SAPV-Verträge geschlossen. Und zwar für die Region Aachen, den Kreis Düren, Mettmann-Niederberg und den rechtsrheinischen Rhein-Sieg-Kreis. In sieben Regionen laufen Verhandlungen zwischen Kassen, die Netze in Oberhausen und Düsseldorf haben Konzepte erstellt.

sen. Vom St. Josef-Hospital in Troisdorf aus erstreckt sich das Einsatzgebiet des Palliativ Care Teams auf den rechtsrheinischen Rhein-Sieg-Kreis. Außerdem gehören Köln-Porz/Wahn und Bonn-Beuel zum Versorgungsgebiet. Eine halbe Million Menschen lebt in dem Gebiet.

„Patienten, die dies wünschen, werden einen schnellen, unbürokratischen Zugang zu dieser hochwertigen Versorgung bekommen“, sagt Cornelia Prüfer-Storcks, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg.

Mehr Infos zur Palliativversorgung im Internet unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)

## Nur noch jeder Zehnte stirbt im Krankenhaus

Mittendrin: Im Leben – mit diesem Motto wirbt die Stadt Dormagen für sich. Verdient gemacht hat sie sich aber auch um das Sterben. Genauer gesagt: um das Sterben in Würde. Mit Erfolg.

Schon seit zwei Jahrzehnten kooperieren Ärzte, Hospize und Pflegedienste in Dormagen, um schwerst kranke und sterbende Menschen so gut wie möglich zu versorgen. Ohne feste Struktur, ohne klare Ziele, ohne Qualitätsmanagement. „Trotzdem haben wir in unseren Mikronetzwerken über die Jahre gute Arbeit geleistet“, sagt Dr. Udo Kratel, Internist und Palliativmediziner. Es geht aber noch besser. Doch dafür braucht man ein Netz.

Und einen Impuls. Der kam im Jahr 2005. Die Landesregierung legte ein Programm „zur flächendeckenden Umsetzung der ambulanten palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung“ vor. Dieses Programm überführte die KV Nordrhein in palliativmedizinische Versorgungsverträge, die fast alle Krankenkassen im Rheinland unterzeichneten. Es konnte losgehen.

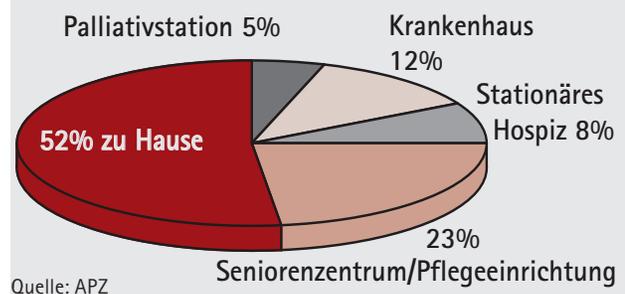


Palliativmediziner Dr. Udo Kratel und Koordinatorin Anita Kramer

Überall in Nordrhein kam die Palliativversorgung in Bewegung; inzwischen gibt es 33 Netze. Die gute ambulante Versorgung der Sterbenden funktioniert flächendeckend.

### Letzter Lebensort: zu Hause

Das Ambulante Palliativzentrum hat zwischen dem 1. Oktober 2009 und Juli 2010 208 Patienten betreut.



### Viel Arbeit für den Aufbau

Im Aufbau dieser Versorgungsstruktur steckt vor allem viel Arbeit. In Dormagen dauerte es drei Jahre, dann funktionierte es. „Dabei hatten wir mit dem Praxisnetz einen taktischen Vorteil“, sagt Kratel. Bereits im Jahr 2006 erwarb er die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin – als Teilnehmer in der ersten Prüfungsgruppe. Ein Sondervertrag mit den Betriebskrankenkassen schob die Entwicklung in der Stadt mit großen Chemiewerken an. Zentrale Koordination, Hotline oder 24-Stunden-Bereitschaft – der Vertrag aus dem Jahr 2008 ist ein Vorgriff auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV).

### Teamwork auf Augenhöhe

Im Ambulanten Palliativzentrum Dormagen (APZ) arbeiten Ärzte, Hospizkoordinatorinnen und Pflegekräfte

„auf Augenhöhe“ zusammen. Es werde nicht mehr „angeordnet oder verordnet“, sondern aus unterschiedlichen Perspektiven über Palliativprobleme und -patienten diskutiert. Und voneinander gelernt. Zum Beispiel bei den Qualitätszirkeln, an denen alle teilnehmen, die die Palliativpatienten versorgen. Neben den Ärzten also auch Pfleger, Ehrenamtliche oder ein spezialisierter Apotheker. „Wir treffen uns einmal im Quartal in den Räumen des Kreiskrankenhauses“, berichtet der 52-jährige Palliativmediziner.

Die Fäden der lokalen Hospiz- und Palliativversorgung laufen im Ambulanten Palliativzentrum Dormagen, kurz APZ, zusammen. Hier sitzt Koordinatorin Anita Kramer. Die 38-jährige Krankenschwester mit Zusatzqualifikation stimmt mit den Krankenkassen zum Beispiel ab, welche Betten, Toiletten und Stühle die Palliativpatienten brauchen, stellt Kontakte zu Pflegediensten her, wirkt beim Erstellen der Dienstpläne der fünf qualifizierten Palliativärzte mit oder agiert als Ansprechpartnerin für Patienten oder Angehörige.

### **Angehörige tragen Versorgung mit**

Was kann ich tun, wenn der Sterbende nicht mehr trinkt? Wie pflege ich den Mund? Das sind typische Fragen der Angehörigen. Doch nicht nur konkrete Behandlungs- und Pflegetipps sind nötig. Für die Versorgung wichtig ist auch der Kontakt zu den Angehörigen. Auf ihren Schultern lastet ein großer Druck. „Wenn die in die Knie gehen, dann bricht die Betreuung zusammen“, formuliert Kramer drastisch. Deswegen sei es wichtig, Entlastung zu organisieren, damit die Angehörigen – meist selbst betagte Menschen – zum Beispiel zum Arzt gehen könnten.

Ihr Büro hat Kramer im Seniorenheim der Markuskirche. Hier treffen sich einmal monatlich auch die fünf qualifizierten Palliativärzte (QPA) zur Besprechung. Und hier liegen in einer zentralen Datei für alle an der Behandlung Beteiligten wichtige Daten (Hope-Standard) jederzeit griffbereit. Auf fünf bis sechs Einsätze pro Woche kommt jeder der QPA in Dormagen – immer zusammen mit dem betreuenden Hausarzt.

### **24 Stunden am Tag erreichbar**

Die Ärzte des APZ stehen im Ernstfall 24 Stunden am Tag bereit, um Palliativpatienten zu versorgen. Eng arbeiten sie auch mit den Pflegerinnen und Pflegern aus den spezialisierten Diensten zusammen. „Die Zusammenarbeit klappt reibungslos“, berichtet Kramer.

Gut sehen die Dormagener auch die Vernetzung mit dem stationären Sektor gelungen. Was auch daran liegt, dass mit dem Kreiskrankenhaus nur eine Klinik vor Ort ist. Und in der arbeitet mit Dr. Ulrich Hauffe einer der fünf qualifizierten Palliativmediziner aus dem APZ. „Das sichert fließende Übergänge“, so Kratel.

Auch bei schwierigen Fällen muss das APZ nicht kapitulieren. „De facto leisten wir hier die sogenannte spezialisierte ambulante Palliativversorgung“, ist sich der Vorstand des ambulanten Hospiz sicher.

Die Dormagener Ärzte haben aus eigener Kraft ein vollständiges Versorgungsangebot geschaffen. Und zwar ein sehr erfolgreiches: Die Zahl der Klinikeinweisungen von Schwerstkranken und Sterbenden sank in den vergangenen Jahren kontinuierlich. „Inzwischen stirbt nur noch jeder zehnte Patient im Krankenhaus“, sagt Kratel. Anders herum: In Dormagen erfüllt sich für fast alle Patienten mit infauster Diagnose ein großer Wunsch: in Würde zu Hause sterben zu können.

### **Das Palliativnetz in Dormagen**

Mai 2007: In Dormagen schließen sich 17 Ärztinnen und Ärzte aus dem Praxisnetz Dormagen zusammen. Sie wollen die Behandlung der Sterbenden verbessern. Heute sind es bereits 44 Ärzte, darunter auch fünf qualifizierte Palliativärzte (QPA). Sie unterstützen Haus- und Fachärzte in der Palliativbetreuung.

Das Ambulante Palliativzentrum (APZ) kooperiert mit drei ambulanten Palliativ-Pflegediensten, der Hospizbewegung mit 39 ehrenamtlichen Mitarbeitern, dem Kreiskrankenhaus, einer spezialisierten Apotheke und einer psychologischen Psychotherapeutin.

Mehr Infos unter [www.apz-dormagen.de](http://www.apz-dormagen.de)

## SAPV auf Muster 63 verordnen

Wo es Palliative Care Teams gibt (siehe Karte Seite 19), können Vertragsärzte die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) auf dem Muster 63 verordnen. Den Vordruck können Sie über den Formularversand der KV Nordrhein in Krefeld beziehen.

**Neu:** Die Unterschrift des Patienten ist nur auf der Rückseite der Ausfertigung für die Krankenkasse nötig. Auf den

Durchschlägen muss der Patient also nicht mehr unterschreiben. Für die erstmalige Verordnung von SAPV bei einem Patienten können Sie die EBM-Nr. 40860 (Erstverordnung 25 Euro) und für die Folgeverordnung bei dem gleichen Patienten die EBM-Nr. 40862 (Folgeverordnung 15 Euro) abrechnen. Die Nrn. 40860 und 40862 werden außerhalb des Regelleistungsvolumens und zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert.

## Ambulante Palliativversorgung für Kinder

In Nordrhein-Westfalen sterben jedes Jahr mehr als 700 Kinder und Jugendliche an unheilbaren Erkrankungen. Alle Krankenkassen im Rheinland haben inzwischen Verträge für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung unheilbar erkrankter Kinder geschlossen. Partner sind die Unikliniken Bonn und Düsseldorf.

Besondere Kinderpalliativteams betreuen die schwerstkranken Kinder zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung. „Gerade in einer so schwierigen Situation brauchen die Familien medizinische, pflegerische und psychosoziale Unterstützung besonders dringend“, erklärt Dirk Ruiss, stellvertretender Leiter des Verbandes der Ersatzkassen in NRW.

Der behandelnde Kinder- und Jugendarzt wird in die Versorgung eingebunden. Wenn sich der Pädiateer die Versorgung im Rahmen seiner Arbeitsbelastung zutraut, ist er der primäre Ansprechpartner. Das Palliative Ca-

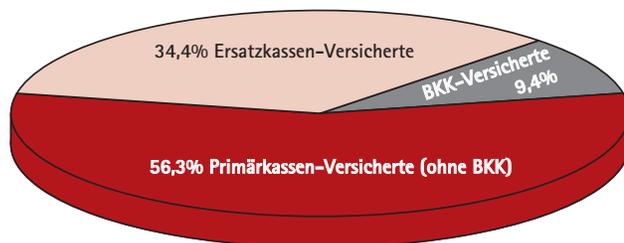
re Team steht ihm im Hintergrund in schwierigen Situationen sowohl telefonisch als auch vor Ort rund um die Uhr zur Verfügung.

Im April präsentierte der damalige Landesgesundheitsminister Karl-Josef Laumann das Konzept einer Landesinitiative zur flächendeckenden pädiatrischen Versorgung von Kindern mit infauster Prognose. Es beruhte auf Erfahrungen, die seit 2007 in einem Modellprojekt gesammelt wurden. Die Landesinitiative schlägt ein dreistufiges System der pädiatrischen Palliativversorgung vor: die Primärversorgung durch geschulte Pädiater und Hausärzte, Angebote zu Fortbildungen und die Etablierung von ausreichend spezialisierten Versorgungsteams.

In das Projekt sind die Kompetenzzentren in Bonn und Datteln eingebunden. In Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinderärzten und Pflegediensten wurden über 170 Kinder und Jugendliche ambulant versorgt.

## 4.683 Palliativpatienten versorgt

Im ersten Quartal 2010 versorgten niedergelassene Ärzte 4.683 Patienten im Rahmen der Verträge der allgemeinen Palliativversorgung. Die Verträge hat die KV Nordrhein mit Primär- und Ersatzkassen geschlossen. Bei den Betriebskrankenkassen ist die KV Nordrhein Consult Vertragspartner.



## Mit dem Sterben leben lernen

Die Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA) organisierte den zwölften Round Table zum Thema „Was geht, wenn nichts mehr geht? – Begleitung schwerstkranker Patienten“. Dazu informierten und diskutierten am 3. Juli 2010 rund 140 Teilnehmer: Ärzte, Psychotherapeuten, Vertreter der Selbsthilfe und der Hospizbewegung.

Die KV Nordrhein ist mit ihren 33 palliativmedizinischen Netzwerken bundesweit Spitzenreiter in der Palliativversorgung und engagiert sich für eine stärkere Verzahnung mit der Hospizbewegung und der Trauer Selbsthilfe.

Rund 90 Prozent der betroffenen Patienten können mit den Netzen der ambulanten Palliativmedizin gut versorgt werden. Etwa zehn Prozent aller Sterbenden benötigen jedoch eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Eine besondere Herausforderung stellt die Sterbebegleitung bei Demenzkranken dar. Dr. Wilhelm Stuhlmann von der Alzheimer Gesellschaft NRW warb dafür, Menschen mit Demenz aus der „doppelten Tabuzone Demenz und Palliativmedizin“ herauszuholen.

„Das Sterben ist alltäglich – und uns dennoch fremd“, sagte Klaus Bleyemehl, Psychologischer Psychotherapeut von der Aids-Hilfe. Diese Fremdheit werde sich verringern, „wenn wir das Sterben aus der Tabuzone herausholen“. Denn dann könne man sich sachlich die Frage stellen, ob man wirklich zu Hause sterben möchte.

**Voraussetzungen für das Sterben zu Hause**  
Um zu Hause sterben zu können, müssen bestimmte Voraussetzungen gegeben sein. Gise-

la Schulz von der Alzheimer Gesellschaft NRW nannte wichtige Punkte, die Betroffene bedenken sollten: Was genau wünsche ich mir? Habe ich eine Vertrauensperson, die alles für mich in meinem Sinn organisiert? Kann ich selber entsprechende Vorkehrungen treffen? Welche Rahmenbedingungen sind für mich machbar und welche Konsequenzen muss ich für mich ziehen?



Letzte Abstimmung vor der Arbeitsgruppensitzung: Gisela Köhler und Dr. Udo Kratel (Hospizbewegung Dormagen), Stephanie Theiß (KV Nordrhein) mit Guido Niebur (Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke)



Rund 140 Teilnehmer kamen am 3. Juli ins Haus der Ärzteschaft, um sich mit dem Tabuthema Sterben auseinanderzusetzen

Wolfgang Leuchter, Hausarzt aus Schleiden, ist erklärter Anhänger einer fachübergreifenden Kooperation von Haupt- und Ehrenamtlern. Für ihn ermöglicht die palliativmedizinische Begleitung ein „dankbares Arbeiten“: „Es bringt mir etwas von dem, weshalb ich den Beruf Arzt gewählt habe.“ Er hat zum Beispiel die Erfahrung gemacht, dass er den Pflegepersonen Angst nehmen kann, wenn er sie konkret über den Ablauf des Ster-

Angst vor dem Sterben oder die Sorge um die Zurück-



Umut Ezel von der Gesundheitsselfthilfe NRW betrachtet Collagen, die Mitglieder von Selbsthilfegruppen anlässlich des Round Table geschaffen haben. Thema der Werke: „Wenn das Leben plötzlich anders wird: Krankheit, Tod, Trauer“

beprozesses informiert. Auch ambulante Hospizdienste und Gruppen der Trauerselbsthilfe könnten Schwerstkranken, ihren pflegenden Angehörigen und Freunden viele Unsicherheiten nehmen.

„Hospizliche Begleitung bedeutet in erster Linie, dem Sterbenden Zeit und Aufmerksamkeit zu schenken. Er darf seine wesentlichen Lebensfragen äußern, zum Beispiel zum Leben nach dem Tod oder zum Sinn des Lebens“, erläuterte Edith Düwel vom Ökumenischen Hospizdienst Köln-Dellbrück/Holweide. Oft falle es den Betroffenen leichter, mit Hospizbegleitern über die

bleibenden zu sprechen, als mit ihren Ärzten, Angehörigen oder Freunden.

Für den Fall, dass man am Lebensende entscheidungsunfähig sei, sollte eine Patientenverfügung oder eine Vorsorgevollmacht vorliegen. Der schriftlich festgelegte Patientenwille ist für alle Behandler verbindlich. Dies wurde zuletzt im Urteil des Bundesgerichtshofes vom 25. Juni 2010 bekräftigt. Doch nicht jeder ist in der Lage, Erklärungen zu formulieren, die auf alle möglichen Situationen passen.

„Sind die medizinischen und pflegerischen Fragen um Leben, Sterben und Tod nicht viel zu kompliziert?“, fragte Dr. Eckard Korsch, Vorsitzender des Klinischen Ethikkomitees der Kliniken der Stadt Köln. Die mit der Vorsorgevollmacht ausgestattete Person könne helfen, dass im Patientensinne entschieden wird, weil sie die Wertvorstellungen, Wünsche und Ängste des Patienten kennt.

### Patientenverfügungen: Segen oder Fluch?

„Ich rate, sich sachkundig zu machen und den Hausarzt einzubinden“, betonte Werner Schell vom Pro Pflege-Selbsthilfenetzwerk. „Die Patientenverfügung gilt zwar zeitlich unbegrenzt, aber man sollte sie etwa alle drei Jahre ergänzen um den Satz „Alle Aussagen sind noch aktuell, Datum, Unterschrift“, empfahl Schell.

Wenn sich Ärzte und Vertreter des Patienten zusammensetzen und über den Patientenwillen sprechen, treten oft Missverständnisse zutage, die dadurch ausgeräumt werden können. Bleibt es bei der Uneinigkeit, muss nach dem Gesetz die Genehmigung des Betreuungsgerichts eingeholt werden. Korsch verwies auf eine Empfehlung der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, in konflikthafter Situationen „eine Ethikberatung in Anspruch zu nehmen“.



Stephanie Theiß (KV Nordrhein) im Gespräch mit Klaus Blyemehl (Aids-Hilfe Düsseldorf), daneben Inge Kunz von Omega – Mit dem Sterben Leben

Inge Kunz von der Organisation „Omega – Mit dem Sterben leben“ plädierte für die gemeinsame Konzentration auf die Frage „Was brauchen Sterbende?“ Die Antwort könnte lauten: „Schmerzfrei sein und begleitet von zugewandten Menschen, die die Wünsche des Sterbenden kennen.“

### Patientenverfügung richtig aufsetzen

Das Bundesministerium für Justiz hat die Broschüre „Patientenverfügung“ herausgegeben. Sie enthält Infos und Textbausteine für eine individuelle Patientenverfügung. Die Broschüre können Sie anfordern beim

#### Publikationsversand der Bundesregierung

Telefon 01805 77 80 90

Telefax 01805 77 80 94

Internet [www.bmj.de/publikationen](http://www.bmj.de/publikationen)

Muster für eine Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung finden Sie unter [www.aekno.de](http://www.aekno.de) und [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) [KV100925](#)

## Die ersten Fachwirtinnen sind da

Die ersten „Fachwirtinnen für ambulante medizinische Versorgung“ in Nordrhein haben Anfang Juli ihre Abschlusszeugnisse erhalten. 20 Fachwirtinnen und ein Fachwirt feierten im Haus der Ärzteschaft ihren Abschluss. Künftig können sie als leitende Teamchefs in der Arztpraxis die Patientenbegleitung, Koordination und Praxisführung in die Hand nehmen.

Als „Prototypen einer neuen Aufstiegsgeneration von Medizinischen Fachangestellten“, stellte Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer, ihnen glänzende Berufsaussichten in Aussicht. Die Fachwirtinnen werden künftig den Praxisinhaber deutlich entlasten, versprach Serin Alma, Vorstands-Mitglied des Landesverbands West des Verbandes medizinischer Fachberufe (VMF). Die Fortbildung umfasst insgesamt 420 Stunden. Die Fortbildung gliedert sich in einen Pflichtteil mit Schwerpunkt auf der Organisation (300 Stunden)

und einen medizinischen Wahlteil (120 Stunden). Die Kursteilnahme kostet circa 2.200 bis 2.400 Euro.

Neu: Die Fachwirtinnen können ab dem Wintersemester 2010/2011 unter bestimmten Voraussetzungen alle Hoch- und Fachhochschulen in NRW besuchen.

Mehr Infos im Internet unter [www.akno.de](http://www.akno.de)



Die Fachwirtinnen für ambulante medizinische Versorgung bei der Feier im Haus der Ärzteschaft. Dazu gratulierten ihnen Bernd Zimmer, Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein (rechts vorne), Dr. Peter Lösche, Geschäftsführer der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung (links vorne) und Serin Alma, vom VMF-Vorstand Landesverband West (2. vorne links). Foto: Franke

## Dr. Otto Reiners verstorben

Dr. Otto Reiners, langjähriger Vorsitzender der Kreisstelle Neuss, verstarb am 18. August 2010 im Alter von 90 Jahren. Seine kassenärztliche Tätigkeit begann er 1950, zwölf Jahre später wurde er in die Vertreterversammlung der KV Nordrhein gewählt, die er von 1981 bis 1989 als Vorsitzender führte. Anfang der 60er Jahre wurde er auch in den Kreisstellenvorstand Neuss gewählt, dessen Vorsitz er von



Dr. Otto Reiners

1964 bis 1989 inne hatte. Finanzausschuss, Verwaltungsrat der Bezirksstelle Düsseldorf, Akademie für ärztliche Fortbildung, ärztlicher Beisitzer am Oberverwaltungsgericht Münster – das sind weitere Stationen seines Engagements. Sein Einsatz wurde mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande und der Johannes-Weyer-Medaille der nordrheinischen Ärzteschaft gewürdigt.

## Ausbildung zum Qualitätszirkel-Moderator

Die KV Nordrhein bietet dieses Jahr noch vier Schulungen für Qualitätszirkel-Moderatoren an, drei Grundkurse und einen Aufbaukurs. Die Teilnahme an den beiden Kursen ist Voraussetzung für die Anerkennung als Qualitätszirkel-Moderator. Nur anerkannte Moderatoren erhalten bis zu

sechsmal pro Jahr die Moderatorenpauschale von 100 Euro je Sitzung. Die Kurse finden im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf statt. Die Teilnahmegebühr beträgt für einen Grundkurs 130 Euro (inklusive Handbuch), für den Aufbaukurs 100 Euro; die Kurse sind mit zwölf Punkten zertifiziert.

### Moderatorenschulungen

Termin	Kursus	Zertifizierung
Freitag, 2. Juli, 15 bis 18 Uhr und Samstag, 3. Juli 2010, 9 bis 18 Uhr	Grundkurs	12 Punkte
Freitag, 24. September, 15 bis 18 Uhr und Samstag, 25. September 2010, 9 bis 18 Uhr	Grundkurs	12 Punkte
Samstag, 6. November 2010, 9 bis 16 Uhr	Aufbaukurs	beantragt
Freitag, 3. Dezember, 15 bis 18 Uhr und Samstag, 4. Dezember 2010, 9 bis 18 Uhr	Grundkurs	12 Punkte

Anmeldung

Nordrheinische Akademie

Tanja Kohnen, Telefon 0211 4302 1306, Telefax 0211 4302 1390, E-Mail [tanja.kohnen@aeckno.de](mailto:tanja.kohnen@aeckno.de)

## Qualitätszirkel-Neugründungen

**Thema** Integrative Intervention  
**Kontakt** Dipl. Psych. Helga Odendahl  
 Hochstadenstraße 15  
 50674 Köln  
**Telefon** 0221 1683 1709  
**Telefax** 0221 1683 1704  
**Termin** nach Vereinbarung  
 19 bis 22 Uhr  
**Ort** Köln

**Thema** Homöopathie – Repertorisationsübungen anhand konkreter Fälle  
**Kontakt** Dr. Margarete Maria Lipek  
 Derendorfer Straße 70  
 40479 Düsseldorf  
**Telefon** 0211 464 422  
**Termin** 7. Oktober 2010  
 19 bis 22 Uhr  
**Ort** Praxis  
 Dr. Margarete Maria Lipek

**Thema** Psychotherapeutische Interventionen (Schwerpunkt Trauma)  
**Kontakt** Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Julia Petmecky  
 Maternusstraße 22  
 50996 Köln  
**Telefon** 0221 2606 0352  
**Telefax** 0203 53399  
**E-Mail** [praxis@psychotherapie-porz.de](mailto:praxis@psychotherapie-porz.de)  
**Termin** 5. November 2010  
**Ort** Köln

## Neues Internetportal zum Thema Demenz

Am 20. September, dem Welt-Alzheimerstag, geht ein neues Internetportal des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend online: der Wegweiser Demenz. Er richtet sich in erster Linie an Betroffene und pflegende Angehörige, kann aber auch Medizinern helfen. Zum Beispiel mit Adressen passender Hilfsangebote für ihre Patientinnen und Patienten – wie Gedächtnissprechstunden, ambulante Pflegedienste und Pflegeberatungsstellen. Mit der Rubrik „Informationen für Fachkräfte“

gibt es einen eigenen Bereich für die helfenden Berufe. Hier finden Sie Infos zu ausgewählten Forschungsprojekten, Fachliteratur sowie Hinweise auf Weiterbildungs- und Qualifizierungsmöglichkeiten.

Das Portal erreichen Sie unter [www.wegweiser-demenz.de](http://www.wegweiser-demenz.de)



## Keine Überweisung für Prä-OP-Leistungen nötig

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im August standen Fragen zur Online-Abrechnung, zum Impfen und Leistungen der Operationsvorbereitung im Vordergrund.

### *Wie kann ich die Impfung mit Tetanol oder Tetagam abrechnen?*

Sie impfen mit Tetanol oder Tetagam nur im Verletzungsfall; es handelt sich nicht um Schutzimpfungen im Sinne der Prä-



vention. Impfungen im Verletzungsfall sind kurativ abzurechnen. Abrechnungsfähig ist hier nur die Ver-

sicherten- oder Grundpauschale. Die Verordnung des Impfstoffes erfolgt über den Sprechstundenbedarf.

Die Folgeimpfungen (Schutzimpfungen) zur Vervollständigung des Impfschutzes sind über die Impfvereinbarung nach den Symbolnummern 89124A oder 89124B abrechnungsfähig. Die Verordnung des Impfstoffes erfolgt auch hier über den Sprechstundenbedarf.

### *Müssen wir für die Abrechnung der Prä-OP-Leistungen (EBM 31010 bis 31013) eine Überweisung haben?*

Nein, Sie müssen für die Abrechnung der Prä-OP-Leistungen keine Überweisung haben. Es ist möglich, die Operationsvorbereitung (Nummern 31010 bis 31013) des Ein-

heitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) auf dem bereits vorliegenden Schein abzurechnen.

Liegt Ihnen eine Überweisung zur Erbringung der Prä-OP-Leistungen vor und Sie haben diese als separaten Schein angelegt, so können sie zusätzlich zu den Nummern 31010 bis 31013 auch die Konsultationspauschale (Nummer 01436) abrechnen.

### *Woran sehe ich, ob die Online-Abrechnung mit der elektronischen Signatur mittels Heilberufausweis (HBA) bei der KV Nordrhein angekommen ist?*

Nach der Übermittlung der Online-Echtabrechnung sendet die KV Nordrhein Ihnen eine automatisch erzeugte Empfangsbestätigung, die je nach eingesetzter Software gesondert abgerufen werden muss. In der Empfangsbestätigung finden Sie den Hinweis, dass die digitale Signatur der Gesamtaufstellung überprüft wurde und ob es eine Beanstandung gab oder nicht.

#### Serviceteams der KV Nordrhein

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

##### Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666  
Telefax 0221 7763 6450  
E-Mail [service.koeln@kvno.de](mailto:service.koeln@kvno.de)

##### Serviceteam Düsseldorf

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

## Rubrik „Praxis“ ist das Herzstück

Mit der Überarbeitung des Internetauftritts der KV Nordrhein ([www.kvno.de](http://www.kvno.de)) hat sich nicht nur das äußere Erscheinungsbild geändert, auch die Inhalte sind neu sortiert. Alle für Vertragsärzte und -psychotherapeuten wichtigen Informationen sind nun in der Hauptrubrik „Praxis“ zusammengefasst.

Den Kern bilden die „Praxisinformationen“ mit den Praxisinfos aus der KVNO aktuell, der Übersicht wichtiger Termine, den Hinweisen zu individuellen Gesundheitsleistungen, den Onlinediensten der KV Nordrhein und der Onlineausgabe von KVNO aktuell. Zur leichteren Orientierung wurde die Zahl der Unterrubriken reduziert und einige zusammengelegt. So finden Sie Informationen zu den Verträgen der KV Nordrhein, Hinweise zur Honorarabrechnung und allgemeine rechtliche Regelungen unter „Honorar & Recht“.

„Qualität und Fortbildung“

hängen ebenfalls thematisch eng zusammen und bilden deshalb eine gemeinsame Unterrubrik. Dort sind allgemeine Erläuterungen und Richtlinien zur Qualitätssicherung, Hinweise zu genehmigungspflichtigen Leistungen, Qualitätszirkeln und Qualitätsmanagement hinterlegt. Unter „Fortbildung“ gibt es eine Übersicht der Fortbildungsangebote vor allem der regionalen ärztlichen Einrichtungen sowie den Internetauftritt des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN).

Unter „Verordnungen“ bieten wir Informationen zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie zu Impfungen und Sprechstundenbedarf an. Über die Voraus-



In der Honorar-Rubrik finden Sie ausführliche Infos und Dokumente zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab, den Regelleistungsvolumen und Individuellen Gesundheitsleistungen

setzungen sich niederzulassen und die Möglichkeiten der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsausübung informieren wir in der Rubrik „Niederlassung“.

Zur Übersichtlichkeit des neuen Auftritts trägt bei, dass in der linken Navigationsleiste alle zu einer Rubrik gehörenden Themen aufgelistet sind. Sie werden aufgeklappt, wenn man auf den Titel der Unterrubrik klickt, und bleiben auch alle auf einen Blick sichtbar, wenn man ein Dokument aufruft. Das erleichtert, rasch zwischen den Themen zu wechseln.

Die KV Nordrhein finden Sie im Internet unter [www.kvno.de](http://www.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)
<b>Bezirksstellen der KV Nordrhein</b>			<b>Qualitätssicherung/Sicherstellung</b>		
7504	Bestellschein für Vordrucke	(2)	7550	Bedarfsplanung	(4)
<b>Bezirksstelle Düsseldorf</b>			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)
<b>Bezirksstelle Köln</b>			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 substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger	(4)
<b>EDV/IT in der Arztpraxis</b>			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)	<b>Rechtsabteilung</b>		
<b>Pharmakotherapieberatung</b>			7570	Kooperation mit pharmazeutischen Unternehmen	(4)
7532	Patentgeschützte Analogpräparate (Me-too-Liste 2010)	(2)	7571	Praxisgebühr: Muster-Zahlungsaufforderung für Praxisgebühr	(1)
7533	Praxisbesonderheiten 2010 – Arzneimittel (Symbolnummern)	(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)	<b>Unternehmenskommunikation</b>		
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	Praxisbesonderheiten 2010 – Heilmittel (Symbolnummern)	(2)			

Diese Dokumente sind auch über die Online-Ausgabe von KVNO aktuell im Internet unter [www.kvno.de](http://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.

## Qualitätsmanagement in der Praxis – Wie geht's weiter?

Was kann man mit Qualitätsmanagement (QM) erreichen? Zwei nordrheinische Praxen berichten, welche Prozesse sie mit QM verbessert haben. Vorgestellt werden auch die Änderungen der QM-Richtlinie ab 2011. Dann wird der Gemeinsame Bundesausschuss prüfen, was zu tun ist, wenn Praxen kein QM einsetzen und entscheiden, ob einzelne QM-Systeme benannt werden sollen.

Termin	Zeit	Ort
5. Oktober 2010	19.30 bis 22 Uhr	KV Nordrhein (Haus der Ärzteschaft), Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
6. Oktober 2010	17 bis 19:30 Uhr	Bezirksstelle Köln, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln

### Anmeldung

Sie erhalten in Kürze einen Anmeldebogen per Fax

Zertifizierung: beantragt

## Qualitätsgesicherte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS

Die „Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“ (ADHS) ist eine der intensiv diskutierten Diagnosen im Kindesalter. Die KV Nordrhein, die Psychotherapeutenkammer NRW und der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte treten gemeinsam dafür ein, Kommunikations- und Kooperationswege zwischen Ärzten und Psychotherapeuten zu stärken.

Termin	Zeit	Ort
6. Oktober	15 bis 18.30 Uhr	KV Nordrhein (Haus der Ärzteschaft), Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

### Anmeldung

Psychotherapeutenkammer NRW

Willstätterstraße 10, 40549 Düsseldorf, Telefon 0211 5228 470, Telefax 0211 5228 4715, E-Mail [info@ptk-nrw.de](mailto:info@ptk-nrw.de)

Zertifiziert: 4 Fortbildungspunkte

## MFA-Fortbildungen: Abrechnung, Vordrucke und IGe-Leistungen

Die Abrechnung von Grund-, Versicherten- und Notdienstpauschalen, Impfleistungen und Hausarztverträgen – das sind zentrale Themen der Fortbildung „Richtig abrechnen“. Anhand von häufig verwendeten Mustern wie Überweisungs-, Notfallschein oder Heilmittelverordnung erhalten die Teilnehmer der Fortbildung „Vordrucke“ Hinweise zum richtigen Ausfüllen. Die Voraussetzungen zum Abrechnen Individueller Gesundheitsleistungen und mögliche Probleme stehen im Mittelpunkt einer weiteren kostenlosen Fortbildungsveranstaltung für Medizinische Fachangestellte (MFA). Die Seminare finden mittwochs von 15 Uhr bis 17.30 Uhr statt.

Thema	Termin	Ort
Richtig abrechnen	15. September 2010	Kreisstelle Aachen, Habsburgerallee 13, 52064 Aachen
Vordrucke und Gesamtaufstellung	29. September 2010	Bezirksstelle Köln, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln
IGe-Leistungen	20. Oktober 2010	KV Nordrhein (Haus der Ärzteschaft), Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Vordrucke und Gesamtaufstellung	13. Oktober 2010	KV Nordrhein (Haus der Ärzteschaft), Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Vordrucke und Gesamtaufstellung	27. Oktober 2010	Kreisstelle Aachen, Habsburgerallee 13, 52064 Aachen

### Anmeldung

Nordrheinische Akademie

Tersteegenstraße 3, 40474 Düsseldorf, Telefon 0211 4302 1368, Telefax 0211 4302 1390, E-Mail: [akademie@kvno.de](mailto:akademie@kvno.de)

## Termine

■ 15.9.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Richtig abrechnen“, Aachen
18.9.2010	Tag der ambulanten Medizin, Leverkusen
■ 21.9.2010	Kreisstelle Köln der KV Nordrhein: „Jour variable“, Köln
25.9.2010	Seminar des Deutschen Ärztinnenbund e.V.: „Frauen gründen anders – aber wie?“, Dortmund
■ 29.9.2010	Kreisstelle Essen der KV Nordrhein: Mitgliederversammlung, Essen
30.9.2010	Kreisstellen Oberhausen (KV Nordrhein und Ärztekammer Nordrhein): Mitgliederversammlung, Oberhausen
2.10.2010	Seminar des Deutschen Ärztinnenbund e.V.: „Frauen gründen anders – aber wie?“, Dortmund
■ 6.10.2010	Infomarkt der KV Nordrhein und ADHS Veranstaltung, Düsseldorf
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: „IGe-Leistungen“, Düsseldorf
23./24.10.2010	Psychotherapeutenkammer NRW: 6. Jahreskongress Psychotherapie, Bochum
■ 27.10.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung“, Aachen
■ 27.10.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“, Heinsberg
■ 3.11.2010	RP-Sprechstunde „Phobien“, Düsseldorf
5. – 7.11.2010	IQN: 18. Fortbildungscurriculum Mamma-Carcinom, Düsseldorf
■ 9.11.2010	Kreisstelle Mülheim der KV Nordrhein: Mitgliederversammlung, Mülheim
■ 10.11.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“, Düren
■ 13.11.2010	5. Nordrheinischer Praxisbörsentag der KV Nordrhein, Köln
17. – 20.11.2010	MEDICA, Düsseldorf
■ 17.11.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“, Wuppertal
■ 24.11.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zur Pharmakotherapie, Köln
■ 27.11.2010	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 1.12.2010	Info-Markt für Medizinische Fachangestellte, Düsseldorf
■ 4.12.2010	Konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 7.12.2010	Kreisstelle Solingen der KV Nordrhein: Mitgliederversammlung, Solingen
■ 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](http://www.kvno.de)

**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](mailto:redaktion@kvno.de)

**Ansprechpartner**

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

**Serviceteam Köln**

Telefon 0221 7763 6666  
Telefax 0221 7763 6450  
E-Mail [service.koeln@kvno.de](mailto:service.koeln@kvno.de)

**Serviceteam Düsseldorf**

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

**Formularversand**

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

KVNO aktuell erscheint 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.

■ **Wahlen:**

Die ersten

Ergebnisse

■ **§ 73b:**

Die Lage

in Nordrhein

■ **Umfrage:**

Patienten über

ihre Versorgung

■ **Service:**

Mehr Beratung

bei der KV Nordrhein

■ **Allgemeinmedizin:**

Neuer Verbund für

die Weiterbildung

**Die nächste Ausgabe von  
KVNO aktuell erscheint  
am 6. Oktober 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](mailto:redaktion@kvno.de)  
Telefon 0211 5970 0 · Telefax 0211 5070 8100

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



Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

UIV