

■ Schwerpunkt

Honorar 2011

120 Millionen Euro mehr
für die Praxen im Rheinland

■ Hintergrund

Transplantationen

Zu wenig Organspender –
12.000 Menschen warten

■ Aktuell

KV-SafeNet

Sicher online mit
dem Praxiscomputer

■ Praxisinfo

Radiologie

Neue Richtlinie zur
Qualitätssicherung



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

- 1 Editorial

Schwerpunkt

- 2 Honorar 2011: 120 Millionen Euro mehr für die Praxen im Rheinland

Aktuell

- 4 ADHS-Vertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg: Erst Psychotherapie, später Pillen
- 6 KV-SafeNet: Anschluss an die Zukunft
- 7 „Das KV-SafeNet ist die sicherste Lösung“

Berichte

- 18 Organe spenden – Leben retten: Der deutsche Organmangel
- 20 Kampagne der BZgA: Werden Sie Organpate
- 22 Medizinstudenten befragt: Wunschjob: Angestellter Facharzt in der Großstadt
- 24 Allgemeinmedizin: Weiterbildungsverbund in Duisburg
- 25 Nachahmer-Medikamente auf Rezept
- 25 SAPV steht in acht Regionen im Rheinland
- 25 Fortbildungsverpflichtung: Separater Nachweis nicht länger nötig

Service

- 26 Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen: So integrieren Sie präventive Leistungen in den Praxisalltag
- 28 Aktuelle Fragen an die Serviceteams – und deren Antworten: Regeln für die Heilmittel-Verordnung von Polizisten
- 29 Fax-Abruf

Praxisinfo

- 8 ADHS: Modulvertrag mit Psychotherapeuten geschlossen
- 8 DMP KHK für Mitgliedergruppe A der Postbeamtenkrankenkasse vereinbart
- 8 Innungskrankenkassen fusionierten am 1. Juli 2010
- 8 Wegfall der Symbolnummern für die Impfung A/H1N1 (Schweinegrippe)
- 9 H-Arzt-Verfahren endet in fünf Jahren
- 9 Kennzeichnung von Verordnungen im Rahmen der Selbstbehandlung
- 9 DMP-Schulungsempfehlungen: Kassen streichen Verweigerer
- 10 Radiologie: Richtlinien zur Qualitätsbeurteilung
- 10 EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2010
- 11 EBM-Änderungen zum 1. Januar 2011

Arzneimittelinfo

- 14 Empfehlungen der STIKO in Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen
- 14 Sartane: Greifen Sie zu Generika
- 15 Achtung: Anträge bei Verstoß gegen die Arzneimittel-Richtlinien
- 16 Pharmamarketing – Gesunde Skepsis geboten



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

Sie konnten es wieder lesen und hören: Die Honorarerhöhung der niedergelassenen Ärzte im kommenden Jahr sei unverhältnismäßig hoch. Diese Behauptung ist heute genauso falsch wie gestern. Unser nordrheinischer Anteil an der Erhöhung im nächsten Jahr reicht gerade hin, um die ärgste Bedrängnis, in die unsere Praxen geraten sind, zu mildern. Wenn alles so kommt, wie es jetzt aussieht, erhöht sich der Aufwand für die ambulante Behandlung je GKV-Versicherten im Rheinland gerade mal um rund 15,00 Euro, im Jahr! Er könnte von derzeit 315,26 Euro auf 330,26 steigen.

Diese Zahlen sind Beleg dafür, dass die negativen Reaktionen reine Reflexe sind, aufgeschrieben oder ausgesprochen, ohne nachzudenken. Nicht nur weil die Höhe der Steigerung im nächsten Jahr immer noch bescheiden ist, sondern auch, weil sie unmittelbar den Versicherten in unserem Lande zugutekommt. Denn es ist sozusagen das Behandlungsbudget jedes Versicherten in Nordrhein, das durch den Bundesausschuss und den Gesetzgeber festgesetzt wird.

Es gibt andere Player im Gesundheitswesen, denen es gelingt, still und leise, man könnte sagen, klammheimlich, ihre Forderungen durchzusetzen. Ein gutes Beispiel dafür lieferte dieser Tage die pharmazeutische Industrie.

Nahezu unbemerkt von der Öffentlichkeit hat sie sich einen direkten Zugang zum Versorgungsgeschehen verschafft, der den Kassenärztlichen Vereinigungen verwehrt ist. Zukünftig sollen pharmazeutische Unterneh-

men Partner in Verträgen zur Integrierten Versorgung sein können. Der Paragraph 140b SGB V soll entsprechend geändert werden.

Während den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Beteiligung an Verträgen zur Integrierten Versorgung nach wie vor verwehrt bleibt, sollen zukünftig Unternehmen der Pharmaindustrie einen unmittelbaren Zugang zu diesen Versorgungsverträgen erhalten. Die nicht profitorientierte Körperschaft bleibt ausgeschlossen, während international agierende Unternehmen und Großkonzerne zum Wohle ihrer Shareholder direkten Einfluss auf das Versorgungsgeschehen erhalten sollen. Auf diese Weise liefert man ganze Versorgungszweige und -gebiete den kommerziellen Interessen einzelner Unternehmen aus. Übrigens: Der aktuelle Anteil der ambulanten Medizin an den GKV-Ausgaben beträgt 17 Prozent, der für Arzneimittel 18 Prozent, plus drei Prozent für Heilmittel und noch mal drei Prozent für Hilfsmittel.

Wir haben gemeinsam mit den Kollegen aus Westfalen-Lippe gegen dieses Vorhaben protestiert und unsere Bundestagsabgeordneten aufgefordert, diesem Ansinnen nicht zuzustimmen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr KV-Vorstand

Dr. Peter Potthoff

Bernd Brautmeier

120 Millionen Euro mehr für die Praxen im Rheinland

Eine Honorarsteigerung von 120 Millionen Euro für das Jahr 2011 ist Nordrhein so gut wie sicher. Damit würden die Rheinländer den höchsten Zuwachs bundesweit erhalten.

Nach mehreren Verhandlungsrunden mit dem GKV-Spitzenverband über die Honorare der rund 150.000 Vertragsärzte und Psychotherapeuten im Jahr 2011 hat der Bewertungsausschuss am 5. Oktober eine Entscheidung gefällt. Danach müssen die gesetzlichen Krankenkassen im nächsten Jahr allein 500 Millionen Euro zur „asymmetrischen Verteilung“ bereitstellen. 14 Kassenärztliche Vereinigungen profitieren von der asymmetrischen Verteilung, darunter vor allem Nordrhein.

„Wir haben unter den schwierigen Bedingungen des Schlichtungsverfahrens das Maximale herausgeholt“, kommentiert Dr. Andreas Köhler, Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) diese Entscheidung. Damit hat die KBV den Beschluss ihrer Vertreterversammlung vom 10. Mai 2010 umgesetzt und die Forderung vor allem der nordrhein-westfälischen KVen nach einem Ausgleich der Benachteiligung dieser KVen teilweise erfüllt.

Allein durch die Umsetzung dieses Beschlusses wird Nordrhein eine Erhöhung des Honorars in 2011 von 88 Millionen Euro erhalten. „Lange haben wir uns beharrlich dafür eingesetzt: auf politischer Ebene, in den Gremien der Selbstverwaltung und in den Medien“, so der KV-Vorstand im aktuellen Quartalsbrief.

Eine zusätzliche Steigerung ist ebenfalls sicher, nämlich eine lineare Steigerung des Honorars in allen KV-Regionen um 0,75 Prozent. Diese Erhöhung stand bereits im ersten Entwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes, das sich gegenwärtig in der parlamentarischen Abstimmung befindet. Für Nordrhein werden daraus noch einmal rund

19 Millionen Euro zusätzlich resultieren. Zusammen mit dem Zuschlag aus der asymmetrischen Verteilung ist das eine Honorarsteigerung von 107 Millionen Euro.

KBV fordert 1,5 Prozent mehr

Doch dabei soll es nicht bleiben. Die Bundesregierung wird die Gesamtvergütung nicht nur um 0,75, sondern um 1,25 Prozent linear für alle KV-Bereiche erhöhen; damit würde die Honorarsteigerung für Nordrhein bei circa 120 Millionen Euro liegen. Das entspricht in etwa der Forderung der KBV.

Dafür sprächen nach Auffassung von KBV-Chef Köhler zwei Gründe: „Zum einen ist dieser dringend notwendige Zuwachs durch die höheren Kassenbeiträge im nächsten Jahr bereits eingepreist. Die Politik sollte dafür sorgen, dass die höheren Beiträge der Versicherten auch komplett ihrer ambulanten Versorgung zugutekommen. Zum anderen ist schon jetzt klar, dass auch die Grundlohnsumme 2011 über den im Gesetz festgelegten Prozentsatz von 0,75 Prozent steigen wird. Damit können auch die Kostensteigerungen in denjenigen Regionen aufgefangen werden, die nicht von der asymmetrischen Verteilung profitieren“, erklärte Köhler.

Gleiches Honorar für gleiche Leistung

Doch diese Erhöhung kann nur ein Anfang auf dem Weg zur Angleichung der Vergütung sein. „Unser Ziel ist es, eine angemessene Vergütung für die Leistungen zu erreichen, die Sie in Ihren Praxen erbringen. Die asymmetrische Verteilung war ein Schritt in die richtige Richtung. Weitere müssen folgen“, so der Vorstand der KV Nordrhein.

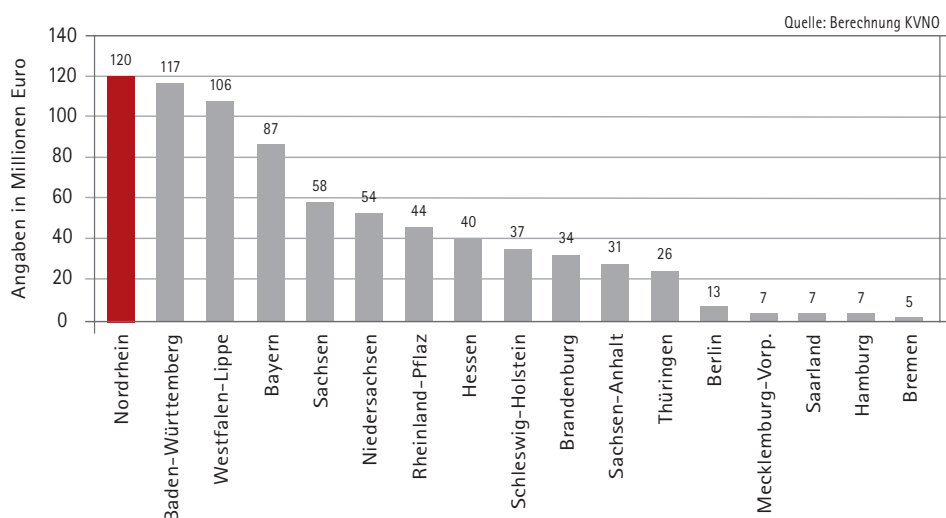
Deshalb hält der Vorstand auch die Klage gegen die KBV aufrecht, die sich gegen die Benachteiligung der KV Nordrhein im Zuge der Honorarreform 2009 wendet. Ziel ist eine Angleichung des bundesweiten Vergütungsniveaus.

Dafür müssen jetzt zügig Kriterien erarbeitet werden, fordert der Vorstand.

Der Zustand, dass in den Bundesländern unterschiedlich viel Geld für die Versorgung eines gesetzlich Versicherten zur Verfügung steht, dürfe nicht länger andauern. „Gleiche Leistungen müssen gleich bezahlt werden.“

Die KV Nordrhein will sich intensiv an der Erarbeitung des dazu notwendigen Konzepts beteiligen. Es solle bis Ende 2010 stehen, dann werde die KBV es mit den Krankenkassen verhandeln. Die notwendigen nordrheinischen Daten habe die KBV bereits erhalten.

Zuwachs der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2011



„Parlamente“ der Vertragsärzte – Lebendige Demokratie

Nicht nur in Nordrhein-Westfalen ist 2010 ein Wahljahr. In ganz Deutschland waren rund 150.000 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten aufgerufen, die Vertreterversammlungen der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu wählen. Die Vertragsärzte und -psychologen haben von ihrem Wahlrecht rege Gebrauch gemacht.

Unter den bisher ausgezählten KVen ist Sachsen-Anhalt mit 70 Prozent Wahlbeteiligung Spitzenreiter. Auch in Nordrhein erreichte die Beteiligung mit 58,3 Prozent einen respektablen Wert. Zum Vergleich: Zur Landtagswahl in NRW kamen 59,3 Prozent der Stimmberechtigten an die Wahlurne, bei den Kommunalwahlen im Vorjahr waren

es durchschnittlich sogar nur 52,3 Prozent. Die hohe Mobilisierung der KV-Mitglieder ist um so bemerkenswerter, bedenkt man den bescheidenen Rahmen, in dem die Kandidaten für die Vertreterversammlung ihren Wahlkampf organisieren. Ärztliche Standespolitik findet traditionell am Feierabend statt. Fax, Mail und Telefon und selbst kopierte Handzettel bilden die vorherrschenden Kommunikations- und Werbemedien.

Die Selbstverwaltung der Vertragsärzte präsentiert sich als lebendige Demokratie. Sie mag für manchen in der Gesundheitspolitik unbequem sein, aber ihre Legitimation steht außer Zweifel.

Erst Psychotherapie, später Pillen

Bis zu 700 Euro erhalten Kinder- und Jugendärzte für die Behandlung von ADHS-Patienten. Dabei sollen sie mit Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammen arbeiten. Das sieht der ADHS-Vertrag der KV Nordrhein mit der AOK Rheinland/Hamburg vor.

Die interdisziplinäre Kooperation ist ein Baustein, um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu verbessern. Zentrale Elemente sind zudem eine umfassende Diagnostik, Schulungen für die Eltern, mehr psychotherapeutische Behandlungskapazitäten und ein streng kontrollierter Medikamenteneinsatz. In die Verhandlungen eingebunden waren der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und das Bündnis der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Nordrhein-Westfalen.

Bis zu 700 Euro extrabudgetär

Dem Vertrag beitreten können Kinder- und Jugendärzte, die in den letzten beiden Jahren pro Quartal mindestens 30 ADHS-Patienten behandelt haben. Sie verpflichten sich, an mindestens zwei Qualitätszirkeln zum

Thema teilzunehmen. Die qualifizierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die teilnehmen möchten, müssen einmal monatlich eine Samstagsprechstunde anbieten. Ärzte und Psychotherapeuten verpflichten sich zur Zusammenarbeit und zum Austausch.

Den zusätzlichen Aufwand für Diagnostik, Therapie und Koordination zahlt die AOK extrabudgetär: Für die spezifische Diagnostik können Ärzte zum Beispiel einmalig 100 Euro je Patient abrechnen, die Steuerung und Koordinierung der Behandlung wird mit 50 Euro je Quartal honoriert und viermal je Patient werden 105 Euro für ein vierstündiges Schulungsmodul bezahlt.

„Wir investieren in mehr Zeit für die Patienten und den Austausch zwischen den Behandlern“, sagte AOK-Vor-



Präsentierten den neuen Vertrag (v.l.): Dr. Thomas Fischbach (BVKJ), Bernd Brautmeier (KV Nordrhein), Cornelia Prüfer-Storcks (AOK Rheinland/Hamburg) und Bernhard Moors (KJP-Bündnis)

Pädiater

Leistung	Vergütung
Diagnostik- und Exploration	100 Euro einmalig je Patient
Steuerung/Koordinierung	50 Euro je Quartal und Patient
Schulungen (4x4 Stunden)	105 Euro viermal je Patient
Schulungen (8x2 Stunden)	52,50 Euro achtmal je Patient

Sämtliche Honorare erhalten Sie zusätzlich zum Regelleistungsvolumen; die AOK Rheinland/Hamburg finanziert diese Gelder außerhalb der Gesamtvergütung.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Leistung	Vergütung
Exploration	50 Euro einmalig je Patient
Steuerung/Koordinierung	30 Euro zweimal im Jahr je Patient
Schulungen (4x4 Stunden)	105 Euro viermal je Patient
Schulungen (8x2 Stunden)	52,50 Euro achtmal je Patient
Samstagsprechstunde	200,00 Euro einmal im Monat

stand Cornelia Prüfer-Storcks bei der Vorstellung des Vertrages am 6. Oktober. In Nordrhein gibt es rund 40 000 junge Patienten mit ADHS, 12.000 sind bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert. In den Vertrag können sich Patienten zwischen sechs und 17 Jahren einschreiben, in Ausnahmefällen bis zum 21. Geburtstag.

„Die betroffenen Kinder brauchen ein umfassendes Betreuungskonzept“, ergänzte Bernd Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein. „Der Vertrag sieht daher eine enge Zusammenarbeit zwischen Pädiatern und Psychotherapeuten vor. Auch die Eltern werden einbezogen.“

200 Kinderärzte und KJP gefragt

„Bislang haben sich viele Pädiater des Themas nicht angenommen, weil die Bezahlung grottenschlecht war“, sagte der Vorsitzende des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) in Nordrhein, Dr. Thomas Fischbach. Er glaubt an den Erfolg des Vertrages, an dem rund 200 Kinder- und Jugendärzte und etwa genauso viele Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) in Nordrhein teilnehmen könnten. „Jetzt müssen sich vor Ort die Partner für die Zusammenarbeit finden“, betonte Fischbach.

Der Vertrag schaffe ein Regelwerk für die Zusammenarbeit von Ärzten und Psychotherapeuten. Auch Bernhard Moors vom Bündnis der KJP begrüßte die Kooperation. „Bei ADHS-Kindern macht es Sinn, von Anfang an fachübergreifend zusammenzuarbeiten.“ Das Interesse daran ist groß. Gut 200 Kinderärzte und -therapeuten nahmen am 6. Oktober im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf an einer gemeinsamen Fortbildung zum Thema ADHS teil.

Selbstverständlich bleibt es dabei, dass die Kinder- und Jugendpsychiater eine entscheidende Rolle in der Versorgung der ADHS-Kinder spielen. Sie sind in den Vertrag nicht integriert – behandeln aber nach wie vor Patienten in multiprofessionellen Teams über die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung.

Therapie vor Medikation

Ein Ziel des Vertrags ist, eine medikamentöse Therapie nur dann einzusetzen, wenn die psychosoziale oder psychotherapeutische Behandlung unwirksam bleibt. Im Klartext: Nur in begründeten Fällen sollen Kinder und Jugendliche, die unter ADHS leiden, mit bestimmten Medikamenten wie Ritalin behandelt werden.

Die Vereinbarung in Nordrhein setzt so aktuelle Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses um: Demnach darf sich die ADHS-Diagnose nicht nur auf ein oder mehrere Symptome stützen, sondern muss unter anderem eine vollständige Anamnese umfassen. Und Medikamente mit Methylphenidat dürfen nur von besonders qualifizierten Ärzten verordnet werden, zum Beispiel den Kinder- und Jugendpsychiatern oder Pädiatern. Zudem müssen regelmäßig medikamentenfreie Zeitabschnitte eingelegt werden, schreibt der Ausschuss in der Arzneimittel-Richtlinie fest.

Der Vertrag sei eine Einladung, sich für die bessere Behandlung von ADHS-Patienten zu engagieren. Brautmeier: „Wir würden diesen Vertrag gerne auch mit anderen Kassen in Nordrhein schließen.“

Mehr Infos zum ADHS-Vertrag finden Sie in den Praxisinformationen auf Seite acht und im Internet unter www.kvno.de [KW101105](#)

Anschluss an die Zukunft

Die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland bieten Praxen und Providern mit dem KV-SafeNet eine Infrastruktur an, die den sicheren und schnellen Austausch von Daten ermöglicht.

Das KV-SafeNet ist eine Datenverbindung, die es den Ärzten und Psychotherapeuten ermöglicht, über ein Virtuelles Privates Netz (VPN) Dienste ihrer KV sicher zu nutzen. Davon machen viele Gebrauch: Mehr als 12.000 Praxen bundesweit verfügen bereits über einen SafeNet-Anschluss. Und es werden täglich mehr.

Online spart Zeit

Geringerer Verwaltungsaufwand, effiziente Praxisabläufe und die Zeitersparnis – das spricht für das

Das bietet das KV-SafeNet

- Das gesamte Praxisteam kann verschiedene Online-Angebote sicher von jedem Praxisrechner aus nutzen, auch gleichzeitig. Das ständige An- und Abmelden entfällt. So können Sie zum Beispiel Dokumentationsdaten eingeben und versenden, während der Kollege gleichzeitig die Abrechnung fertig macht.
- Über KV-SafeNet sind alle D2D-Anwendungen erreichbar: Online-Abrechnung, eDMP, eHautkrebsscreening-Dokumentation, eKoloskopieDoku, eArztbrief, Abrechnung mit der Privatärztlichen Verrechnungsstelle und DALE-UV für die Berufsgenossenschaft.
- Anfang 2011 wird das KVNO-Portal via KV-SafeNet angeschlossen mit der Möglichkeit, darüber unabhängig vom Praxisverwaltungssystem die Online-Abrechnung durchzuführen. Es ist kein zusätzlicher vom Praxisverwaltungssystem getrennter Rechner erforderlich.
- Für die gesamte Praxis wird nur ein Anschluss benötigt.
- Die Einbindung weiterer Online-Dienste, auch von externen Anbietern wie Krankenhäusern, ist geplant.

SafeNet. Zum Beispiel die Abrechnung online versenden, Dokumentationsbögen für Disease-Management-Programme (DMP) oder zum Hautkrebsscreening direkt am Rechner ausfüllen und verschicken oder Arztbriefe elektronisch austauschen: Inzwischen können Ärzte und Psychotherapeuten auf etliche Anwendungen zugreifen, die ihnen die Arbeit erleichtern.

Das Ende ist dabei noch lange nicht erreicht. „Die KV Nordrhein entwickelt weitere Programme, die Ihnen im KV-SafeNet zur Verfügung gestellt werden“, sagt Gilbert Mohr, Leiter der Abteilung IT in der Arztpraxis der KV Nordrhein. In Arbeit sind Anwendungen, um Dialysedokumentationen zu übermitteln und die „Kindwohl-Meldungen“ an das Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit zu senden.

Geschützter Zugang

Praxen benötigen für die Verbindung einen Provider, der von der KBV zertifiziert ist. Über das Netz werden die Praxisrechner der teilnehmenden Ärzte mit den Diensten der KV verbunden. Das ist nur mit speziell konfigurierbaren Zugangsgeräten (Routern) möglich, die die Provider anbieten. Die Geräte blockieren den Zugriff von außen. So sind die Daten während der Übertragung vor Angriffen geschützt. Dieser Schutz ist mit Kosten verbunden. „Sie erhalten dafür aber ein hohes Maß an Sicherheit, Komfort und viele Nutzungsvarianten zum Bürokratieabbau in Ihrer Praxis“, betont Mohr.

*Das KV-SafeNet ist mit nahezu sämtlichen Betriebssystemen verwendbar. Infos zum KV-SafeNet finden Sie im Internet unter www.kvno.de **KV101106***

„Das KV-SafeNet ist die sicherste Lösung“

Mit den Praxis-Computern online zu gehen, das war lange Zeit aus Sicherheitsgründen undenkbar. Das KV-SafeNet soll den sicheren Datentransfer zur KV und zwischen den Praxen ermöglichen, die den Dienst nutzen. Zu möglichen Risiken befragten wir Gilbert Mohr, Leiter der Abteilung IT in der Arztpraxis der KV Nordrhein.

Wer erzeugt den Schlüssel, mit dem Praxen ins SafeNet kommen?

Mohr: Ein Virtuelles Privates Netzwerk (VPN) wird umso sicherer, je weniger Personen den Schlüssel kennen. Wir haben uns vor diesem Hintergrund für eine „Blackbox-Lösung“ entschieden. Das heißt, der zertifizierte Provider verdrahtet den Schlüssel fest in den Router, bevor er diese „Blackbox“ an seinen Kunden ausliefert. Nur der dafür zuständige Mitarbeiter beim Provider kennt also den Schlüssel.

Halten denn die Provider die Zugangsdaten geheim?

Mohr: Das tun die. Wenn ein Provider gegen Vorgaben verstoßen würde, entzieht ihm die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Lizenz für das KV-SafeNet. Neben den wirtschaftlichen Folgen muss er bei Verstößen mit straf- und haftungsrechtlichen Konsequenzen rechnen. Das wird kein Provider riskieren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kontrolliert, ob die Provider die Richtlinien einhalten.

Es gibt Ärzte, die haben Angst, die KV könnte sie mit dem SafeNet „auspionieren“. Zu recht?

Mohr: Nein, das ist ausgeschlossen. Nur der Provider kennt die VPN-Schlüssel, die KV nicht.

Wie sehen die Datenschützer das System?

Mohr: Unser Blackbox-Modell ist von allen Landesdatenschutzern für die Online-Übermittlung von Sozialdaten genehmigt. Unter diesen Fachleuten wird SafeNet als die sicherste Lösung angesehen, die bezahlbar ist und bei der sich der organisatorische Sicherheitsaufwand für die Praxis in vertretbaren Grenzen hält.

Wäre es nicht besser, wenn jeder selbst seinen Schlüssel zum Netzwerk generiert?

Mohr: Wenn es um eine sichere Verbindung zwischen einer Praxis und beispielsweise einer Zweigpraxis und der Privatwohnung geht, dann ist das eine Möglichkeit. Aber nicht, wenn es um eine Verbindung zur KV geht. Wir können die VPN-Zertifikate nicht mit jedem Arzt und Psychotherapeuten aushandeln.

Und wenn die Ärzte sich selbst ans Netz andocken?

Mohr: Es gibt nicht viele Ärzte, die ein VPN einstellen können. Sie müssten den VPN-Aufbau auslagern, etwa an Söhne, Freunde der Tochter oder Dienstleister. Das wäre der sicherheitstechnische K.O.

Gibt es keine günstigere Alternative zum KV-SafeNet?

Mohr: Alle vermeintlich preiswerteren Zugangstechnologien basieren auf dem Internet und sind weniger sicher. Aus Gesprächen mit dem Landesbeauftragten für Datenschutz in Nordrhein-Westfalen wurde deutlich, dass daran hohe organisatorische und technische Auflagen geknüpft werden, die das Ganze letztendlich unpraktikabel machen. Deswegen bieten wir das nicht an.

Beim KV-SafeNet sind in den letzten drei Jahren die Preise drastisch gesunken. Die günstigsten Anbieter liegen heute bei unter zehn Euro monatlich. Dieser Trend wird sich fortsetzen. Und für die Online-Abrechnung gibt es ja schon lange die ISDN-Direkteinwahl auf den D2D-Server, die preislich nicht zu schlagen ist.



Telematik-Experte Gilbert Mohr: Die Preise für das KV-SafeNet sinken weiter

ADHS: Modulvertrag mit Psychotherapeuten geschlossen

In der Oktober-Ausgabe von KVNO aktuell hatten wir darüber informiert, dass mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte und der AOK Rheinland/Hamburg ein Vertrag zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) geschlossen wurde. Ergänzend zu diesem Vertrag wurde zum 1. Oktober 2010 der Modulvertrag für die Psychotherapeuten vereinbart.

Ziel dieses Vertrages ist das Angebot einer Diagnostik mit verbesserter Koordination der Behandlung und die stärkere Einbeziehung psychotherapeutischer Leistungen für GKV-Versicherte.

Die Behandlung gliedert sich in vier Module:

- Psychotherapeutisches Explorationsmodul
- Steuerungs- und Koordinierungsmodul
- Schulungsmodule
- Samstagssprechstunde

Die Honorare bewegen sich zwischen 50 Euro für das psychotherapeutische Explorationsmodul je Patient und 200 Euro für die Samstagssprechstunde für vier Patienten. Die AOK Rheinland/Hamburg finanziert die Honorare extrabudgetär, die Vergütung erfolgt außerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze. Alle niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten wurden Mitte Oktober direkt über den Vertrag informiert.

Weitere Infos beim Serviceteam Ihrer Bezirksstelle und unter www.kvno.de **K101108**

DMP KHK für Mitgliedergruppe A der Postbeamtenkrankenkasse vereinbart

Rückwirkend zum 1. Oktober 2010 hat die KV Nordrhein mit der Postbeamtenkrankenkasse für die Mitgliedergruppe A die Teilnahme am Disease-Management-Programm (DMP) Koronare Herzkrankheit (inklusive des Moduls Herzinsuffizienz) vereinbart. Die Vergütungen ent-

sprechen den Verträgen mit den Primär- und Ersatzkassen. Für die Mitglieder der Gruppe A ist dies das dritte DMP-Programm, an dem sie neben den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 teilnehmen können.

Das Ausfüllen der Erst- und Folgedokumentationen ist nicht nötig, eine Dokumentation ist lediglich in der Patientenakte zu führen. Eine elektronische Übersendung der Datensätze an die Datenstelle entfällt ebenfalls. Auch das Einschreibe-/Teilnahmeformular für die Patienten wird nicht an die Datenstelle weitergeleitet, sondern verbleibt in der Arztpraxis.

Innungskrankenkassen fusionierten am 1. Juli 2010

Die Innungskrankenkassen Signal Iduna IKK und IKK Nordrhein haben zum 1. Juli 2010 zur Vereinigten IKK (VKNR 18333) fusioniert. Die bisherigen Institutionskennzeichen behalten ihre Gültigkeit.

Ein Austausch der Krankenversichertenkarten (KVK) für die bisherigen Mitglieder der Signal-Iduna ist nicht vorgesehen. Noch nicht bekannt ist der Termin zum Austausch der KVK für die Mitglieder der aufgenommenen IKK Nordrhein.

Wegfall der Symbolnummern für die Impfung A/H1N1 (Schweinegrippe)

Für die laufende Influenzasaison wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Ständigen Impfkommision (STIKO) des Robert Koch-Institutes die Impfung mit einem trivalenten Influenza-Impfstoff empfohlen. Dieser schützt nicht nur vor Erregern der saisonalen Influenza, sondern auch vor dem Schweinegrippevirus A/H1N1. Die Impfung mit einem speziellen Schweinegrippeimpfstoff wird von der STIKO nicht mehr empfohlen. Ärzte können sie folglich nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Dies betrifft auch die Testungen zur Diagnostik der Schweinegrippe, die entsprechenden Finanzierungsvereinbarungen für

die Vergütungsziffern 88740 (BCR-Untersuchung) und 88741 (Schnelltest) wurden zum 1. Oktober 2010 beendet. Damit entfällt ab dem 4. Quartal auch die Kennzeichnung entsprechender Abrechnungsfälle und Leistungen (88200F, 88200T, 88200E).

H-Arzt-Verfahren endet in fünf Jahren

Zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung wurden folgende Änderungen des H-Arzt-Verfahrens vereinbart:

- Das H-Arzt-Verfahren läuft nach einem Übergangszeitraum von fünf Jahren aus. Damit endet das H-Arzt-Verfahren zum 1. Januar 2016. H-Ärzte, die bestimmte Voraussetzungen wie eine Mindestfallzahl von 250 Fällen der besonderen Heilbehandlung erfüllen, können als Durchgangsärzte beteiligt werden.
- Zur Vermeidung von Sicherstellungsproblemen nach Auslaufen des H-Arzt-Verfahrens wird es zusätzlich noch eine Ausnahmeregelung geben. H-Ärzte, die die geforderte Mindestfallzahl von 250 Fällen der besonderen Heilbehandlung pro Jahr nicht erreichen, können trotzdem eine Beteiligung als Durchgangsarzt erhalten, wenn damit eine Gefährdung der Versorgung in der Fläche verhindert werden kann.
- Ab 1. Januar 2011 werden keine neuen H-Ärzte mehr beteiligt.
- Ab 1. Januar 2016 sind zur Einleitung der besonderen Heilbehandlung nur noch der Unfallversicherungsträger, der Durchgangsarzt oder der Handchirurg (bei Vorliegen einer Verletzung nach Ziffer 8 des Verletzungsartenverzeichnisses) berechtigt.
- Für das Durchgangsarztverfahren ist vorgesehen, dass sich der Durchgangsarzt durch einen anderen Arzt vertreten lassen kann.

Die allgemeine Heilbehandlung ist von diesen Neuregelungen nicht betroffen.

Kennzeichnung von Verordnungen im Rahmen der Selbstbehandlung

Vertragsärzte, die Mitglieder der GKV sind, können Leistungen im Rahmen einer Selbstbehandlung oder eine Behandlung ihrer mitversicherten Familienangehörigen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abrechnen. Um eine entsprechende Berücksichtigung im Rahmen der Richtgrößen- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu erreichen, können Sie einen Abrechnungsschein ohne Wert anlegen (Symbolnummer 91000).

DMP-Schulungsempfehlungen: Kassen streichen Verweigerer

Im Rahmen der DMP-Verträge sollen Ärzte unter Berücksichtigung bestehender Folge- und Begleiterkrankungen prüfen, ob der Patient von strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen profitieren kann, zum Beispiel im DMP Diabetes mellitus Typ 2.

Wir möchten darauf hinweisen, dass automatisch eine Ausschreibung des Patienten aus dem DMP durch die Krankenkassen erfolgt, wenn der Patient eine Schulungsempfehlung innerhalb der nächsten zwei Quartale (oder Halbjahre bei halbjährlicher Dokumentation) nicht wahrnimmt. Ausnahme: Wenn eine Schulung aktuell nicht möglich war und dies entsprechend dokumentiert wurde.

Auswertungen der DMP-Daten aus Nordrhein zeigen, dass erhebliche regionale Unterschiede in der Wahrnehmung von Schulungen bestehen. Beim DMP Asthma bronchiale liegt die Inanspruchnahme der Schulungen bei erwachsenen Patienten nur in Aachen, Mönchengladbach, Düsseldorf und Oberhausen bei rund 50 Prozent.

Radiologie: Richtlinien zur Qualitätsbeurteilung

Zur Förderung der Qualität der radiologischen Diagnostik in der vertragsärztlichen Versorgung werden bundesweit Stichprobenprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat dazu eine Neufassung der Richtlinie erlassen, die einheitliche Qualitätsanforderungen für die radiologische Diagnostik mittels konventioneller Röntgendiagnostik und Computertomographie enthält. Damit soll sichergestellt werden, dass überall in Deutschland die gleichen Qualitätsstandards gelten und eingehalten werden. Die Neufassung der Richtlinie ist am 9. Oktober 2010 in Kraft getreten.

Ziel der neugefassten Richtlinie war insbesondere eine Vereinheitlichung der Anforderungen an die Bildqualität für die Prüfungen der KVen und der darüber hinausgehenden Prüfungen der Untersuchungs- und Aufnahmetechnik durch die Ärztlichen Stellen.

Dazu wurden die ärztlichen Qualitätsanforderungen der aktualisierten Leitlinien der Bundesärztekammer (BÄK) zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik und in der Computertomographie in die Richtlinie übernommen. Diese Leitlinien der BÄK beschreiben den derzeit gültigen medizinischen Standard und den Stand der Technik der radiologischen Basisuntersuchungen und definieren ärztliche wie auch aufnahmetechnische Qualitätsanforderungen.

Die wichtigsten Punkte der neuen Richtlinie:

- Die konventionelle Röntgendiagnostik und die Computertomographie werden zukünftig als getrennte Leistungsbereiche betrachtet, die in gesonderten Stichproben überprüft werden.
- Die Anforderungen an den Strahlenschutz werden in der neuen Richtlinie insbesondere in Bezug auf Kinder und Jugendliche detaillierter behandelt. Wird die konventionelle Röntgendiagnostik und/oder Computertomographie bei Kindern und Jugendlichen (bis zum vollendeten 18. Lebensjahr)

durchgeführt, soll sich die Stichprobe zu einem Viertel auf diese Altersgruppe beziehen.

- Wie bisher erfolgen die Stichprobenprüfungen aufgrund der ärztlichen Dokumentationen, die sowohl die schriftlichen als auch die bildlichen Qualitätsanforderungen erfüllen müssen.

Die Prüfungsinhalte werden nach folgenden Punkten definiert:

- Qualitätsanforderungen an die Indikationsstellung
- Qualitätsanforderungen an die Bildqualität und Durchführung der Untersuchung
- Qualitätsanforderungen an die radiologische Befundung

Ansprechpartner

Bezirksstelle Düsseldorf
Daniela Berns
Telefon 0211 5979 8577
E-Mail daniela.berns@kvno.de

Bezirksstelle Köln
Ralf Außem
Telefon 0221 7763 6552
E-Mail ralf.außem@kvno.de
Andrea Herrmann
Telefon 0221 7763 6556
E-Mail andrea.herrmann@kvno.de

Die Neufassung der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie finden Sie unter www.g-ba.de 

EBM-Änderungen zum 1. Oktober 2010

Bewertung der belegärztlichen Geburtshilfe, EBM-Nummer 08411, angehoben

Die Neubewertung der belegärztlichen Geburtshilfe, EBM-Nr. 08411, wurde zum 4. Quartal 2010 von 3.600 Punkte auf 6.815 Punkte angehoben. Die Vergütung der belegärztlich-stationären Erbringung der EBM-Nr. 08411 erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Änderung der Leistungslegende der EBM-Nummer 01750

Die Röntgenuntersuchung beider Mammæ in zwei Ebenen im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch das Mammographie-Screening ist seit 1. Oktober 2010 auch dann abrechnungsfähig, wenn die Konsensuskonferenz und/oder die multidisziplinäre Fallkonferenz nicht durchgeführt wurden. Die Konsensuskonferenz bzw. die multidisziplinäre Fallkonferenz wurden den fakultativen Leistungen der EBM-Nr. 01750 zugeordnet.

Versorgungsengpass mit Radiopharmaka für nuklearmedizinische Untersuchungen

Die Durchführungsempfehlung zur Überbrückung des Versorgungsengpasses mit Radiopharmaka für nuklearmedizinische Untersuchungen wurde vom Bewertungsausschuss verlängert bis 30. Juni 2011.

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Die Servicebroschüre erhalten Sie beim

Formularversand

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

EBM-Änderungen zum 1. Januar 2011

Neuaufnahme des Kapitels 11.4 zum 1. Januar 2011

Der Bewertungsausschuss hat die Aufnahme eines neuen Kapitels im Bereich der Humangenetik beschlossen.

Im Wesentlichen ändert sich, dass vor Erbringung der Leistungen nach den EBM-Nrn. 11320 bis 11322 der Arzt entscheiden muss, ob genetische Untersuchungen mit Leistungen nach Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 11.4 vorgenommen werden können.

Die Berechnung der EBM-Nrn. des Abschnitts 11.4 setzt die Angabe voraus, ob die Leistung als diagnostischer oder prädiktiver Test, als Untersuchung auf Anlageträgerschaft oder als vorgeburtlicher Test erbracht wurde.

Sofern die Leistungen nach den EBM-Nrn. des Kapitels 11.4 als prädiktiver oder vorgeburtlicher Test erbracht werden, sind Angaben zum Indexpatienten (Mutation,

Erkrankung, genetischer Verwandtschaftsgrad) notwendig. Können zum Indexpatienten und seiner Mutation keine Angaben erfolgen, so ist dies zu begründen.

Als Indexpatient wird eine erkrankte und genetisch mit dem Versicherten verwandte Person und als Anlageträger ein (noch) symptomfreier Versicherter mit nachgewiesener Mutation bezeichnet. Ist bei dem Indexpatienten die krankheitsauslösende Mutation molekulargenetisch gesichert, so sind nur die EBM-Nrn. „bei bekannter Mutation“ berechnungsfähig. Wird das Untersuchungsziel durch die Beschränkung auf die bekannten Mutationen des Indexpatienten nicht erreicht, sind darüber hinausgehende Untersuchungen nur mit besonderer Begründung berechnungsfähig.

Die vollständige Untersuchung eines Gens umfasst mindestens die Analyse der kodierenden Sequenzen (Exone) und der transkriptions- und translationsrelevanten flankierenden Signalsequenzen.

Die neuen EBM Nummern des Kapitels 11.4

EBM-Nr.	Leistung	Leistungslegende*	Punkte
11330	Faktor-V-Leiden-Mutation	Untersuchung auf diese Mutation	855 Punkte
11331	Prothrombin G20210A-Mutation	Untersuchung auf diese Mutation	855 Punkte
11332	HLA-B27	Untersuchung auf die Anwesenheit des Haplotyps HLA-B27	855 Punkte
11333	MTHFR-C677T-Mutation	Untersuchung auf die Mutation bei erhöhter Homocystein-Konzentration im Plasma (> 50µmol pro Liter)	855 Punkte
11334	Hämochromatose	Untersuchung auf die C282Y- und der H63D-Mutation des HFE (Hämochromatose)-Gens	1710 Punkte

Für die nachfolgenden indikationsbezogenen Leistungen, die nach Abschnitt 11.4.2 berechnungsfähig sind, ist eine Stufendiagnostik durchzuführen. Wenn das Untersuchungsziel nicht erreicht wurde, sind nach erneuter Indikationsstellung für weitere indizierte Untersuchungen die EBM-Nrn. 11310 bis 11322 neben den Nrn. des Abschnitts 11.4 berechnungsfähig.

11351	Cystische Fibrose – mehrere Mutationen	Untersuchung auf die häufigsten Mutationen (mindestens 25) am CFTR-Gen	16480 Punkte
11352	Cystische Fibrose – vollständige Untersuchung	Vollständige Untersuchung des CFTR-Gens	68545 Punkte
11354	Cystische Fibrose – bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine bekannte Mutation, je bekannter Mutation	3250 Punkte
11360	Fragiles X-Syndrom – Analyse einer Repeat-Expansion – auch bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine CGG-Expansion im FMR1-Gen	3250 Punkte
11361	Fragiles X-Syndrom – weitergehende Untersuchung – auch bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine CGG-Expansion mit Analyse des Methylierungsstatus im FMR1-Gen beim Patienten oder bei weiblichen Risikopersonen	12240 Punkte
11370	Muskeldystrophie Typ Duchenne/Becker – Untersuchung auf Deletionen und Duplikationen – auch bei bekannter Mutation	Untersuchung auf große Deletionen und Duplikationen im Dystrophin-Gen	13185 Punkte
11371	Muskeldystrophie Typ Duchenne/Becker	Vollständige Untersuchung des Dystrophin-Gens	200560 Punkte
11372	Muskeldystrophie Typ Duchenne/Becker – bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine bekannte Mutation im Dystrophin-Gen	3310 Punkte
11380	Chorea Huntington – auch bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine CAG-Repeat-Expansion im Huntington-Gen	5415 Punkte
11390	Myotone Dystrophie Typ 1 (DM1, Curshman-Steinert) – Analyse einer Repeat-Expansion – auch bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine CTG-Expansion des DMPK-Gens mittels PCR und Fragmentanalyse	3250 Punkte
11391	Myotone Dystrophie Typ 1 (DM1, Curshman-Steinert) – weitergehende Untersuchung – auch bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine CTG-Expansion des DMPK-Gens mittels Southern-Blot-Hybridisierung	12240 Punkte
11395	Myotone Dystrophie 2 (DM2, PROMM) – Analyse einer Repeat-Expansion – auch bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine CCTG-Expansion des ZNF-9-Gens mittels PCR und Fragmentanalyse	3250 Punkte
11396	Myotone Dystrophie 2 (DM2, PROMM) – weitergehende Untersuchung – auch bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine CCTG-Expansion des ZNF-9-Gens mittels Southern-Blot-Hybridisierung	12240 Punkte
11400	Hämophilie A – Analyse einer Inversion – auch bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine Inversion in Intron 22 und Intron 1 des F8-Gens	3250 Punkte
11401	Hämophilie A – vollständige Untersuchung	Vollständige Untersuchung des F8-Gens auf Deletionen und Mutationen	90370 Punkte
11403	Hämophilie A – bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine Deletion im F8-Gen bei bekannter Deletion	6590 Punkte
11404	Hämophilie A – bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine Mutation im F8-Gen	3310 Punkte

EBM-Nr.	Leistung	Leistungslegende*	Punkte
11410	Spinale Muskelatrophie – Untersuchung auf eine Deletion und Duplikation – auch bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine Deletion und Duplikation des SMN1- und SMN2-Gens	6590 Punkte
11411	Spinale Muskelatrophie – vollständige Untersuchung	Vollständige Untersuchung des SMN1- und SMN2-Gens	21400 Punkte
11412	Spinale Muskelatrophie – bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine Mutation des SMN1- Gens oder SMN2-Gens bei bekannter Mutation	3310 Punkte
11420	Sensorineurale Schwerhörigkeit Typ I – Untersuchung auf eine Mutation im GJB2-Gen	Untersuchung auf eine Mutation im GJB2-Gen (Connexin 26)	6620 Punkte
11421	Sensorineurale Schwerhörigkeit Typ I – Untersuchung auf eine Mutation im GJB6-Gen – auch bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine Deletion im GJB6- Gen (Connexin 30)	3250 Punkte
11422	Sensorineurale Schwerhörigkeit Typ I – bei bekannter Mutation im GJB2-Gen	Untersuchung auf eine Mutation im GJB2-Gen (Connexin 26) bei bekannter Mutation	3310 Punkte
11430	Lynch-Syndrom (Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom, HNPCC) – Untersuchung bei Vorliegen von Tumormaterial	Untersuchung auf Mikrosatelliteninstabilität am Tumormaterial des Versicherten oder des Indexpatienten	12755 Punkte
11431	Lynch-Syndrom (Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom, HNPCC) – weitergehende Untersuchung bei Nachweis einer Mikrosatelliteninstabilität oder einer Expressionsminderung eines Gens um mehr als 50% im Tumormaterial	Untersuchung auf Deletionen und Mutationen der Gene MLH1 und PMS2 oder MSH2 und MSH6 im Tumormaterial des Versicherten oder des Indexpatienten	109305 Punkte
11432	Lynch-Syndrom (Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom, HNPCC) – Untersuchung, wenn kein Tumormaterial vorliegt	Untersuchung auf Deletionen, Duplikationen und Mutationen der Gene MLH1, MSH2, MSH6 bzw. PMS2	120050 Punkte
11433	Lynch-Syndrom (Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom, HNPCC) – bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine Mutation im Gen MLH1, MSH2, MSH6 bzw. PMS2 bei bekannter Mutation	3895 Punkte
11434	Lynch-Syndrom (Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom, HNPCC) – bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine Deletion und Duplikation im Gen MLH1, MSH2, MSH6 oder PMS2 bei bekannter Deletion,	7755 Punkte
11440	Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) – Mutationsanalyse im BRCA1-Gen	Untersuchung auf Mutationen (große Deletionen, Duplikationen und Mutationen) des BRCA1-Gens	82425 Punkte
11441	Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) – Mutationsanalyse im BRCA2-Gen	Untersuchung auf Mutationen (Deletionen, Duplikationen und Mutationen) des BRCA2-Gens	85410 Punkte
11442	Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) – bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine Mutation im BRCA1-Gen oder BRCA2-Gen bei bekannter Mutation	3895 Punkte
11443	Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) – bei bekannter Mutation	Untersuchung auf eine Deletion und Duplikation im BRCA1-Gen oder BRCA2-Gen bei bekannter Deletion,	7755 Punkte
11500	Geistige Entwicklungsstörung ungeklärter Ätiologie – Analyse auf Mikrodeletion und Mikroduplikation	Untersuchung auf Mikrodeletionen und Mikroduplikationen mittels Mikroarray-Analyse. Gesamtgenomische Auflösung des Arrays: 200 kb oder besser	49350 Punkte

Alle Leistungen des neuen Kapitels 11.4 sind nur ein Mal im Krankheitsfall berechnungsfähig. Für die Abrechnung der EBM-Nummern des Kapitels 11.4 ist eine Genehmigung erforderlich. Für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin gelten die Voraussetzung als erfüllt.

* Die vollständigen Leistungslegenden sowie die Abrechnungsbestimmungen finden Sie im Deutschen Ärzteblatt, Heft 43 vom 29. Oktober 2010.

Empfehlungen der STIKO in Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen

Die Impfung gegen die saisonale Influenza steht künftig einem erweiterten Personenkreis zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung. Die Erweiterung betrifft Schwangere ab dem zweiten Schwangerschaftsdrittel sowie bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ab erstem Schwangerschaftsdrittel.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) von Juli in die Schutzimpfungs-Richtlinie aufgenommen. Die Änderungen bei der Influenza-Impfung sind rückwirkend zum 16. September 2010 in Kraft getreten.

Erweitert wurde auch der Personenkreis bei der Indikation Multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben um Personen mit anderen vergleichbar schweren chronischen neurologischen Krankheiten, die zu respiratorischen Einschränkungen führen können (wir berichteten). Weitere Änderungen der Schutzimpfungs-Richtlinie sind am 21. Oktober 2010 beschlossen worden, treten je-

doch erst nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Sie betreffen die Impfungen gegen Masern, Meningokokken, Pertussis und Röteln.

Erweitert wurde der Personenkreis bei der Masernimpfung. In die Richtlinie aufgenommen ist die einmalige Impfung – vorzugsweise MMR – für Personen, die nach 1970 geboren und älter als 18 Jahre sind, wenn sie bisher nicht oder in der Kindheit nur einmal geimpft wurden oder der Impfstatus unklar ist.

Die Röteln-Impfung wurde erweitert um eine zweimalige Impfung für ungeimpfte Frauen oder Frauen im gebärfähigen Alter mit unklarem Impfstatus. Auch die Pertussis-Impfung wurde erweitert: um Frauen im gebärfähigen Alter, die in den letzten zehn Jahren keine Pertussis-Impfung erhalten haben. Bei der Meningokokken-Impfung erfolgt die Immunisierung nun mit einem MeningokokkenC-Konjugatimpfstoff.

Die Schutzimpfungs-Richtlinie finden Sie unter www.g-ba.de **KV101114**

Sartane: Greifen Sie zu Generika

Zwei Wirkstoffe aus der Gruppe der Angiotensin-Rezeptor-Blocker (ARB), der so genannten Sartane, sind zurzeit als Generika verfügbar: Eprosartan und Losartan. Beim Wirkstoff Valsartan (z. B. Diovan, Provas) wird im Mai 2011 der Patentschutz ablaufen.

Bei Neueinstellungen von Patienten sollten Sie – wenn medizinisch möglich – aus wirtschaftlichen Gründen schon jetzt auf die generisch verfügbaren Wirkstoffe ausweichen oder den Patentablauf von Valsartan beachten.

Nach den Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) liegen für Sartane keine Studienergebnisse vor, die eine Überlegenheit gegenüber den ACE-Hemmern zeigen. Die Sarta-

ne sind indiziert, wenn ACE-Hemmer nicht vertragen werden (ACE-Hemmer-Husten) oder keine ausreichende Wirkung zeigen. Über Studien, die ACE-Hemmer und Angiotensin-Rezeptor-Blocker direkt vergleichen, berichteten wir in der KVNO aktuell 3 2010.

Studien, die ACE-Hemmer und Angiotensin-Rezeptor-Blocker direkt verglichen haben, sehen keinen allgemeinen Vorteil der ARB, weder in der Behandlung der Hypertonie noch bei speziellen Vorerkrankungen wie Herzinsuffizienz und koronarer Herzerkrankung oder Nephropathie.

Mehr Infos über die Vergleichsstudien finden Sie unter www.kvno.de **KV101114**

Achtung: Anträge bei Verstoß gegen die Arzneimittel-Richtlinien

Die Arzneimittel-Richtlinien wurden im April 2009 aktualisiert (wir berichteten). Besonders für das dritte Quartal 2009 haben die Krankenkassen Regress-Anträge wegen Verstößen gegen die Richtlinie gestellt. Die Verordnungen folgender Arzneimittel wurden beanstandet:

- Arthotec, Arthotec forte (Diclofenac plus Misoprostol), Azur compositum (Paracetamol plus Coffein): Nach Anlage III der Richtlinie sind Analgetika in fester Kombination mit nicht analgetischen Wirkstoffen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig. Ausnahmen bestehen bei Kombinationen mit Naloxon.
- Broncho Vaxom und Luivac (Bakterien Autolysate), Uro Vaxom (E. coli Lysat): Umstimmungsmittel und Immunstimulantien zur Stärkung der Abwehrkräfte sind nicht verordnungsfähig. Auch die Verordnung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Kinder bis zwölf Jahren und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis 18 Jahren gilt in diesem Fall als unwirtschaftlich.
- Buflomedil (Defluina peri, Generika) und Pentoxifyllin (Trental, Generika): Durchblutungsfördernde

Mittel können nicht auf einem Kassenrezept verordnet werden. Ausnahmen gelten nur für Prostanoiden und für Naftidrofuryl in bestimmten Stadien der pAVK.

Außerdem stellten die Krankenkassen Anträge zu Punkten, die nicht die Arzneimittel-Richtlinie betreffen:

- Concerta oder Strattera, wenn die Präparate zur Behandlung des ADHS bei Patienten älter als 18 Jahre eingesetzt wurden. Dies entspricht nicht der Zulassung der Präparate.
- Dronabinol. Die Rezeptursubstanz ist auf einem BTM-Rezept verordnungsfähig, jedoch nach Auffassung der gesetzlichen Kassen nicht zu ihren Lasten. Dronabinol ist in den USA als Marinol zugelassen bei Übelkeit und Erbrechen und zur Appetitsteigerung bei Gewichtsverlust von Aids-Patienten. In der ersten Indikation sei die Rezeptur unwirtschaftlich im Vergleich zu anderen antiemetischen Therapien. Appetitsteigernde Mittel sind nach den Arzneimittel-Richtlinien von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen.

Stichwort: Arzneimittel-Richtlinie

Die Arzneimittel-Richtlinie konkretisiert das Wirtschaftlichkeitsgebot für die Verordnung von Medikamenten in der vertragsärztlichen Versorgung. Sie wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen und regelmäßig aktualisiert.

Die Richtlinie besteht aus einem allgemeinen und einem besonderen Teil. Ersterer umreißt die Grundlagen zum Leistungsanspruch der Krankenversicherten, die allgemeinen Regeln für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Verordnungsweise und die Anforderungen an die Dokumentation von Therapieentscheidungen.

Der besondere Teil enthält im Wesentlichen:

- Die Darstellung, welche Arzneimittel nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden dürfen. Etwa

nicht-verschreibungspflichtige Medikamente (OTC-Arzneimittel), sogenannte Lifestyle-Medikamente oder solche, die als unwirtschaftlich gelten.

- Therapiehinweise, um besonders neue, teure Mittel wirtschaftlich einsetzen zu können.
- Regelungen zur Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten.
- Vertragsärzte dürfen nur in Ausnahmefällen von den Festlegungen abweichen und müssen dies bei einem Antrag der Krankenkassen begründen. In der Wirtschaftlichkeitsprüfung können Verstöße gegen die Richtlinie mit einem Regress belegt werden, auch wenn die Richtgröße eingehalten wird.

Die Arzneimittel-Richtlinie finden Sie im Internet unter www.g-ba.de/KV101115

Pharmamarketing – Gesunde Skepsis geboten

Gibt es eine weibliche sexuelle Dysfunktion oder umschreibt der Begriff eine erfundene Krankheit? In seinem Eröffnungsvortrag der Konferenz Selling Sickness am 7. und 8. Oktober 2010 in Amsterdam ging Journalist Ray Moynihan dieser Frage nach und erläuterte exemplarisch, wie Krankheiten erfunden, Märkte erschlossen und Arzneimittel verkauft werden.

Von der Definition der Dysfunktion auf industriegesponsorten Kongressen, über die ermittelte Prävalenz anhand zweifelhafter Befragungen, der Diagnose, der Bekanntmachung unter Ärzten und Laien und letztlich der Behandlung der „Erkrankung“ liegt alles fest in der Hand der pharmazeutischen Industrie, so Moynihan.

Selling Sickness

Die Konferenz Selling Sickness war die erste ihrer Art. Sie wurde veranstaltet von Healthy Skepticism Netherlands und International und vom Dutch Institute for Rational Use of Medicine. Sie wurde unter anderem vom Niederländischen Gesundheitsministerium und der Weltgesundheitsorganisation unterstützt.

Die circa 200 Teilnehmer diskutieren Beispiele zweifelhafter Vermarktung von Arzneimitteln und suchten nach Lösungen diese zu regulieren. Dabei wurde schnell deutlich, dass es auch ein gesellschaftliches Problem ist, Ab-

weichungen vom Durchschnitt oder beispielsweise Erscheinungen des Alterns als Krankheiten anzuerkennen, die behandlungsbedürftig sind.

Anhand des amerikanischen DSM, dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, verdeutlichte Allen Frances, Professor für Psychiatrie und Verhaltensforschung, wie durch ein Ausfransen der Krankheitsdefinitionen mehr Leute als krank erkannt werden und die Verordnungen von Psychopharmaka zunehmen. So kamen beim Übergang von der vierten zur fünften Ausgabe des DSM zehn neue Symptome hinzu, unter ihnen das „Binge eating – Essanfalle“ oder die „Traurigkeit in Abgrenzung zur Depression“. Gerade letztere verdeutliche, wie Traurigkeit zur Krankheit werden kann – um schließlich medikamentös behandelt zu werden.

Frances bemängelte, dass die Autoren des DSM keine Ausbildung in öffentlichem Gesundheitswesen hätten und so die Konsequenzen der wohlgemeinten Definitionen nicht übersehen könnten. Wie sein Vorredner Moynihan plädierte Frances dafür, dass offizielle Definitionen von Krankheiten durch größere, unabhängige Kommissionen und nicht durch kleine Expertengruppen getroffen werden sollten.

Nur eine vermarktete Studie ist eine gute Studie

Auf die Rolle von Contract Research Organisationen ging Trudy Dehne, Professorin für Wissenschaftstheorie an der Universität in Groningen, ein. Anhand von Portfolios und Internetseiten der Firmen, die Dienstleistungen von der klinischen Forschung bis zum Marketing von Arzneimitteln anbieten, machte sie deutlich, dass das erfolgreiche Vermarkten von Arzneimitteln die wichtigste Leistung dieser Anbieter sei, sich am Markt zu behaupten.

Das Verkaufen von Arzneimitteln steht dabei noch vor der ersten Studie im Vordergrund, denn „a study not marketed is a study not done“. Der Patient oder seine Gesundheit, sie werden von den Contract Research Organisationen an keiner Stelle erwähnt.



Wege gegen zweifelhafte Marketing-Strategien suchten die 200 Teilnehmer der Konferenz Selling Sickness

Die Werbung für Arzneimittel ist in den meisten Ländern reguliert, in Deutschland durch das Heilmittelwerbe-gesetz. Doch das Internet beispielsweise bietet Möglich-keiten, die über die bloße Arzneimittelwerbung hinausgehen und schwer zu kontrollieren sind.

Rob Halkes, Management Consultant einer großen Be-raterfirma in den Niederlanden, beschrieb, wie sich das World Wide Web vom bloßen Informationsgeber über ein Austauschmedium zur Grundlage sozialer Netze ent-wickelt hat. Der Patient kann somit nicht nur Informatio-nen über Krankheiten und Therapien sammeln, sondern sich als (anonymer) Patient einbringen.

Dies kann eine Ergänzung zum Arztbesuch und zur Aus-kunft in der Apotheke sein, vor allem wenn betroffene Pa-tienten Erfahrungen austauschen. Patienten treten zum Teil aber auch mit bestimmten Erwartungen und Thera-pie-Forderungen an ihre Ärzte heran.

Mit Aufmerksamkeitskampagnen kann die Nachfrage nach Arzneimitteln gesteigert werden, ohne dass Wer-bung für einzelne Arzneimittel gemacht wird. Teresa Al-ves, Leiterin der Europavertretung von Health Action In-ternational (HAI), stellte Beispiele für diese disease awa-reness campaigns vor.

Nach einer Untersuchung im British Medical Journal stei-gerte eine produkt- und firmenneutrale Aufmerksam-keitskampagne für Fußpilz den Absatz eines neuen, ora-len Antimykotikums. Die Kombination aus vermehrter Aufmerksamkeit in der Bevölkerung und vermehrten Be-suchen von Pharmareferenten führte zu steigenden Um-sätzen des gewünschten Präparates, ohne dass Laien di-rekt beworben wurden.

In aktuellen Kampagnen ist der Bezug zu den jeweili-gen Arzneimitteln verdeckt. Sei es, dass auf Internetseiten verwiesen wird, die wiederum auf Firmenseiten verlinken, sei es, dass in der Internetadresse das Präparat genannt wird. Alves plädierte dafür, Aufmerksamkeitskampagnen wie Pharmawerbung durch Behörden zu kontrollieren und Verstöße gegen das jeweilige Werbegesetz zu ahnden.

Brauchen wir ein NICE für ganz Europa?

Der Gesundheitsmarkt unterscheidet sich in vielerlei Hin-sicht von anderen Märkten. Ökonom und Publizist Dean Baker, machte deutlich, dass Patente auf neue Arzneimit-tel zu einer aggressiven Vermarktung führen müssen. Er sprach sich daher für mehr öffentliche Forschung, Ent-wicklung und Vermarktung von Arzneimitteln aus.

Nur unabhängige Arzneimittelinformationen können dem Patienten eine sinnvolle Orientierung geben. Hilda Bastian vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Ge-sundheitswesen (IQWiG) stellte den Gesundfuchs vor: eine industrieunabhängige, evidenzbasierte Informationsplatt-form über Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten. Sie existiert seit 2006 unter der Adresse www.gesundheits-information.de. Die Patienteninformationen basieren auf wissenschaftlichen Übersichtsarbeiten.

„Wir brauchen ein Euro-NICE“, so begann Meindert Boy-sen seinen Vortrag. Er stellte die Arbeit des National In-stitute of Clinical Excellence vor. Mit einem Etat von 17 Millionen Euro und 500 Mitarbeitern, beurteilt das NICE unter anderem neue Arzneimitteltherapien. Es empfiehlt dem englischen staatlichen Gesundheitssystem auch den Einsatz oder die Ablehnung neuer Medikamente. Regel-mäßig werden in Deutschland Entscheidungen des NICE diskutiert, beispielsweise bestimmte Krebstherapien wie Avastin oder Nexavar aus Kosten-Effektivitätsgründen nicht zu erstatten.

Mehr Informationen zu dem Kongress unter www.gezondescepsis.nl
W101117

Pharmakotherapie- und Heilmittelberatung

Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail pharma@kvno.de

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396

Telefax 0211 5970 9396

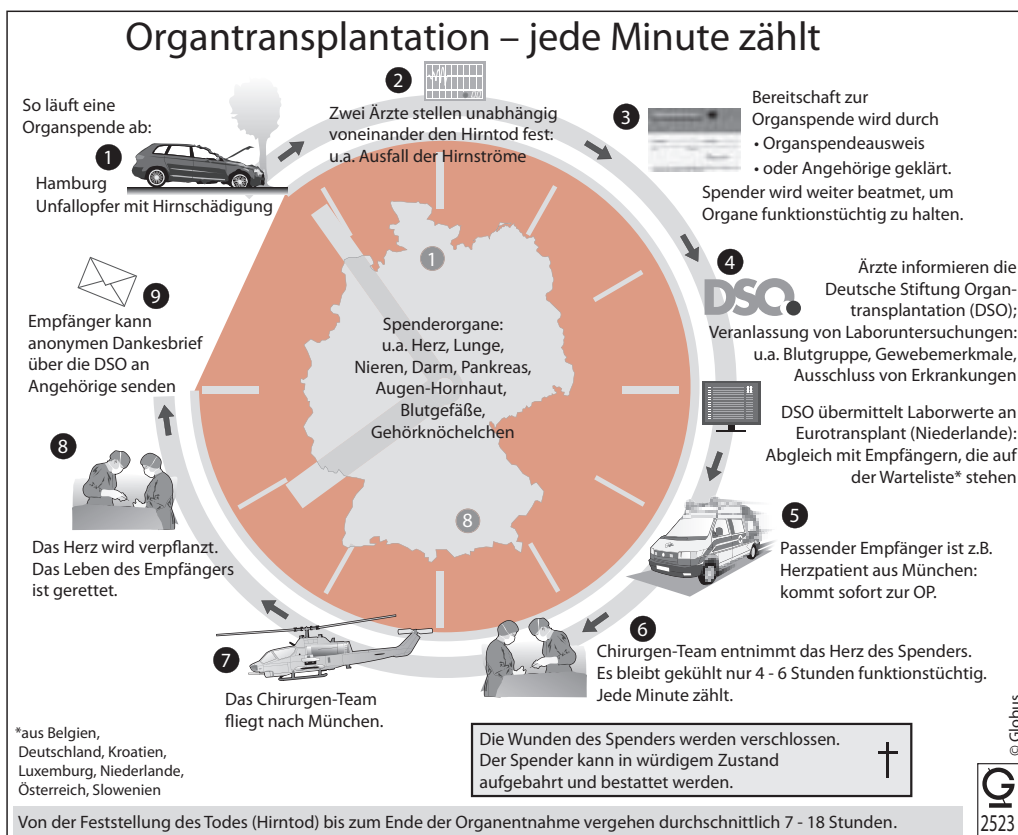
E-Mail margit.karls@kvno.de

Der deutsche Organmangel

Beim Thema Organspenden hat Deutschland Nachholbedarf. Etwa 12.000 Patienten warten auf ein Spenderorgan, auf ein Herz, eine Niere oder Leber. Viele vergebens. Nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation sterben jährlich 1.000 Menschen „auf der Warteliste“.

Ein Grund dafür: Gerade einmal jeder sechste Bundesbürger hat einen Spenderpass. Dabei haben viele Deutsche eine positive Haltung zur Organ- und Gewebespende: Nach einer aktuellen Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sind 74 Prozent der Befragten damit einverstanden, nach dem Tod Organe zu spenden, Ihre Unterschrift unter den Spenderausweis setzen die meisten aber nicht. Wenn ein unterschriebener Ausweis vorliegt, dürfte nach dem Hirntod des Pa-

tienten – den zwei Ärzte unabhängig voneinander bestätigen müssen – ein Organ transplantiert werden. Da in Deutschland die „erweiterte Zustimmungslösung“ gilt, ist eine Entnahme auch ohne Spenderausweis möglich, wenn die Angehörigen zustimmen. Im vergangenen Jahr spendeten 1.217 Menschen in Deutschland insgesamt 4.709 Organe, die in den Transplantationszentren verpflanzt wurden.



Spende-Muffel

Auch wenn die Bereitschaft zur Organspende im vergangenen Jahr stieg. Es reicht nicht. Gerechnet auf eine Million Einwohner kamen im vergangenen Jahr in Deutschland 14,9 Organspender. Ein deutlich niedrigerer Wert als etwas in den USA, Spanien oder Frankreich, die auf mehr als 25 Spender pro Million kommen. Und auch wenn in Nordrhein-Westfalen (NRW) die Zahl der Organspenden in den vergangenen Jahren

stark zunahm: Mit 14,5 Spenden auf eine Million Menschen liegt NRW noch immer unter dem Bundesdurchschnitt.

Niedergelassene Ärzte spielen bei der Beratung potenzieller Spender eine zentrale Rolle. Nach einer Umfrage von TNS Healthcare im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist der Arzt für 59 Prozent der Befragten der wichtigste Berater, wenn es um das Thema Organspende geht. Dahinter kommen mit 32 Prozent Partner oder Angehörige und mit elf Prozent Freunde.

Steinmeiers Niere

Neben der Transplantation von Organen Verstorbener gibt es die Möglichkeit der Lebendspende. Im vergangenen Jahr entschlossen sich 660 Menschen zu einer Lebendspende. Aufsehen erregte die Nierenspende des SPD-Fraktionschefs Frank-Walter Steinmeier an seine Ehefrau im August dieses Jahres.

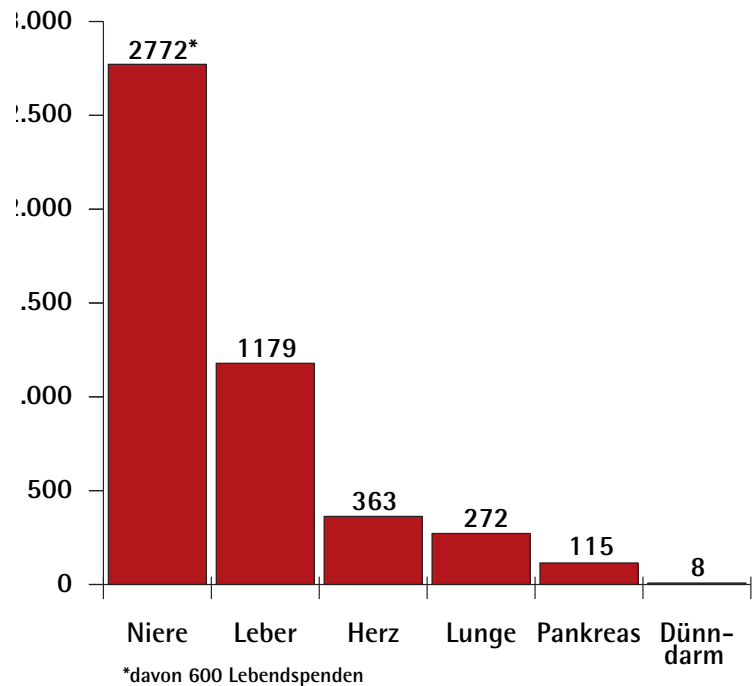
Lebendorganspenden regelt in Deutschland das Transplantationsgesetz. Lebend spenden dürfen demnach nur Ehegatten, Verwandten ersten oder zweiten Grades, Verlobte oder andere Personen, „die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen“. Eine weitere Voraussetzung ist, dass kein geeignetes Organ eines Verstorbenen zur Verfügung steht. So war es auch bei Steinmeiers Ehefrau.

Debatte um Widerspruchsregelung

Die Spende des SPD-Chefs hatte auch eine Debatte über eine Reform der Organspenden-Regelung angeregt. Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (FDP) sprach sich für die Widerspruchsregelung bei Organspenden aus. Dabei könnten Hirntoten Organe entnommen werden, wenn sie dem zu Lebzeiten nicht ausdrücklich widersprochen haben.

Organtransplantationen in Deutschland

2009 wurden in deutschen Transplantationszentren 4.709 Organe übertragen.



Quelle: DSO

Ihr Parteikollege, Gesundheitsminister Philipp Rösler, lehnt die Widerspruchsregelung ab. Damit baue man nur „emotionale Hürden“ auf. Außerdem äußerte Rösler Zweifel an der Wirksamkeit. Er setzt sich dafür ein, den Ablauf der Organspenden weiter zu verbessern, zum Beispiel durch mehr Koordinatoren für Spenderorgane an den Kliniken.

Der Streit um den richtigen Weg sollte nicht zu lange dauern. Denn jeden Tag sterben drei Menschen auf der Warteliste für ein Spenderorgan. Mehr Deutsche mit Spenderpass – das wäre ein Schritt in die richtige Richtung. Organspende-Informationen finden Sie bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Die DSO koordiniert die Transplantationen postmortal gespendeter Organe zwischen rund 1.400 Kliniken und den 50 Transplantationszentren in Deutschland.

Mehr Infos unter www.dso.de und www.organspende-info.de

Organspende: Die häufigsten Fragen

Seit zehn Jahren gibt es das Infotelefon Organspende, das die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die Deutschen Stiftung Organtransplantation betreiben. Mehr als 50 Gespräche pro Tag führen die Mitarbeiter und haben bis dato über 45.000 E-Mails beantwortet.

Gibt es eine Altersgrenze für Organspender?

Nein, es gibt keine Altersgrenze für Organspender. Entscheidend ist das biologische und nicht das kalendrische Alter. Ob die Organe für eine Transplantation geeignet sind, kann erst im Fall einer tatsächlichen Spende medizinisch geprüft werden.

Werden Organspender registriert?

Nein, es gibt keine Registrierung von Organspendern. Es reicht, einen Ausweis auszufüllen und diesen stets bei sich zu tragen. Außerdem sollte man seine Familie über seine persönliche Entscheidung informieren.

Muss man sich ärztlich untersuchen lassen, wenn man sich zur Organspende bereit erklärt?

Nein, eine Untersuchung ist nicht notwendig und wäre zu diesem Zeitpunkt auch nicht sinnvoll, da sich der gesundheitliche Zustand eines Menschen fort-

während ändern kann. Vorerkrankungen kann man, soweit man dies möchte, auf dem Ausweis vermerken.

Welche (Vor-)Erkrankungen schließen eine Organspende aus?

Eine Organentnahme wird grundsätzlich ausgeschlossen, wenn beim Verstorbenen eine akute Krebserkrankung oder ein positiver HIV-Befund vorliegen. Bei allen anderen Erkrankungen entscheiden die Ärzte nach den vorliegenden Befunden, ob Organe für eine Entnahme in Frage kommen.

Woher bekomme ich den Organspendeausweis und Infomaterial?

Unter der **Rufnummer 0800 90 40 400** (gebührenfrei) ist das Infotelefon Organspende montags bis freitags von 9 bis 18 Uhr erreichbar. Ein qualifiziertes Team beantwortet Fragen zur Organspende und -transplantation. Der Organspendeausweis und kostenlose Informationsmaterialien können beim Infotelefon direkt bestellt werden.

Der Organspendeausweis und weitere Informationen stehen im Internet bereit unter: www.organspende-info.de, www.dso.de und www.fuers-leben.de

Kampagne der BZgA: Werden Sie Organpate

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) wirbt für die Beschäftigung mit dem Thema Organspende: mit neuen Internet-Angeboten, einer Aktionstour und Plakaten.

Hinter der Bereitschaft zur Organspende steht primär der Wunsch, anderen Menschen zu helfen. Auch die Hoffnung, im Falle einer schweren Krankheit selbst ein gespendetes Organ zu empfangen, motiviert viele, ihre Entscheidung für die Organspende zu treffen.

Die positive Stimmung gegenüber der Organspende in der Bevölkerung spiegelt sich nicht in der Zahl der ausgefüllten Spendeausweise wider: Im Vergleich zu 2008 ist zwar die Zahl der Träger von Organspendeaus-

weisen auf 25 Prozent gestiegen – doch drei von vier Befragten haben weiterhin keinen Ausweis ausgefüllt. Das zeigt die diesjährige Studie der BZgA.

Ein weiteres Ergebnis der Befragung: Gut bis sehr gut informierte Menschen befürworten zu einem signifikant höheren Prozentanteil eine Organspende nach dem eigenen Tod als eher schlecht bis gar nicht informierte. Die BZgA will mit ihrer neuen Kampagne „Or-

ganpaten werden“ verstärkt auf Informationsdefizite eingehen und die Beschäftigung mit dem Thema erleichtern.

Der Begriff Organpate greift die Bedeutung einer Patenschaft im ursprünglichen Sinne auf: die freiwillige Übernahme von Verantwortung gegenüber Anderen. Überträgt man diese Bedeutung auf die Organspende, kann eine Organpatenschaft auf zweifache Weise geschehen: Entweder entscheidet man sich selbst für eine Organspende, oder man setzt sich im Sinne eines Botschafters in seinem Umfeld für das Thema ein und trägt damit zu dessen Verbreitung und Diskussion bei.

Die BZgA setzt in der Kampagne auf verschiedene Zugangswege, um die Menschen zu motivieren, sich der Verantwortung zu stellen. Der interaktive Internetauftritt unter www.organpaten.de ergänzt seit Mitte Oktober die Informationsseite der BZgA www.organspende-info.de.

Als Angebot vor Ort startete die BZgA eine Aktionstour „Organpaten werden“. Sie bietet über zahlreiche Aktionsmodule interessierten Menschen die Möglichkeit, Wissenswertes über die Organspende zu erfahren, um dadurch eine persönliche Entscheidung zum Thema Organspende treffen zu können.

So ermöglicht beispielsweise ein Multi-Touchscreen-Tisch einen virtuellen Blick in den Körper, der zeigt, welche Organe und Gewebe transplantiert werden können. An interaktiven Säulen können sich die Besucher über den Ablauf von der Organspende bis zur Transplantation informieren oder mit einem Quiz ihr Wissen rund um die Organspende testen.

Vor allem aber setzt die BZgA auf das Gespräch von Mensch zu Mensch, um zur Auseinandersetzung mit dem Thema anzuregen. Für alle Fragen zum Thema



Eins von sechs Plakatmotiven der BZgA-Kampagne

stehen jederzeit kompetente Ansprechpartner zur Verfügung.

Das Plakat „Ich bin Organpatin“, das dieser Ausgabe von KVNO aktuell beiliegt, ist Teil einer Serie, in der Menschen verschiedener Altersstufen sich zur Organpatenschaft bekennen.

Eine Übersicht über die Plakate und die kostenlosen Info-Materialien der BZgA finden Sie unter www.organspende-info.de

Wunschjob: Angestellter Facharzt in der Großstadt

Angestellter Facharzt in einer größeren Stadt in der Heimatregion. Das ist die bevorzugte Berufsperspektive der deutschen Medizinstudenten.

Die Bereitschaft sich als Hausarzt niederzulassen, ist unter den deutschen Medizinstudenten relativ gering. Lediglich 38 Prozent können sich dies vorstellen. Die Niederlassung als Facharzt erscheint für mehr als die Hälfte wesentlich attraktiver. Die Tätigkeit als angestellter Arzt wird aber eindeutig bevorzugt.

Dies ermittelte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in Zusammenarbeit mit der Universität Trier sowie mit Unterstützung des Medizinischen Fakultätentags in einer Online-Abfrage bei den Medizinstudenten in ganz Deutschland. Mehr als 12.500 Studierende haben daran teilgenommen.

„Die Ergebnisse zeigen uns, dass der Nachwuchs hoch motiviert von den Universitäten entlassen wird, aber im niedergelassenen Bereich oftmals die gewünschte Teamarbeit nicht möglich ist“, konstatierte Volker Hildebrandt, Generalsekretär des Medizinischen Fakultätentages. Im Fächervergleich weise das Medizinstudium die höchste Erfolgsquote und die geringsten Studienabbruchquoten von allen Studiengängen auf: 91 Prozent würden wieder Medizin studieren.

Gründe gegen die Niederlassung

Die fünf häufigsten Gründe gegen eine Niederlassung sind das hohe finanzielle Risiko, das hohe Maß an medizinfremder Bürokratie, die unangemessene Honorierung, drohende Regressforderungen und die hohe Arbeitsbelastung. „Wie schwer die drohenden Regressforderungen der Kassen bei verordneten Leistungen schon bei Studierenden wiegen, muss uns allen – vor allem dem Gesetzgeber – sehr zu denken geben. Dieses Problem muss endlich gelöst werden“, forderte Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der KBV, bei der Vorstellung der Studie.

Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf steht bei den Zukunftswünschen an erster Stelle, gefolgt von der Möglichkeit, Teilzeit zu arbeiten und sich die Arbeitszeit selbst einteilen zu können. Daher setzen die Studierenden auf Kooperationen. Sie würden zehnmal lieber in einer Gemeinschaftspraxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum arbeiten als in selbstständiger Praxis.

Die angehenden Mediziner wurden auch gefragt, welche Unterstützungsangebote ihnen wichtig wären, wenn sie

Über 50.000 Nachwuchsärzte nötig

Bis zum Jahr 2020 müssen allein im ambulanten Bereich 51.774 Ärzte ersetzt werden, darunter 23.768 Hausärzte, so die Einschätzung von KBV und Bundesärztekammer. Diese Prognose ergibt sich unter anderem aus dem Durchschnittsalter der Ärzte, das 2009

bei 51,9 Jahren lag. Im stationären Bereich sieht es nicht besser aus: rund 20.000 Chef- und Oberärzte gehen in den nächsten zehn Jahren in den Ruhestand. Bereits heute sind ca. 5.000 ärztliche Stellen an Krankenhäusern nicht besetzt.

Bevorzugte spätere Tätigkeiten

Angestellter Arzt im Krankenhaus	77
Facharzt in eigener Praxis	75
Angestellter Arzt in MVZ	56
Angestellter Arzt in Praxis	49
Hausarzt in eigener Praxis	38
Angestellter Arzt in der Forschung	24
Angestellter Arzt in ÖGD	19
Angestellter Arzt in der Pharmaindustrie	13
Angestellter Arzt bei einer Krankenkasse	6

Quelle: Universität Trier

Angaben in Prozent

sich in eigener Praxis niederlassen würden. Weniger Bürokratie vor der Eröffnung oder Übernahme einer Praxis steht an erster Stelle. Dann folgt die Unterstützung der Arztfamilie bei Niederlassung in einer ländlichen Region. Darunter fällt zum Beispiel der Wunsch nach Arbeitsplatzangeboten für den Partner, Betreuungsmöglichkeiten für Kinder und ein ausreichendes schulisches Angebot.

Junge Mediziner zieht es in große Städte

Weil die angehenden Mediziner dieses vor allem auf dem Land nicht zu finden hoffen, wollen sie sich auch dort eher nicht niederlassen. 54 Prozent lehnt eine Arbeit in kleinen Kommunen bis 2.000 Einwohner ab, am beliebtesten sind Städte zwischen 100.000 und 500.000 Einwohnern als möglicher Arbeitsort.

„Zusammengefasst bedeutet dieses Ergebnis: Vor allem die Allgemeinmedizin muss gefördert werden, besonders die Niederlassung in ländlichen Gebieten. Denn ohne eine solche besondere Förderung wird es uns nicht gelingen, genügend Hausärzte für eine flächendeckende Versorgung zu gewinnen“, schloss KBV-Vorstand Dr. Carl-Heinz Müller aus den Ergebnissen der Befragung.

Steigenden Frauenanteil beachten

Insbesondere gelte es jetzt, den besonderen Vorstellungen von Frauen zu den Arbeitsstrukturen besser zu entsprechen. Denn sie stellten bald zwei Drittel der Absolventen, betonte Hildebrandt.

Das wird unter anderem zur Folge haben, dass die zur Verfügung stehende Arbeitszeit je Arzt in Zukunft abnehmen werde, so KBV-Vorstand Müller. Die Bundesagentur für Arbeit errechnete, dass Frauen im Durchschnitt auf 72 Prozent der Arbeitszeit der Männer kommen. Sie arbeiten häufiger in Teilzeit und legen mehr Wert auf eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Auch bei jungen Männern gibt es einen Trend zur Arbeitszeitverkürzung. „Diese Abnahme ärztlicher Arbeitszeit muss kompensiert werden, entweder durch die Erhöhung der Zahl der Ärzte oder durch den Ersatz ärztlicher Arbeit durch entsprechend qualifizierte Gesundheitsberufe“, so Müller.

Mehr Infos zur Studie im Internet unter www.kbv.de [KW101123](#)

Weiterbündungsverbund in Duisburg

Abgestimmte Abläufe im stationären und ambulanten Sektor, Rotationspläne und eine gesicherte Finanzierung der Stellen über den gesamten Zeitraum der Weiterbildung – das sind die Kernelemente des neuen allgemeinärztlichen Weiterbündungsverbundes Duisburg. Darin arbeiten unter anderem zwei Kliniken, die KV Nordrhein und das NiederrheinNetzwerk zusammen.

An dem Verbund nehmen das Katholische Klinikum Duisburg, das Evangelische und Johanniter Klinikum Niederrhein und zur Zeit zwei allgemeinmedizinische Arztpraxen teil. „Die Versorgung der Patienten beginnt und endet für uns nicht an der Krankenhausporte, sondern erfolgt Hand in Hand mit den niedergelassenen Ärzten. Daher ist uns wichtig, gemeinsam die Weiterbildung von Ärzten auf hohem Niveau sicherzustellen“, so Dr. Peter Perl, Klinikdirektor des Katholischen Klinikums.

Weiterbildung aus einem Guss

Ziel des Weiterbündungsverbundes ist, die gesamte Facharztweiterbildung aus einem Guss an einem Standort absolvieren zu können. Bei der Organisation der notwendigen Weiterbündungsabschnitte, die die Ärzte in Weiterbildung in Kliniken und Praxen bislang in Eigenverantwortung übernehmen mussten, werden die angehenden Hausärzte künftig intensiv unterstützt.

Bodo Kießmer, niedergelassener Allgemeinmediziner und einer der Initiatoren des Verbundes, begrüßt insbesondere die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Krankenhäusern, den Niedergelassenen und der KVNO Consult.

Diese fungiert im Auftrag der KV Nordrhein als Koordinierungsstelle und Ansprechpartner für die Beteiligten.

„Strukturelle Nachteile des Standortes Duisburg haben es uns Niedergelassenen in den vergangenen Jahren immer schwerer gemacht, allgemeinmedizinische Weiterbündungsassistenten für unsere Praxen zu finden“, sagt Kießmer. Das soll nun durch den Verbund leichter werden. Der 53-jährige Hausarzt geht davon aus, dass die Koordination der Weiterbildung in Klinik und Praxis die Ruhrmetropole für angehende Allgemeinmediziner attraktiver macht. Zumal die Kooperationspartner die Assistenten ständig begleiten und durch die Förderung finanziell sichern.

Förderung im 4. und 5. Ausbildungsjahr

„Schnell war man sich einig, die KVNO Consult hinzuzuziehen“, berichtet Dr. Peter Stark von der Genossenschaft NiederrheinNetzwerk. Der niedergelassene Allgemeinmediziner ist einer der Initiatoren des Weiterbündungsverbundes. „Der Vorteil einer Zusammenarbeit ergibt sich für uns niedergelassene Ärzte dadurch, dass die KVNO Consult, anders als andere Koordinierungsstellen, schon zu Beginn des Anstellungsverhältnisses die Förderung des vierten und fünften Ausbildungsjahres in der Praxis zusichert.“

Weiterbündungsverbünde und Koordinierungsstellen sind wichtige Maßnahmen gegen den Hausärztemangel. So profitieren die ärztlichen Assistenten von der hohen Weiterbündungsqualität, gesicherter Vergütung, fairen Bedingungen und planerischer Verlässlichkeit. Vorteile gibt es auch auf Seiten der Krankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte. Zum Beispiel Planungssicherheit und gesicherte Zuschüsse für die angehenden Hausärzte von 3.500 Euro monatlich.

Infos

An dem Verbund können sich alle weiterbündungsbefugten Allgemeinärzte im Raum Duisburg beteiligen. Weitere Informationen und die Teilnahmeerklärung erhalten Sie bei

KVNO Consult
Viktoria König
Telefon 0211 5970 8640
E-Mail viktoria.koenig@kvno.de

Nachahmer-Medikamente auf Rezept

Generika spielen in der gesetzlichen Krankenversicherung eine immer größere Rolle. In den vergangenen 20 Jahren ist der Anteil am generikafähigen Markt nach Angaben der AOK um rund 40 Prozent gewachsen: 1989 lag er bei knapp 30 Prozent, 2009 bei 70 Prozent. Mit einem durchschnittlichen Nettoapothekenverkaufspreis von 19,81 Euro waren die Nachahmer-Präparate nach Angaben des Verbandes Pro Generika im Juni 2010 nur halb so teuer wie die patentfreien Erstanbieterprodukte (39,92 Euro).



SAPV steht in acht Regionen im Rheinland

Seit September dieses Jahres gibt es auch in Bonn/Rhein-Sieg linksrheinisch eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Nach Düren, der Region Aachen, Mettmann und dem rechtsrheinischen Rhein-Sieg-Kreis ist es der fünfte Vertrag dieser Art in Nordrhein. In Kürze werden auch die Vertragsabschlüsse in Köln und Essen erwartet.

Schwerstkranke und Sterbende möchten die letzte Phase ihres Lebens zu Hause verbringen. Die Palliativversorgung kann ihnen diesen Wunsch erfüllen – in besonders schwierigen Fällen ist die SAPV nötig. Deren Herzstück bilden die Palliative Care Teams. Ein solches Team besteht aus mindestens drei qualifizierten Palliativ-Me-

dizinern und mindestens vier Palliativ-Pflegekräften. Das Angebot gilt für alle Patienten. Die Verträge haben die AOK Rheinland/Hamburg, der Verband der Ersatzkassen, 98 Betriebskrankenkassen, die BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NRW, die Vereinigte IKK, die Knappschaft und die Landwirtschaftliche Krankenkasse geschlossen. Vertragspartner sind die KV Nordrhein und die Palliative Care Teams vor Ort. Langfristig sollen in Nordrhein solche Teams flächendeckend zur Verfügung stehen. Flächendeckung ist bei der allgemeinen Palliativversorgung erreicht: Zurzeit arbeiten 34 Palliativnetze in Nordrhein.

Mehr Infos unter www.kvno.de [KW101125](#)

Fortbildungsverpflichtung: Separater Nachweis nicht länger nötig

Seit 2004 verlangt der Gesetzgeber einen Nachweis über die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen. Den Kassenärztlichen Vereinigungen fällt die Aufgabe zu, dies zu kontrollieren. Damit der bürokratische Aufwand möglichst gering ausfällt, kann die KV Nordrhein nun Einsicht in das elektronische Fortbildungskonto bei der Ärztekammer Nordrhein nehmen – wenn der einzelne Arzt das gestattet. Das Einreichen von Fortbildungsnachweisen in Papierform entfällt in diesem Fall. Davon können auch Ärzte profitieren, die zum Beispiel für die Teilnahme

an Disease-Management-Programmen Fortbildungen nachweisen müssen. Gestatten sie der KV Nordrhein die Einsichtnahme in das elektronische Fortbildungskonto, ist kein Papiernachweis mehr nötig. Dafür müssen Sie ein Formular ausfüllen. Die unterschriebene Einverständniserklärung faxen oder senden Sie bitte an die Abteilung Weiterbildung der Ärztekammer Nordrhein.

Das Muster, die Faxnummer und weitere Infos zur Fortbildungsverpflichtung finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KW101125](#)

So integrieren Sie präventive Leistungen in den Praxisalltag

Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden nach wie vor zu wenig in Anspruch genommen. Umfragen zeigen: Vertragsärzten kommt bei der Erhöhung der Teilnehmeraten eine wichtige Rolle zu. Sie haben einen großen Einfluss auf die Motivation ihrer Patienten, an solchen Untersuchungen teilzunehmen.

Im Folgenden möchten wir Ihnen daher Möglichkeiten aufzeigen, wie Sie und Ihr Praxisteam gezielt Patienten ansprechen sowie Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen in Ihren Praxisalltag einbauen können.

Mit einer systematischen Integration von Präventionsleistungen in das eigene Praxismanagement können Sie die Teilnehmeraten steigern und Patienten langfristig an Ihre Praxis binden. Außerdem werden Vorsorge- und Früherkennungsleistungen sowie Impfungen außerhalb des Regelleistungsvolumens – ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen – vergütet.

Prüfen Sie, welche Präventionsleistungen Sie entsprechend Ihrer Qualifikation anbieten können. Beachten Sie dabei, dass für die Durchführung und Abrechnung bestimmter Untersuchungen, wie beispielsweise das Hautkrebsscreening, eine spezielle Genehmigung Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) erforderlich ist.



Darüber, welches Spektrum an Vorsorgeleistungen für Ihre Fachrichtung und Praxis sinnvoll ist, welche Qualifikationen oder Genehmigungen Sie dafür benötigen und ob es zusätzliche Vereinbarungen mit regionalen Krankenkassen gibt, geben die Serviceteams der KV Nordrhein Auskunft.

Patienten gezielt ansprechen und erinnern

Um die Motivation Ihrer Patienten zu erhöhen, an Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen teilzunehmen, sollten Sie sie gezielt auf dieses Thema ansprechen:

- Nutzen Sie möglichst jeden Arzt-Patienten-Kontakt zur aktiven Ansprache.
- Beziehen Sie Ihr Praxispersonal ein. Schaffen Sie unter Umständen Anreizsysteme (zum Beispiel durch Prämien), um die Motivation der Angestellten zu erhöhen, die Patienten gezielt auf mögliche Früherkennungsuntersuchungen anzusprechen und auf die Einhaltung von Kontrollterminen zu achten.
- Legen Sie entsprechende Informationsmaterialien und Broschüren aus. Zum Beispiel den Flyer „Der Vorsorge-Checker“, den Sie im Internet-Angebot der KV Nordrhein finden.

Um auch Patienten zu erreichen, die nicht regelmäßig in die Praxis kommen, bietet sich eine gezielte schriftliche

oder telefonische Erinnerung (Recall) an. Ein Recall ist für jeden Patienten, der in Ihrer Praxis behandelt wurde, erlaubt. Wichtig ist sein Einverständnis: Der Patient muss sich mittels Unterschrift einverstanden erklären, dass Sie ihn an notwendige Untersuchungen oder Impfungen erinnern und in die Praxis einbestellen. Eine Mustererklärung zur Erinnerung der Patienten finden Sie auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter dem Thema „Präventionsinitiative“ und im Portal von KV-SafeNet.

Ohne diese Zustimmung müssen Sie die Erinnerung neutral halten, das heißt, der Patient darf zwar darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Behandlung in Ihrer Praxis durchführbar ist, allerdings müssen Sie darauf hinweisen, dass er sich auch für eine andere Praxis entscheiden kann. Bitte beachten Sie auf jeden Fall: Der Recall ist eine vertrauliche Information. Daher muss der Patient persönlich in Briefform angeschrieben werden. Eine Erinnerung per Postkarte ist aus Datenschutzgründen nicht erlaubt.

Erinnerungs- und Terminmanagement

Um Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen systematisch in den Praxisalltag einbauen zu können, sollten bestimmte Maßnahmen getroffen werden. Dabei spielt die praxisinterne Erinnerung eine wichtige Rolle. So können Sie einmal ihre Patientenkartei durchgehen und vermerken, für wen welche Untersuchungen in Frage kommen. Oder Sie nutzen dafür ein EDV-Programm.

In vielen Praxisverwaltungssystemen (PVS) sind solche Recall-Systeme integriert, die beispielsweise beim Aufruf eines Patienten oder über Patientenlisten Recall-Bedarf anzeigen. Informieren Sie sich bei Ihrem PVS-Anbieter, welche Möglichkeiten Sie mit Ihrer Praxissoftware nutzen können.

Wichtig ist auch ein systematisches Sprechzeiten- und Terminmanagement. So können Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen fest in den Praxisalltag integriert werden, wenn diese gezielt angeboten werden, beispielsweise an einem bestimmten Nachmittag oder Abend in der Woche, sodass auch Berufstätige diese Leistungen wahrnehmen können.



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.



Der Vorsorge-Checker

Ihr persönliches
Präventionsprogramm

Infos und Vorlagen im Internet

Den Flyer „Der Vorsorge-Checker“, eine Kopiervorlage mit den Früherkennungsuntersuchungen und ein Muster für die Einverständniserklärung der Patienten für Erinnerungen an Vorsorgeuntersuchungen finden Sie im Internet-Angebot der KV Nordrhein unter www.kvno.de

Weitere Informationen zum Thema Prävention finden Sie im Internet unter www.kbv.de [KV101127](#)

Regeln für die Heilmittel-Verordnung von Polizisten

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im Oktober standen Fragen zu Heilmittel-Verordnungen für Polizeibeamte, der Dokumentation beim Hautkrebscreening und Konsiliaruntersuchungen im Vordergrund.

Wie werden Massagen für Polizisten verordnet?

Für die Heilmittel-Verordnung von Polizeibeamten gibt es besondere Vorschriften. Sie haben Anspruch auf die zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Polizeidienstfähigkeit notwendige und angemessene Versorgung mit Heilmitteln. Geregelt ist dies in der Freien Heilfürsorgeverordnung der Polizei. Soweit diese Verordnung nichts anderes bestimmt, richtet sich der Umfang nach den Vorschriften des Sozialgesetzbuches V (SGB V).

Vor der Verordnung steht bei Polizeibeamten die Genehmigung durch den Polizeiärztlichen Dienst.

Er prüft und genehmigt die Heilmittelbehandlungen vor Behandlungsbeginn. Die im SGB V genannten Regelungen über Zuzahlungen und Kostenbeteiligung gelten nicht. Bitte füllen Sie also die Heilmittelverordnung nach Maßgabe der Heilmittel-Richtlinien und des Heilmittel-Kataloges aus und geben Sie diese dem Polizeibeamten zur vorherigen Genehmigung mit.

Muss das Hautkrebscreening bei Patienten unter 35 Jahren dokumentiert werden?

Nein, die elektronische Dokumentation nebst Weiterleitung an die KV Nordrhein ist im Rahmen der Sonder-

vereinbarungen bei Patienten unter 35 Jahren nicht erforderlich. Die Dokumentation in Ihrer Patientenkartei reicht aus.

Was genau muss ich bei einer Konsiliaruntersuchung beachten?

Auf einer Überweisung zur Konsiliaruntersuchung teilt Ihnen der ausstellende Kollege seine Verdachtsdiagnose mit. Wie Sie diese abklären, entscheiden Sie. Mit anderen Worten: Sie bestimmen Art und Umfang der Diagnostik. Benötigen Sie zur Abklärung auch Untersuchungen von anderen Kollegen, so können Sie diese als Auftragsleistung überweisen, zum Beispiel eine Röntgenuntersuchung. Die Behandlung indes obliegt dem überweisenden Kollegen. So können Sie also im Rahmen der Konsiliaruntersuchung beispielsweise keine Medikamente verordnen.

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

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)**

■ Bezirksstellen der KV Nordrhein

7504 Bestellschein für Vordrucke (2)

■ Bezirksstelle Düsseldorf

7500 Gesamtaufstellung – Zugelassene Ärzte (4)

7501 Gesamtaufstellung – Ermächtigte Ärzte (4)

7502 Gesamtaufstellung – Krankenhäuser (4)

■ Bezirksstelle Köln

7510 Gesamtaufstellung – Zugelassene Ärzte (3)

7511 Gesamtaufstellung – Ermächtigte Ärzte (3)

7512 Gesamtaufstellung – Krankenhäuser (3)

■ EDV/IT in der Arztpraxis

7523 Merkblatt eHKS, elektronische Dokumentation zum Hautkrebs-Screening (7)

75 24 Online-Abrechnung mit D2D: Merkblatt für Arztpraxen (14)

7525 D2D-Anmeldung (8)

7526 Merkblatt und Antragsunterlagen zur Blankoformularbedruckung (6)

7527 Merkblatt eKoloskopie-Dokumentation (8)

7528 Merkblatt: eDMP (10)

7529 Meldebogen für die IT-gestützte Quartalsabrechnung (1)

■ Pharmakotherapieberatung

7532 Patentgeschützte Analogpräparate (Me-too-Liste 2010) (2)

7533 Praxisbesonderheiten 2010 – Arzneimittel (Symbolnummern) (1)

7534 Richtgrößen 2010 – Heilmittel (1)

7536 Richtgrößen 2010 – Arzneimittel (1)

7537 Die GKV-Arzneimittelschnellinformation (GAmSi) (2)

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)

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

■ Qualitätssicherung/Sicherstellung

7550 Bedarfsplanung (4)

7551 Meldeformular für Laborgemeinschaften zur Direktabrechnung über die KV Nordrhein ab dem 4. Quartal 2008 (3)

7553 DMP Asthma/COPD: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität (fachärztliche Versorgungsebene) (1)

7554 DMP Asthma/COPD: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt (4)

7555 Ambulantes Operieren: Check-Liste (9)

7556 Anzeige über Beginn/Beendigung der Methadon-substitution (1)

7557 DMP Diabetes mellitus Typ 1: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität für den Hausarzt (1)

7558 DMP Diabetes mellitus Typ 1: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität für die DSP und Kinderärzte (4)

7560 Patientendokumentation zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger (4)

7561 Patientenerklärung zum Datenschutz / Abschluss (2)

7562 Patientenerklärung zum Datenschutz / Beginn (2)

7563 Patientenmerkblatt: Darmkrebs-Früherkennung (3)

7566 DMP Diabetes mellitus Typ 1: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt (4)

7567 DMP Diabetes mellitus Typ 2: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt (4)

7568 DMP KHK: Erklärung über die Praxisausstattung (2)

7569 DMP KHK: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt (4)

■ Rechtsabteilung

7570 Kooperation mit pharmazeutischen Unternehmen (4)

7571 Praxisgebühr: Muster-Zahlungsaufforderung für Praxisgebühr (1)

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

■ Unternehmenskommunikation

7580 Anfahrtsbeschreibung zur KV Nordrhein (2)

7581 Bestellformular: Publikationen der KV Nordrhein (1)

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

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



© Andreas Rodriguez - Fotolia

Infoveranstaltungen Neue Kodierrichtlinien

Mit der Abrechnung des 1. Quartals
2011 gelten neue Kodierrichtlinien
für den ambulanten Bereich

Köln

16.00 - 19.00 Uhr Freitag, 26. November 2010
Bezirksstelle Köln | Sedanstraße 10-16 | 50668 Köln

Düsseldorf

16.00 - 19.00 Uhr Mittwoch, 8. Dezember 2010
Haus der Ärzteschaft | Tersteegenstraße 9 | 40474 Düsseldorf

Vorträge

- 16.00 Uhr **Begrüßung**
Dr. Peter Potthoff, Vorstand KV Nordrhein
- 16.15 Uhr **Was ändert sich? Worauf müssen die Praxen achten?**
Dr. Hans-Reinhard Pies, Düsseldorf | Dr. Rolf Ziskoven, Köln
- 16.45 Uhr **Ambulante Kodierrichtlinien – Erste Erfahrungen**
Dr. Peter Potthoff, Vorstand KV Nordrhein
- 17.15 Uhr **Umsetzung der Kodierrichtlinien im Praxisverwaltungssystem**
Franz-Josef Eschweiler | Astrid Scherer-Müller, KV Nordrhein

**Softwarehäuser stellen vor:
Lösungen für die neuen Kodierrichtlinien**

Anmeldung

Unternehmenskommunikation | Tersteegenstraße 9 | 40474 Düsseldorf
Telefax 0211 5970 8100 | E-Mail andrea.hof@kvno.de

**Weitere Veranstaltungen zu den Kodierrichtlinien, vor allem
für das Praxispersonal, finden im Februar 2011 statt**

MFA-Fortbildungen: Pharmakotherapie

Welche Rechtsgrundlagen (zum Beispiel Gesetze und Richtlinien) müssen bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln beachtet werden? In welchem Zusammenhang stehen Richtgrößen und Prüfverfahren? Diese Fragen beantwortet die kostenlose Fortbildung für Medizinische Fachangestellte (MFA).

Thema Pharmakotherapie
Termin 24. November 2010, 15.00 bis 17.30 Uhr
Ort Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln

Anmeldung
Nordrheinische Akademie, Tersteegenstraße 3, 40474 Düsseldorf
Telefon 0211 4302 1368, Telefax 0211 4302 1390, E-Mail akademie@kvno.de

Infomarkt für Medizinische Fachangestellte

Beim zweiten Infomarkt für Medizinische Fachangestellte halten Experten der KV Nordrhein Vorträge (zum Beispiel zu IGe-Leistungen) und stehen für Fragen unter anderem zu folgenden Themen bereit:

- Disease-Management-Programme
- Abrechnung Palliativ-Leistungen
- Impfungen
- Hautkrebsscreening
- Praxisgebühr
- Arznei- und Heilmittel
- Sprechstundenbedarf
- Qualitätsmanagement

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten kein Zertifikat.

Termin 1. Dezember 2010, 13 bis 17 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Infomarkt der KV Nordrhein in Köln

Experten der KV Nordrhein beantworten ihre Fragen rund um den Praxisalltag: Sei es zu Arznei- und Heilmitteln, dem Einsatz von IT in der Praxis, zu Kooperationen mit Selbsthilfegruppen und vielem mehr. Eine Anmeldung zum Infomarkt ist nicht nötig.

Termin 5. Januar 2011, 15 bis 18 Uhr
Ort Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein, Sedanstraße 10 - 16, 50668 Köln

Termine

19. – 21.11.2010	Landesverband Jüdischer Mediziner in NRW: 2. internationaler Kongress Jüdischer Mediziner, Düsseldorf
22. – 27.11.2010	Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen: 96. Klinische Fortbildung für Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten, Berlin
■ 24.11.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zur Pharmakotherapie, Köln
■ 26.11.2010	Infoveranstaltung der KV Nordrhein: Ambulante Kodierrichtlinien, Köln
■ 27.11.2010	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 1.12.2010	Infomarkt für Medizinische Fachangestellte, Düsseldorf
■ 4.12.2010	Konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 7.12.2010	Kreisstelle Wuppertal der KV Nordrhein: Mitgliederversammlung, Wuppertal
■ 7.12.2010	Kreisstelle Köln der KV Nordrhein: „Jour variable“, Köln
■ 7.12.2010	Kreisstelle Solingen der KV Nordrhein: Mitgliederversammlung, Solingen
■ 8.12.2010	Infoveranstaltung der KV Nordrhein: Ambulante Kodierrichtlinien, Düsseldorf
■ 8.12.2010	RP-Sprechstunde, Düsseldorf
■ 5.01.2011	Infomarkt der KV Nordrhein, Köln
■ 2.02.2011	Infoveranstaltung der KV Nordrhein: Ambulante Kodierrichtlinien, Düsseldorf
■ 19.02.2011	Infoveranstaltung der KV Nordrhein: Ambulante Kodierrichtlinien, Köln

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

Betriebswirtschaftliche Beratung für die Praxis

Sollten Sie Interesse an einer Betriebswirtschaftlichen Beratung haben, wenden Sie sich bitte



an unsere Berater der KV Nordrhein. Diese besprechen mit Ihnen dann das weitere Vorgehen.

Düsseldorf

Andrea Ritz
Telefon 0211 5970 8518
E-Mail andrea.ritz@kvno.de

Marcus Fox
Telefon 0211 5970 8516
E-Mail marcus.fox@kvno.de

Michaela Donk
Telefon 0221 7763 6528
E-Mail michaela.donk@kvno.de

Köln

Alexander Konrad
Telefon 0221 7763 6529
E-Mail alexander.konrad@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

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

der KV Nordrhein
Petersstraße 17-19
47798 Krefeld
Telefon 02151 3710 00
Telefax 02151 9370 655
E-Mail 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.

- **Vertreter:**
Entscheiden
über Vorstand

- **Arzneimittel:**
Vereinbarung
für das Jahr 2011

- **AMNOG:**
Die wichtigsten
Bestimmungen

- **Mammographie:**
Bilanz nach fünf
Jahren Screening

- **Service:**
Differenzierte
Honoraranalyse

**Die nächste Ausgabe von
KVNO aktuell erscheint
am 15. Dezember 2010**

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

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Tersteegenstraße 9 · 40474 Düsseldorf
E-Mail redaktion@kvno.de
Telefon 0211 5970 0 · Telefax 0211 5070 8100

www.kvno.de



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.