

■ Schwerpunkt

Abrechnung

Jetzt auch online
über das KVNO-Portal

■ Hintergrund

Qualitätssicherung

Gute Versorgung garantiert –
Die spiegelnden Lebensretter

■ Aktuell

Notdienst

NRW-Arztrufzentrale
startet mit Schwierigkeiten

■ Praxisinfo

Arzneimittel

So schnell wie nie:
Verordnungsdaten vom ZI



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

- 1 Editorial

Schwerpunkt

- 2 Neuer Dienst läuft ab April: Abrechnung online auch über das KVNO-Portal

Aktuell

- 5 Start mit langen Wartezeiten: Arztrefzentrale NRW wieder gut erreichbar
- 6 Vertreterversammlung: Kodierrichtlinien stoppen – klare Infos über Honorar und Abflüsse
- 9 RLV-Bescheide für das zweite Quartal 2011 verschickt: Praxen vor unverschuldeten Umsatzverlusten schützen

Berichte

- 16 Qualitätsbericht der KV Nordrhein: Gute Versorgung garantiert
- 17 „Auf die Qualität können wir stolz sein“
- 18 Früherkennungs-Koloskopie: Hohe Anforderungen an die spiegelnden Lebensretter
- 20 Reform-Schwerpunkt Bedarfsplanung: Bund und Länder beraten über Versorgungsgesetz
- 22 Neues Finanzierungs-Konzept in Nordrhein-Westfalen: Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen
- 23 Weiterbildung Allgemeinmedizin: Weiterbildungsverbund im Kreis Viersen gestartet
- 24 Ab 1. Juli 2011 zählt der Kooperationsgrad: Die neue Zuschlagsregelung für Kooperationen

Service

- 26 Aktuelle Fragen an die Serviceteams – und deren Antworten: Für welche extrabudgetären Leistungen gilt die Wachstumsbegrenzung?
- 28 Neue EVA-Staffel ab April – noch Plätze frei
- 28 Kampagne „Check your kid“ startet in Aachen
- 28 Kreisstelle Euskirchen sitzt jetzt in Köln
- 29 Neuer Kurs: Psychoonkologie
- 30 Fax-Abruf

Praxisinfo

- 10 Speicherung der Begründungen zu Leistungen des Kapitels 11.4 EBM
- 10 Hausarztvertrag: BKK 24-Versicherte müssen Praxisgebühr zahlen
- 10 Ambulantes Operieren: Neue Punktwerte und neuer OPS-Katalog
- 11 Häusliche Krankenpflege: Änderung der Richtlinie im Januar in Kraft getreten
- 11 Datenstelle hebt DMP-Dokumentationen länger auf
- 11 Muster 56 bleibt gültig
- 11 BIG direkt kündigt Vertrag über die U10

Arzneimittelinfo

- 12 So schnell wie nie: Verordnungsdaten vom ZI
- 12 Fünf Präparate von der Me-too-Liste gestrichen
- 13 Marktübersicht 2011 nennt preiswerte Alternativen
- 13 Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie
- 13 Impfstoffe im Kühlschrank – Sind Sie versichert?
- 14 Korrektur: Hilfsmittel mit der 7 kennzeichnen
- 14 20 Millionen Grüne Rezepte



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

viele von uns jubeln nicht über neue Technologien. Man muss sich umstellen, man muss investieren, und am Anfang gibt es bisweilen jede Menge Schwierigkeiten. Denken Sie nur an Ihren ersten Video-Recorder. Oder an die erste Installation Ihrer Praxis-Software.

Mit dem Beginn neuer Entwicklungen ist das Ende von alten unmittelbar verknüpft. So heißt es Ende dieses Jahres: Diskette adé. Ab 2012 läuft die Abrechnung nur noch per CD oder online.

Abschied tut weh, aber manchmal geht es einfach nicht anders. So ist die Zeit der Diskette definitiv vorbei. Seit Jahren gibt es keine Ersatzteile mehr für die sogenannten Loader, mit denen die Disketten in der KV Nordrhein im Massenbetrieb eingelesen wurden. Die Diskettenloader laufen bald einfach nicht mehr.

Die Zukunft gehört der Online-Abrechnung. Mit ein paar Klicks übermitteln Sie Ihre Abrechnung schnell und unkompliziert, können zuvor so viele Testabrechnungen senden, wie Sie wollen, und erhalten nach Abgabe der Echtabrechnung umgehend eine Empfangsbestätigung und ein Fehlerprotokoll.

Niemand in Nordrhein zwingt Sie dazu. Wir agieren nach dem Motto: fördern statt fordern. Wer seine Abrechnung online über das KV-SafeNet oder D2D übermittelt, zahlt geringere Verwaltungskosten. Wird die Gesamtaufstellung auch noch digital signiert, spart man noch mehr. Das rechnet sich vor allem für umsatzstarke Praxen. Und auch für die Verwaltung, weil das Bearbeiten der Abrechnungen dann schneller geht.

Sind meine hochsensiblen Patienten- und Honorardaten denn sicher, fragen sich einige Kolleginnen und Kollegen. Ja, denn wir stellen an den Datenschutz natürlich besondere Anforderungen – die auch besondere Schutzmaßnahmen nötig machen. Eine Übertragung der Online-Abrechnung nur mit Passwortschutz über das Internet, das ist derzeit undenkbar. Ob Sie online via D2D oder über das KVNO-Portal mit einem KV-SafeNet-Anschluss abrechnen: Ihre Daten sind sicher.

Seit über 50 Jahren kümmert sich die KV Nordrhein um die Abrechnung der niedergelassenen und ermächtigten Ärzte, seit über zehn Jahren auch um die der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Ob auf Papier, Diskette, CD oder online – noch nie sind diese Daten in die Hände unbefugter Dritter gelangt.

Technische Umstellungen kosten Zeit und Geld. Sie helfen aber langfristig, Zeit und Geld zu sparen. In den 1950er Jahren waren unsere Kolleginnen und Kollegen tagelang mit der Quartalsabrechnung beschäftigt, mussten jeden Krankenschein einzeln kontrollieren. Das geht mit der Unterstützung unserer Praxis-EDV heute viel schneller. Und sollte mit der Online-Abrechnung noch leichter gehen.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

Bernd Brautmeier
Vorstand

Neuer Dienst läuft ab April

Abrechnung online auch über das KVNO-Portal

Die KV Nordrhein bietet ihren Mitgliedern zahlreiche Online-Dienste und Services an, die die Arbeit in der Praxis erleichtern. Dazu gehört die Online-Abrechnung, die ab April auch über das KVNO-Portal möglich ist.

Über das KVNO-Portal können niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten im Rheinland bereits seit Ende 2007 verschiedene Dienste kostenlos nutzen. Beim KVNO-Portal handelt es sich um ein geschütztes Mitgliederportal, das über das Internet erreichbar ist.

Da bei diesem Verfahren die Online-Kommunikation über das Internet erfolgt, sind die Praxen aufgefordert, für die Absicherung der Praxisrechner selbst zu sorgen, beispielsweise durch den Einsatz einer Firewall und von Anti-Viren-Programmen.



Geringere Verwaltungskosten und Testabrechnungen – das sind zwei Vorteile der Online-Abrechnung.

Analog zum Online-Banking

Die Authentisierung erfolgt über eine persönliche Anmeldung, bestehend aus Benutzername und Kennwort. Die Daten werden SSL-verschlüsselt übertragen, ähnlich wie beim Online-Banking. Dieser Zugang wird als KV-WebNet bezeichnet.

Viele nützliche Dienste

Über das KV-WebNet können Praxen im KVNO-Portal folgende Dienste nutzen:

- Abrechnungsunterlagen online: frühzeitiger Zugriff auf die Abrechnungsunterlagen des aktuellen Quartals sowie der vergangenen Quartale
- Abrechnungsprofil: tabellarisch und grafisch aufbereitete Auswertungen aus der Honoarabrechnung einschließlich der Abweichungen vom Vergleichsgruppendurchschnitt
- Differenzierte Honorarauswertung: Differenzierung des Anteils am Gesamthonorar sowie der Leistungen und Behandlungsfälle je Mitglied und Leistungsort
(Dieser Dienst ist kostenpflichtig.)
- Elektronische Qualitätszirkel (eQZ): elektronische Plattform für Moderatoren und Teilnehmer an Qualitätszirkeln
- Hautkrebs-Screening: Online-Dokumentation für das Hautkrebs-Screening
- Online-Dokumentation Zervix-Zytologie: Online-Dokumentation für die Jahresstatistik Zervix-Zytologie

weiter auf Seite 4




www.kvno-portal.de

Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

- **Abrechnung online** Übermitteln Sie Ihre Daten online und profitieren Sie zum Beispiel von geringeren Verwaltungskosten. Für diesen Dienst benötigen Sie einen Anschluss an das KV-SafeNet.
 - **Abrechnungsunterlagen** Greifen Sie bereits vor dem Versand auf die Abrechnungsunterlagen Ihrer Praxis zu. Auch die Unterlagen der vergangenen Quartale stehen für Sie online bereit.
 - **Kennzahlen** Tabellarisch und grafisch aufbereitete Auswertungen aus der Honorarabrechnung; darunter Ihre Fallzahlen, Diagnosen und Ihr Leistungsspektrum – inklusive der Abweichungen vom Vergleichsgruppenschnitt.
 - **Honorarauswertung** Als Partner in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines Medizinischen Versorgungszentrums können Sie (gegen Gebühr) den Anteil am Honorar, Leistungsbedarf und an den Behandlungsfällen je Mitglied abrufen. Aber nur, wenn alle Partner dem zustimmen.
 - **eQualitätszirkel** Dieser Dienst unterstützt Moderatoren bei der Vor- und Nachbereitung von Qualitätszirkeln und bietet für alle Teilnehmer eine elektronische Informations- und Kommunikationsplattform.
 - **eDokumentationen** Geben Sie Ihre Dokumentation für das Hautkrebs-Screening oder zytologische Untersuchungen einfach online ein; das Senden auf Diskette oder CD entfällt.
 - **Vordrucke** Alle Vordrucke, die Sie für die Praxis benötigen, können Sie rund um die Uhr online über das Portal bestellen.
 - **Praxisdaten** Mit diesem Dienst können Sie Ihre Praxisdaten einsehen, prüfen und elektronisch ändern.
- Das KVNO-Portal steht allen Mitgliedern der KV Nordrhein kostenlos zur Verfügung. Ihre Zugangsdaten erhalten Sie unter www.kvno-portal.de

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

www.kvno-portal.de 

Online-Dienste für Ihre Praxis: Rund um die Uhr – 365 Tage im Jahr

- Praxisdatenänderung: Einsicht und Änderungen der Praxisdaten, zum Beispiel der Sprechzeiten
- Vordruckbestellung: Rund-um-die-Uhr-Bestellung aller Praxisformulare
- DMP-Feedbackberichte und -Reminder: Einsicht in die DMP-Feedbackberichte und -Reminder des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung

Online-Abrechnung auch via D2D

Die Online-Abrechnung mit der KV Nordrhein wird schon seit 2005 über die Telematik-Plattform Doctor to Doctor (D2D) angeboten. D2D ist keine selbstlaufende Software, sondern setzt das Vorhandensein eines Praxisverwaltungssystems oder Krankenhausinformationssystems voraus.

Da einige Softwarehäuser für den Einbau der Online-Abrechnung mit D2D hohe Kosten verlangen, haben Sie ab April 2011 die Möglichkeit, Ihre Abrechnung auch online über das KVNO-Portal einzureichen. Die Online-Abrechnung via KVNO-Portal können Sie völlig unabhängig von Ihrem Softwarehaus durchführen.

Argumente für online

Die Online-Abrechnung bietet eine Reihe von Vorteilen: Mit ein paar Klicks übermitteln Sie Ihre Abrechnung schnell und unkompliziert an die KV Nordrhein.

- Sie erhalten umgehend eine Empfangsbestätigung und ein Fehlerprotokoll, mit dem Sie Fehler sofort erkennen und beheben können.
- Sie können so viele Testabrechnungen senden, wie Sie wollen, bevor Sie uns letztlich die Echtabrechnung online einreichen.
- Sie haben keine Probleme mehr mit defekten CDs oder Disketten.
- Sie sind zeitlich und räumlich unabhängig, das heißt, Sie können die Daten während des Abgabzeitraums rund um die Uhr versenden.

Da die Online-Übertragung von hochsensiblen Patienten- und Honorardaten besondere Anforderungen an den Datenschutz stellt, können sie nicht ohne besondere Schutzmaßnahmen gesendet werden. Eine Über-

tragung der Online-Abrechnung im KVNO-Portal über KV-WebNet, also über das Internet – lediglich mit Passwortschutz – wird daher in der jetzigen Form auch vom Landesdatenschützer nicht unterstützt.

Voraussetzung: KV-SafeNet

Um Ihre Abrechnung online auf das KVNO-Portal hochzuladen, benötigen Sie in Ihrer Praxis daher einen KV-SafeNet-Anschluss. Über KV-SafeNet wird ein geschützter und vom Internet getrennter Tunnel aufgebaut, der eine datenschutzgerechte Anbindung aller Rechner der Praxis ermöglicht. Dies garantiert höchste Sicherheit. KV-SafeNet vernetzt Sie dabei nicht nur mit Ihrer KV, sondern ermöglicht auch den sicheren Austausch mit anderen Praxen und medizinischen Einrichtungen.

Wenn Sie einen KV-SafeNet-Anschluss haben, können Sie neben der Online-Abrechnung auch alle Dienste des KVNO-Portals nutzen, die über KV-WebNet erreichbar sind. Weitere Dienste, welche die KV Nordrhein über KV-SafeNet anbieten wird, sind in Planung. Als nächstes wird die Möglichkeit zur Signatur von Dokumenten (beispielsweise Sammelerklärung) über das KVNO-Portal mit dem Heilberufsausweis realisiert.

Mehr Infos zu KV-SafeNet, die technischen Voraussetzungen und die Anbieter finden Sie im Internet unter www.kbv.de [KV110304](#)

Kontakt

Wenn Sie Fragen zum KVNO-Portal und zu den Diensten, die Sie über KV-WebNet erreichen, haben, wenden Sie sich bitte an:

Communication Center
Telefon 0211 5970 8500
E-Mail portal@kvno.de

Bei Fragen zum KV-SafeNet wenden Sie sich bitte an:

Competence Center IT in der Arztpraxis
Telefon 0211 5970 8005
E-Mail praxisdev@kvno.de

Arztrufzentrale NRW wieder gut erreichbar

Aller Anfang ist schwer. Das galt leider auch für die Arztrufzentrale in Duisburg, die seit 1. Februar auch die Anrufe aus Westfalen-Lippe entgegennimmt. Die größten Schwierigkeiten sind inzwischen behoben.

Trotz 120 Leitungen und fast 100 eingesetzter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter – in den ersten Tagen war die Arztrufzentrale in Duisburg telefonisch nur mit Geduld zu erreichen. Und darunter hatten auch die nordrheinischen Patienten und Ärzte zu leiden.

Anrufer-Ansturm

Was war passiert? Vor allem das hohe Anrufaufkommen aus Westfalen-Lippe hat die Zentrale überlastet. Dabei handelte es sich nicht nur um Notfälle. Zahlreiche Patienten riefen an, um zu fragen, ob sie „einfach so“ in die westfälischen Notdienstpraxen gehen dürften, oder erkundigten sich, ob und wann diese offen hätten. Die KV Westfalen-Lippe hatte nämlich den gesamten Notdienst neu strukturiert. Zusätzlich zu den Patienten nutzten Ärzte und Medienvertreter das Startwochenende für Testanrufe, die die Leitungen zusätzlich belasteten.

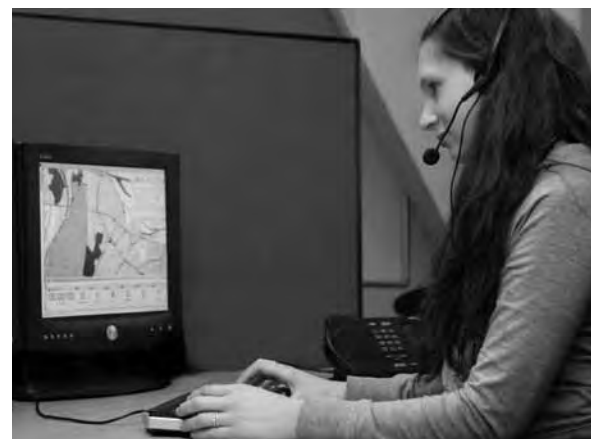
Die Mitarbeiter der Zentrale in Duisburg kämpften darüber hinaus noch mit ganz anderen Problemen: veralteten Dienstplänen, dem großen Informationsbedarf der westfälischen Ärzte, fehlenden Telefonnummern der Diensthabenden Ärzte und mit Navigationsgeräten, auf die die Disponenten Einsätze sendeten, die aber in anderen Autos waren als der Arzt, der den Besuch übernehmen sollte.

Die Kombination aus deutlich höherem Anrufvolumen als erwartet und erheblich verlängerten Anrufdauern führte zu langen Wartezeiten für Patienten und Ärzte. „Das ist natürlich inakzeptabel“, sagt Dr. Michael Klein, Leiter der Arztrufzentrale NRW. Mehrere Maßnahmen sollten die Probleme beheben.

Probleme im Griff

So wurden zum Beispiel Bandansagen mit Hinweisen auf die Notdienstpraxen in Westfalen-Lippe geschaltet. Diese Maßnahme führte zu einer deutlichen Reduktion der eingehenden Anrufe. Außerdem setzt die Zentrale am Wochenende noch mehr Mitarbeiter ein und fragt die Dienstbereitschaft der westfälischen Ärzte früher ab. Dadurch steigt wiederum die Zahl der bearbeiteten Anrufe – und zwar von 11.200 am Startwochenende im Februar auf 12.600 am dritten Wochenende.

Die Erfolge sind messbar. Betrug die durchschnittliche telefonische Wartezeit anfangs noch rund vier Minuten, so ist sie am dritten Februarwochenende auf knapp 1,75 Minuten gesunken. Allerdings kann es zu bestimmten Uhrzeiten am Wochenende immer noch zu längeren Wartezeiten kommen. „Die zu verringern ist nun unser vorrangiges Ziel“, betont Klein. Der Leiter des Call-Centers will rasch wieder den Service bieten, den die Patienten und Ärzte in Nordrhein von der Duisburger Zentrale gewöhnt sind.



Die Arztrufzentrale ist noch nicht so gut wie vor der Kooperation mit Westfalen-Lippe erreichbar.

Kodierrichtlinien stoppen – klare Infos über Honorar und Abflüsse

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein hat sich erneut eindeutig gegen die ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) ausgesprochen. Sie forderte am 11. Februar die Bundesregierung und die Bundesmantelvertragsparteien auf, die Einführung der Kodierrichtlinien zu stoppen.

Einen Fan der ambulanten Kodierrichtlinien gab es nicht unter den 44 Delegierten, die am 11. Februar in Düsseldorf zusammengekommen waren. Vor allem, weil sie den

Dr. Guido Marx dagegen fürchtet, „60 Minuten täglich zu verbrennen“.



Dr. Heidemarie Pankow-Culot (r.) sprach sich vehement gegen die ambulanten Kodierrichtlinien aus.

Praxen mehr Arbeit machen. Es gab aber unterschiedliche Vorstellungen, wie mit den Richtlinien umzugehen sei. Und die diskutierten vor allem die Delegierten der Allianz für Nordrhein, des Hausärzteverbandes und der Freien Ärzteschaft (FÄ) leidenschaftlich auf einer Sonder-Vertreterversammlung, die auf Verlangen der FÄ stattfand.

Wie viel Arbeit macht das Kodieren?

„Ich habe für das Kodieren von 100 Patienten 45 Minuten gebraucht“, berichtete der Internist Dr. Hans-Reinhard Pies aus Nettetal. Der Kölner Allgemeinmediziner

Exakte Prognosen sind schwierig. Viel hängt von der Praxissoftware ab. Hersteller, die die Richtlinien gut in die Software eingearbeitet haben, verringern später den Zeitaufwand in den Praxen. Und noch sind Änderungen möglich, besonders bei den Hausärzten.

Wer nicht kodiert, verliert Honorar

„Die Kodierrichtlinien verbessern die Versorgung nicht“, räumte der Essener Augenarzt Dr. Ludger Wollring ein. Er warnte die Vertreter aber davor, den Kopf in den Sand zu stecken. „Die AKR steuern den Geldfluss. Wenn wir uns dagegenstellen, dann verlieren wir Honorar, an die Regionen, die besser kodieren, vor allem die neuen Bundesländer.“ Und das will die Allianz für Nordrhein verhindern.

Dr. Heidemarie Pankow-Culot von der Freien Ärzteschaft postulierte Totalablehnung in Sachen Kodierrichtlinien. Die Kinderärztin aus Heiligenhaus forderte, die Einführung auf den „Sankt Nimmerleinstag“ zu verschieben.

Grundsätzlich in Ordnung findet der Hausärzteverband das Kodieren. „Wir werden darum nicht umhinkommen“, räumte Dr. Oliver Funken ein. Der ICD-10 ist nach An-

Rösler: AKR erst Anfang 2012 einführen

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler schlägt vor, die ambulanten Kodierrichtlinien erst am 1. Januar 2012 einzuführen. Die Testphase soll um ein halbes Jahr verlängert werden, um „die Anwendung im Praxisalltag deutlich zu vereinfachen“. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung begrüßte den Vorstoß des Ministers. Der längeren Testphase müssen aber auch die Kassen zustimmen.

Mehr Infos zu den ambulanten Kodierrichtlinien unter www.kvno.de
KV110307

sicht des Allgemeinmediziners aus Rheinbach bei Bonn allerdings „eine falsche Variante“.

Pies, Sprecher des Vorstandsausschusses Kodieren, erinnerte an den ursprünglichen Zweck der Kodierrichtlinien: Sie sollen die Grundlage dafür schaffen, dass das Honorar an der Morbidität orientiert ist – und nicht länger an der Grundlohnsumme. „Das war unsere Forderung.“ Im hausärztlichen Bereich sollte das Kodieren auf der Basis der International Classification of Primary Care (ICPC) stattfinden. Für diese Umstellung sei Zeit nötig. Deswegen forderte Pies, die Einführung der AKR auf Anfang 2012 zu verschieben.

Die Mehrheit der Vertreter plädierte für den vollständigen Stopp. Mit 18 Stimmen angenommen wurde der Appell an Bundesregierung, an die Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Einführung abzublenden.

Regelversorgung ausgeblendet

Gut zwei Dutzend Anfragen hatte die Freie Ärzteschaft zum Thema Honorar gestellt, die der Vorstand der KV Nordrhein ausführlich beantwortete. Die Fülle von Zahlen stieß sodann eine intensive Debatte an. Die Vertreter verschiedener Fachgruppen schilderten detailliert, welche Auswirkungen die Unterfinanzierung der ambu-

lantem Medizin in Nordrhein zeitigt. Immer mehr Praxen geraten deswegen unter Druck. Dr. Manfred Weisweiler: „Bei der Behandlung einer Fraktur bei einem Kind zahle ich drauf.“ Kein Facharzt könne heute allein mit den Kasseneinnahmen eine Praxis führen. So seien nur noch „selektive Behandlungen“ möglich. Ärzte könnten ihr Geld auch anderswo verdienen, meint der Chirurg. Aber was werde aus den Patienten?

Zahlen zur Unterfinanzierung im Netz

Die Unterfinanzierung der Versorgung wollen die Vertreter deutlicher machen. Zum Beispiel mithilfe der sogenannten Euro-Gebührenordnung. Die soll künftig auf der Homepage der KV Nordrhein abrufbar sein. Und zwar einmal mit den Euro-Werten, die sich aus den im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) fixierten Punktwerten mit dem bundesweiten Orientierungspunktwert ergeben. Dieser Wert zeigt dann den Betrag an, mit dem die Leistung theoretisch vergütet werden sollte.



Für den Stopp der Kodierrichtlinien stimmten 18 Delegierte.

Dazu kommt dann noch der Betrag, den die Praxen tatsächlich erhalten. Dieser Wert ergibt sich aus der Multiplikation der im EBM gelisteten Punkte mit dem Punktwert, mit dem die Leistungen in Nordrhein tatsächlich im Schnitt bezahlt werden. Die Differenz der beiden Beträge macht die Lücke deutlich, die bei jeder einzelnen Leistung zwischen der eigentlich vereinbarten Vergütung und der realen Auszahlung klafft.

Wie hoch sind die Honorar-Abflüsse?

Der Solinger Kinderarzt Dr. Thomas Fischbach kritisierte, dass von den ohnehin viel zu geringen Mitteln, die der ambulanten Versorgung im Rheinland zur Verfügung stünden, auch noch erhebliche Anteile abwanderten: „Es gibt viele stille Nutzer der Kassengelder.“

Nirgendwo in der Bundesrepublik würden mehr Kliniken über die Verträge zur ambulanten Behandlung den Honorartopf der Niedergelassenen schmälern als in Nordrhein. Wie hoch genau die Summe der Abflüsse sei, das soll der Vorstand nun herausfinden. Diesen Auftrag verabschiedeten die Delegierten einstimmig.

So, wie es ist, kann es nicht weitergehen. Da herrschte bei den Delegierten Konsens. Aber wie soll es weitergehen? Eine Patentlösung konnte keiner der Vertreter präsentieren. Die Versorgung sei viel zu gut für das, was die Praxen an Honorar erhielten, meinte der Düsseldorfer Orthopäde Dr. Andreas Gassen. „Wir müssen uns deswegen zusammensetzen und überlegen, was wir tatsächlich leisten können und wollen.“

Keine neuen Wahlen

„Nichtbefassung“ forderte Dr. Lothar Rütz von der Allianz für Nordrhein für den Antrag der Freien Ärzteschaft, die Delegierten in die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VV der KBV) neu zu wählen. Dem Antrag folgten 28 Vertreter, 14 wollten neu wählen.

Warum eigentlich Neuwahlen? „Weil kein Allgemeinarzt oder Hausarzt-Internist unter den fünf Delegierten ist“, so die Freie Ärzteschaft. Allerdings ist mit Dr. Thomas Fischbach ein nordrheinischer Hausarzt in Berlin vertreten. Und Kinderärzte gehören zum hausärztlichen Versorgungsbereich, stellte Pies von der Allianz klar.

Der Freie Ärzteschaft monierte, dass das Verhältniswahlrecht bei der Wahl der Delegierten für die KBV-VV nicht angewandt worden sei – obwohl der Gesetzgeber dies vorgebe. Dem widersprach der Justiziar der KV Nordrhein, Dr. Horst Bartels, energisch: Nur für die Wahlen zur Vertreterversammlung der KV sehe das Sozialgesetzbuch die Verhältniswahl vor. Die VV der KBV sei aber analog zum Bundesrat ein Plenum der Länder. „Alle Wahlen in Nordrhein waren also völlig korrekt“, so Bartels Fazit.

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Ambulante Kodierrichtlinien stoppen

Bundesregierung und Bundesmantelvertragsparteien werden aufgefordert, die Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien zu stoppen. Paragraph 295 Abs. 3 Satz 2 des Sozialgesetzbuchs V (Einführung der Kodierrichtlinien) besagt nicht, dass die Kodierrichtlinien in der geplanten Form zu implementieren sind. Angesichts zu erwartender Bürokratiekosten von über 500 Millionen Euro bei Einführung dieser Kodierrichtlinien allein in Nordrhein ist eine wesentliche Beeinträchtigung der Patientenversorgung zu erwarten.

Antrag: Dres. Catherina Stauch, Peter Loula und Wieland Dietrich

Vergütungs-Niveau darstellen

Die regionale Euro-Gebührenordnung nach Paragraph 87a Abs. 2 des Sozialgesetzbuchs V ist nach Erstellung öffentlich zugänglich in der jeweils gültigen Form durch die KV Nordrhein auszuweisen, und zwar auch

in der Höhe, in der die durchschnittliche Auszahlung erfolgte.

Antrag: Dr. Ralph Krolewski, Änderungen: Dr. Ludger Wollring

Infos über Honorar-Abflüsse

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein fordert den Vorstand auf, Informationen über den Geldfluss von den Versicherten über den Gesundheitsfonds und die Krankenkassen bis hin zur KV einzuholen.

Damit soll Aufklärung darüber hergestellt werden, warum das in Nordrhein für die Honorarverteilung im ambulanten Bereich verfügbare Mittelvolumen deutlich geringer ausfällt, als das die den nordrheinischen Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds zugewiesenen Mittel (Mittel pro Versicherten, ehemals Kopfpauschale) erwarten ließen.

Antrag: Dres. Rolf Ziskoven, Hans-Reinhard Pies, Ludger Wollring, Thomas Fischbach und Prof. Bernd Bertram,

Praxen vor unverschuldeten Umsatzverlusten schützen

Anfang März haben die Praxen in Nordrhein ihre Bescheide über Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) für das zweite Quartal 2011 erhalten. Bei der Berechnung gab es einige Neuerungen.

Die KV Nordrhein musste die Neuregelung für Haus- und Heimbefuche berücksichtigen. Bestimmte Besuchsleistungen fallen nämlich ab 1. April aus dem Regelleistungsvolumen heraus und sind im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) höher angesetzt worden. Das hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Krankenkassen vereinbart.

Haus- und Heimbefuche extrabudgetär

Das Honorar für die betroffenen Besuchsleistungen erhalten Ärztinnen und Ärzte somit ab dem zweiten Quartal 2011 außerhalb der Regelleistungsvolumen; eine Mengengrenzung gibt es nicht. Die Regelung gilt für folgende Besuchsleistungen:

- Für den Krankenbesuch (EBM-Nr. 01410) erhalten Haus- und Fachärzte künftig 600 Punkte.
- Für den Besuch eines weiteren Kranken (EBM-Nr. 01413) sind es ab 1. April 300 Punkte.
- Die Bewertung der EBM-Nr. 01415 (Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen) bleibt bei 1545 Punkten.

Eine weitere Neuerung betrifft die „Sonstigen Hilfen“ (Abschnitt 1.7.5 bis 1.7.7 EBM). Sie fallen ab 1. April in das Regelleistungsvolumen (RLV). Das bislang bestehende Honorarkontingent hat die KV Nordrhein in die RLV einfließen lassen. Für Akupunktur-Leistungen gibt es nun ein leistungsfallbezogenes QZV. Das bisherige Honorarkontingent ist in das qualitätsgebundene Zusatzvolumen (QZV) eingeflossen.

Ausgleich von extremen Umsatzverlusten

Extreme Honorarverluste wird eine Konvergenzregelung abfangen. Sie begrenzt Honorarverluste auf zehn Prozent gemessen am zweiten Quartal 2008. Dabei ist Voraussetzung, dass sowohl der Gesamtumsatz des zweiten Quartals 2011 als auch der Fallwert (Gesamtumsatz geteilt durch Fallzahl) um mehr als zehn Prozent unter demjenigen des zweiten Quartals 2008 liegt. Betroffene Praxen müssen keinen Antrag auf Stützung stellen, die KV Nordrhein führt dies automatisch durch.

Die Regel greift aber nur dann, wenn der Umsatzverlust durch die Umstellung der Mengensteuerung im Zusammenhang mit der Honorarreform Anfang 2009 entstanden ist. Wenn allerdings die Verluste von der Praxis zu verantworten sind, zum Beispiel wenn weniger Patienten behandelt werden, dann stützt die KV Nordrhein nicht.

Auch im dritten Quartal wird es Änderungen geben. Sie betreffen Ärzte und Psychotherapeuten, die im Vorjahresquartal noch nicht niedergelassen waren. Ihr RLV berechnet die KV Nordrhein nachträglich. Bei der Abrechnung werden die aktuellen Fallzahlen mit dem Fallwert der Arztgruppe multipliziert.

Für Ärzte, die weniger als 13 Quartale niedergelassen sind, gelten für die RLV-Zuweisung zunächst die Fallzahlen aus dem Vorjahresquartal. Ist die aktuelle Fallzahl höher, berechnet die KV Nordrhein das RLV auf Basis der aktuellen Fallzahlen nachträglich und legt es bei der Abrechnung zugrunde.

Speicherung der Begründungen zu Leistungen des Kapitels 11.4 EBM

Nach Vorgabe des Bewertungsausschusses sind bei der Abrechnung von Leistungen der indikationsbezogenen molekular-genetischen Stufendiagnostik (Kapitel 11.4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, EBM) zusätzliche Angaben oder Begründungen nötig. Praxen sollten beim Speichern dieser Daten in die Abrechnungsdatei folgende Regeln beachten:

- Die Angabe, ob die Untersuchung als **diagnostischer, prädiktiver oder vorgeburtlicher Test** oder als Untersuchung auf **Anlageträgerschaft** erfolgte, sind in der Abrechnungsdatei im Feld „Art der Untersuchung“ (Feldkennung 5002) abzuspeichern. Vorzugsweise sollten Sie die fett gedruckten Begriffe verwenden.
- Speichern Sie erforderliche Begründungen bitte im Feld „Freier Begründungstext“ (Feldkennung 5009). Das ist zum Beispiel der Fall, wenn Angaben zum Indexpatienten (bei prädikativem oder vorgeburtlichem Test) nicht möglich sind. Oder wenn weitere Untersuchungen nötig waren, weil das Untersuchungsziel bekannter Mutation(en) nicht erreicht wurde.
- Für die Angabe der Erkrankung zum Indexpatienten ist das Feld „ICD-Code“ (Feldkennung 6001) vorgesehen.
- Zusätzliche zur Erkrankung mögliche Angaben der Mutation und des genetischen Verwandtschaftsgrades bitte in das Feld „Diagnosenerläuterung“ (Feldkennung 6006) eintragen.

Hausarztvertrag: BKK-24-Versicherte müssen Praxisgebühr zahlen

Versicherte der BKK 24, die nur auf Grund der Teilnahme am BKK-Hausarztvertrag von der Praxisgebühr befreit waren, müssen ab 1. April 2011 wieder die zehn Euro Praxisgebühr zahlen. Die Kasse hat die Befreiung zurückgezogen.

Ambulantes Operieren: Neue Punktwerte und neuer OPS-Katalog

Die Ausgabenbegrenzung für extrabudgetäre Leistungen trifft auch die ambulanten Operationen. Für alle Leistungen des ambulanten Operierens ist eine um fünf Prozent höhere Leistungsmenge als 2010 möglich. Das wirkt sich auch auf den Zentrumsvertrag aus.

Zentrumsvertrag

Für die Operationen nach dem Zentrumsvertrag wird zum Orientierungspunktwert von 3,5048 Cent ein Strukturzuschlag in Höhe von 0,7442 Cent vergütet, so dass der Punktwert 4,249 Cent beträgt, soweit die entsprechenden Voraussetzungen (Mindestfrequenz und Tracer-Diagnose) erbracht wurden. Informationen zu den Tracer-Diagnosen und Mindestfrequenzen finden Sie im Katalog der förderungswürdigen Operationen, der nach Abstimmung mit den Krankenkassen um die Änderungen des Bewertungsausschusses modifiziert wurde.

AOP-Vertrag nach § 115b SGB V

Der Zuschlag für ambulante Operationen nach § 115b des Sozialgesetzbuchs V ist 2011 mit 0,19995 Cent nur noch halb so hoch wie im Vorjahr. Er wird im Jahr 2011 für folgende Leistungen weiter gezahlt:

- Operative und stationersetzende Eingriffe gemäß dem Katalog nach § 115b Abschnitt 1 und 2
- Präoperative Leistungen nach dem Kap. 31.1.2
- Postoperative Leistungen nach den Kap. 31.3.2, 31.4.2 und 31.4.3, soweit ein entsprechender OPS-Code genannt wird
- Anästhesien nach den Kap. 5.3 und 31.5.3, soweit ein OPS-Code nach § 115b genannt wird.

Alle anderen Leistungen aus dem Kapitel 31 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs bezahlen die Krankenkassen grundsätzlich außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung extrabudgetär mit einem Punktwert in Höhe von 3,5048 Cent. Abweichende Regelungen betreffen Leistungen im sogenannten Zentrumsvertrag und dem AOP-Vertrag.

Mehr Infos unter www.kvno.de [KW110310](#)

Häusliche Krankenpflege: Änderung der Richtlinie im Januar in Kraft getreten

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege überarbeitet. Die Überarbeitung erfolgte wegen notwendiger Klarstellungen und ergangener Gerichtsurteile. Die Regelungen sind bereits im Januar in Kraft getreten und betreffen folgende Punkte:

- Das Leistungsverzeichnis Verbände wurde neu gefasst. Jetzt ist das Anlegen oder Abnehmen eines Kompressionsverbandes und das An- oder Ausziehen von Kompressionsstrümpfen oder -strumpfhosen der Kompressionsklassen 2 bis 4 bei Patienten möglich zur Abheilung von Ulcera, zur Unterstützung des venösen Rückflusses, des Lymphabflusses bei Varikose, Thromboembolie, chronischer Veneninsuffizienz, Ödemen und von Narben/Verbrennungen.
- In der Leistungsbeschreibung zur Blutdruckmessung wurde der Klammerzusatz nach den Wörtern „bei Erst- und Neueinstellungen eines Hypertonus“ mit den Angaben „(\geq 160 mm Hg systolisch und / oder \leq 95 mm Hg diastolisch)“ gestrichen.
- In Paragraph 1 Abs. 2 Satz 4 (Einrichtung der Tages- und Nachtpflege) wurde nach den Wörtern „während ihres Aufenthaltes“ die Wörter „in teilstationären Einrichtungen der Tages- und Nachtpflege, wenn die Leistung aus medizinisch-pflegerischen Gründen während des Aufenthaltes in der Einrichtung der Tages- und Nachtpflege notwendig ist sowie“ eingefügt.

Die Richtlinie finden Sie unter www.kvno.de [KV110311](#)

Datenstelle hebt DMP-Dokumentationen länger auf

Die DMP-Datenstelle in Bamberg hebt Dokumentationsdaten der Disease-Management-Programme (DMP) aus den Jahren 2003 und 2004 bis Ende 2012 auf. Die Daten sind für Prüfungen im Zusammenhang mit dem Risiko-

strukturausgleich und für die Evaluation der Programme nötig. Die Verlängerung der Aufbewahrungsfrist hat das Bundesministerium für Gesundheit vorgegeben. Diese Änderung betrifft ausschließlich die Datenstelle; für Arztpraxen ändert sich nichts.

Muster 56 bleibt gültig

Der Vordruck für den Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport/Funktionstraining (Muster 56) bleibt weiter gültig. Das hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mitgeteilt. Die in der Februar-Ausgabe von KVNO aktuell angekündigte Erstausrüstung mit einem neuen Formular findet nicht statt.

BIG direkt kündigt Vertrag über die U10

Die BIG direkt gesund hat den Vertrag über die Kinder- und Jugendpsychiatrie U10 zum 31. März 2011 gekündigt. Praxen können die Symbolnummer 81102 für die U10 ab dem zweiten Quartal 2011 nicht mehr abrechnen.

Kontakt

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 neue Servicebroschüre erhalten Sie:

Bezirksstelle Köln

Ralf Coutelle

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



So schnell wie nie: Verordnungsdaten vom ZI

Das Angebot des KVNO-Portals wird ab Mai um weitere Auskünfte zu Arzneiverordnungsdaten erweitert werden. Damit erhalten Ärztinnen und Ärzte schneller als bislang eine Rückmeldung zu ihren Verordnungen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen verfügen seit 2010 über Arzneiverordnungsdaten ihrer Mitglieder. Sie werden zunächst bundesweit bei den Apothekenrechenzentren erworben und dann an die KVen verteilt. Das übernimmt eine Vertrauensstelle beim Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI). Die Verordnungen sind zu diesem Zeitpunkt noch ungeprüft, die Patientendaten sind pseudonymisiert.

Die KV Nordrhein nutzt diese Daten bisher in den Pharmakotherapie-Beratungen. „Wir bekommen die Verordnungsdaten circa acht Wochen nach Quartalsende. Mit diesen aktuellen Daten verbessern wir unser Angebot individueller Beratungen und hoffen, besonders neue Mitglieder stärker ansprechen zu können“, sagt Dr. Holger Neye, Leiter der Abteilung Pharmakotherapieberatung. Anfang des Jahres wurden 160 neu

niedergelassene Ärzte zu einer Beratung eingeladen. „Gerade neu Niedergelassene haben viele Fragen zur Verordnung von Arzneimitteln, so dass wir neben den Einführungsworkshops auch individuelle Beratungen anbieten“, so Neye.

Im nächsten Schritt sollen die Arzneimitteldaten als Frühinfo für alle Mitglieder zur Verfügung stehen. Die KV Nordrhein entwickelt diese Info zusammen mit dem ZI. „Wir freuen uns, die Arzneimittel-Frühinformation als Pilot-KV auf den Weg zu bringen, und gehen davon aus, die technischen Hürden zu meistern“, sagt Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Weitere acht KVen wollen die Berichte dann übernehmen.

Die Frühinformationen sollen ab Mai zunächst in Form von PDF-Dateien im KVNO-Portal bereitstehen. Sie werden die Arzneimittelverordnungen einer Praxis widerspiegeln und die bisherigen GAmSi-Berichte ablösen. Ein Vorteil: die Aktualität der Daten. In weiteren Ausbaustufen sollen die Praxen die Berichte individuell zusammenstellen können. Ferner ist geplant, Vergleiche beispielsweise innerhalb von Qualitätszirkeln anzubieten.

Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Anlage III der aktuellen Arzneimittel-Richtlinie geändert.

Glitazone können Ärztinnen und Ärzte nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnen. Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses tritt am 1. April 2011 in Kraft und betrifft nur noch Pioglitazon inklusive der Kombinationen (zum Beispiel Actos, Compact oder Tandemact). Rosiglitazon (zum Beispiel Avandia) ist seit November 2010 in Deutschland nicht mehr im Handel (wir berichteten).

Reboxetin: Ein weiterer Verordnungsaußchluss betrifft Reboxetin (Solvex, Edronax), das ebenfalls ab 1. April

2011 nicht mehr zu Lasten der GKV verordnet werden kann. Die Bewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ergab für Reboxetin keine Belege für einen Nutzen in der Behandlung von Patienten mit Depressionen im Vergleich zu Placebo. Und zwar sowohl in der Kurzzeitakuttherapie als auch in der Rückfallprävention. Demgegenüber gibt es einen Beleg für einen geringeren Nutzen von Reboxetin im Vergleich zu selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) für die Remission und die Response in der Kurzzeitakuttherapie.

Clopidogrel: In der Kombinationstherapie mit Acetylsalicylsäure (ASS) wurde die Arzneimittel-Richtlinie eben-

falls in Anlage III ergänzt. Somit ist Clopidogrel in der Kombinationstherapie nur bei Patienten mit akutem Koronarsyndrom ohne ST-Streckenhebung für insgesamt zwölf Monate und bei Patienten mit Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung, für die eine Thrombolyse in Frage kommt, während eines Behandlungszeitraums von bis zu 28 Tagen zu Lasten der Krankenkassen verordnungsfähig. Die Indikationen entsprechen der Zulassung von Clopidogrel.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mit der Richtlinie die Dauer der Behandlung für die Kombinationstherapie geregelt. Es wird in der Richtlinie darauf hin-

gewiesen, dass der Einsatz von Clopidogrel plus ASS bei Patienten mit STEMI, die im Rahmen einer PCI einen Stent bekommen, nicht geregelt ist. Hier handelt es sich formal um einen Off-Label-Einsatz, der jedoch Therapiestandard ist.

Antidiarrhoika: Die Verordnungsfähigkeit von Antidiarrhoika wurde erweitert, so dass nun auch Präparate mit E. Coli Stamm Nissle 1917 (zum Beispiel Mutaflor) bei Säuglingen und Kleinkindern zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen auf einem Kassenrezept verordnet werden können. Auch dieser Beschluss ist nicht beanstandet worden und tritt in Kürze in Kraft.

Fünf Präparate von der Me-too-Liste gestrichen

Fünf Präparate wurden von der Me-too-Liste gestrichen: Liserdol (Metergolin) und Kerlone (Betaxolol) wegen Patenablaufs, Almirid und Cripar (alpha-Dihydroergocryptin), weil die Alternativpräparate nicht mehr günstiger sind, und Resolor. Resolor ist zugelassen zur symptomatischen Behandlung chronischer Verstopfungen bei Frauen, bei denen Laxantia keine ausreichende Wirkung erzielen. Nach Auskunft der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entscheidet über die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen das Anwendungsgebiet und nicht der ATC-Code. Resolor gilt demnach als verschreibungspflichtiges Abführmit-

tel und kann für Erwachsene nur in den bekannten Ausnahmeindikationen verordnet werden: zur Behandlung von Erkrankungen im Zusammenhang mit Tumorleiden, Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, Mukoviszidose, neurogener Darmlähmung, diagnostischen Eingriffen, bei phosphatbindender Medikation, bei chronischer Niereninsuffizienz, bei der Opiat- und Opioidtherapie sowie in der Terminalphase. In diesen Ausnahmefällen kann Resolor bei Frauen verordnet werden, wenn eine chronische Verstopfung vorliegt und andere Abführmittel keinen Erfolg gezeigt haben. Darüber hinaus ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten.

Impfstoffe im Kühlschrank – Sind Sie versichert?

Impfstoffe für Standard- und Indikationsimpfungen nach der Schutzimpfungs-Richtlinie werden als Sprechstundenbedarf (SSB) verordnet und bis zur Anwendung am Patienten in der Praxis gelagert. Wenn der Impfstoff beispielsweise aufgrund eines defekten Kühlschranks verdirbt, muss er von der Praxis erstattet werden und kann

nicht erneut als SSB verordnet werden. Bitte überprüfen Sie, ob Ihre Versicherung einen Ausfall des Kühlschranks abdeckt und verdorbene Impfstoffe ersetzt. Aufgrund einzelner Rückmeldungen gehen wir davon aus, dass nicht alle Versicherer den Ersatz verdorbener Impfstoffe abdecken.

Korrektur: Hilfsmittel mit der 7 kennzeichnen

Der Beitrag über Hilfsmittel-Verordnungen in KVNO aktuell 1+2/2011 enthielt den Tipp, das Verordnungsfeld 7 per Hand anzukreuzen. Bitte sehen Sie davon ab. Die Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung verlangen „bei der Verordnung von Hilfsmitteln das Feld 7 durch Eintragen der Ziffer 7 zu kennzeichnen“. Da bei der automatischen Rezepterkennung die roten Umran-

dungen nicht gescannt werden, kann die „7“ als Zahl erkannt werden, auch wenn der Druck auf dem Rezeptformular leicht verschoben ist. Achten Sie auf einen kräftigen Rezeptdruck (Farbband) und stellen Sie keine Mischrezepte mit Arznei- und Hilfsmitteln aus. Dann sollten die Kosten der Hilfsmittel nicht in Ihrem Arzneimittelbudget landen.

20 Millionen Grüne Rezepte

Seit Anfang 2004 kooperieren die KV Nordrhein und der Apothekerverband Nordrhein bei der Bereitstellung von „Grünen Rezepten“ an die Praxen. Rund 2,5 Millionen dieser Rezepte jährlich stellen die niedergelassenen Ärzte in Nordrhein aus; Ende 2011 summiert sich dies auf 20 Millionen Rezepte.

Auf den Grünen Rezepten verordnen die niedergelassenen Ärzte seit 2004 nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Diese Präparate dürfen die gesetzlichen Kassen bei Erwachsenen nur noch in Ausnahmefällen bezahlen.

Bestandteil der Therapie

„Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind wichtiger Bestandteil einer wirksamen Therapie“, sagt Thomas Preis, Vorsitzender des Apothekerverbandes Nordrhein. Im Zuge der Kooperation mit der KV Nordrhein sei es über die Jahre hinweg gelungen, das Bewusstsein der Patienten dafür zu schärfen und mehr Ärzte zum Einsatz des Grünen Rezepts zu motivieren, so Preis.

Eine Vielzahl Arzneien müssen Versicherte also selbst bezahlen: von der entzündungshemmenden Salbe bis zum pflanzlichen Präparat gegen Schwindel und Gedächtnisprobleme. Fast alle pflanzlichen Mittel sind von dieser Vorgabe betroffen. Dabei zeichnen sich diese Präparate in der Regel durch gute Verträglichkeit aus.

Ein Grünes Rezept dient vor allem zwei Zielen:

- Es informiert den Patienten, dass die Anwendung des so verordneten Medikamentes zwar medizinisch sinnvoll ist, die Kosten jedoch nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden.
- Es dient als Merkhilfe für den Patienten bezüglich Name, Wirkstoff und Packungsgröße.

Die Patienten müssen die Kosten für das Produkt selber tragen. „Häufig sind die Präparate jedoch günstiger als eine Zuzahlung von fünf bis zehn Euro bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln“, erläutert Dr. Peter Pott Hoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein.

Ein weiterer Vorteil des Grünen Rezepts: Sollten Patienten ihre persönliche Belastungsgrenze überschritten haben, können sie das Grüne Rezept bei der Einkommenssteuererklärung als Quittung einreichen und somit eine außergewöhnliche Belastung nachweisen.

Das Grüne Rezept entwickelt haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung, der Deutsche Apothekerverband, der Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller und der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie. Die Gestaltung des Rezeptes orientiert sich an dem bekannten Rezeptvordruck (Muster 16), das den Versicherten bekannt ist – mit einem wesentlichen Unterschied: Es ist grün.

Arztpraxen im Rheinland erhalten die Grünen Rezepte kostenlos vom Formularversand der KV Nordrhein.

Tipps zum Absetzen von Arzneimitteln

Ältere Patienten nehmen häufig viele Arzneimittel ein – mehrere Erkrankungen und die Behandlung nach Leitlinien führen zur Multimedikation. Damit steigt die Gefahr von Wechselwirkungen und Nebenwirkungen. Arzneimittel abzusetzen kann das Risiko reduzieren – und entspricht auch häufig dem Wunsch der Patienten.

Eine Rangordnung der Symptom- und Prognose-besseren Medikation hilft bei der Entscheidung, welche Arzneimittel einerseits unverzichtbar sind oder andererseits abgesetzt werden können (wir berichteten). Eine Ausgabe des neuseeländischen Best Practice Journals greift das Thema Absetzen von Arzneimitteln bei älteren Patienten auf und gibt weitere Empfehlungen.

Welche Arzneimittel absetzen?

Schreiben Sie alle Medikamente auf, die ein Patient einnimmt (inklusive der OTC-Medikation) und priorisieren Sie die Präparate. Das ist ein Ansatz, Arzneimittel zum Absetzen auszuwählen. Bei Beginn einer Therapie sollten sie immer ein „Verfalldatum“ einplanen und die Therapie dann erneut prüfen. Dabei sollten Sie beachten:

- Besteht noch die ursprüngliche Indikation? Ist zum Beispiel der Protonenpumpeninhibitor (PPI) weiter nötig, auch wenn die Beschwerden oder die NSAID-Medikation nicht mehr bestehen?
- Ist die Medikation (noch) für ältere Patienten geeignet? Aktuell wird die Priscus-Liste mit potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen diskutiert (www.priscus.net).
- Wie lange nimmt der Patient die Arzneimittel schon? Mittel wie Heparine oder Clopidogrel verordnen Ärzte nur für einen begrenzten Zeitraum.
- Nimmt der Patient die Arzneimittel überhaupt? Wenn Patienten Arzneimittel nicht einnehmen, dies im Gespräch auch angeben und keine Beschwerden haben, kann die Verordnung unterbleiben.
- Wird eine neue Erkrankung behandelt oder die Nebenwirkung einer bestehenden Medikation? Die Kombination von bestimmten Antidepressiva zum Beispiel kann zu behandlungsbedürftigen Neben-

wirkungen führen (Serotoninsyndrom). Dosisreduktion oder Absetzen wäre die bessere Alternative.

Wie aufhören?

Das Absetzen von Arzneimitteln sollte ein vierstufiger Prozess sein:

1. Wählen Sie das Arzneimittel zum Absetzen.
2. Setzen Sie immer nur ein Arzneimittel auf einmal ab. Wenn Arzneimittel einzeln abgesetzt werden, ist es einfacher zu beurteilen, ob neue Beschwerden mit dem Absetzen zu tun haben.
3. Entscheiden Sie, ob das Medikament ausgeschlichen werden muss. Mittel wie Betablocker, Benzodiazepine oder auch PPI können beim Absetzen zu einem Rebound führen. Die Präparate sollten Sie schrittweise in der Dosis reduzieren. Besonders nach langem Benzodiazepin-Gebrauch kann das Ausschleichen Monate dauern.
4. Kontrollieren Sie die Vor- und Nachteile, wenn Arzneimittel abgesetzt wurden. Bei der Reduktion oder dem Absetzen eines Arzneimittels sollte der Patient auf neue Symptome (auch positive!) achten. Das kann seine Entscheidung stärken, das Arzneimittel abzusetzen.

Unter www.bpac.org.nz finden Sie den Originalartikel im Best Practice Journal [W110315](#)

Pharmakotherapie- und Hilfsmittelberatung

Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail pharma@kvno.de

Hilfsmittelberatung

Telefon 0211 5970 8070

Telefax 0211 5970 8287

E-Mail patricia.shadiakhy@kvno.de

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396

Telefax 0211 5970 9396

E-Mail margit.karls@kvno.de

Gute Versorgung garantiert

Immer mehr Leistungen erbringen Praxen qualitätsgesichert. Trotz unterdurchschnittlicher Bezahlung leisten die rheinischen Ärzte Spitzenmedizin. Das zeigt der neue Qualitätsbericht.

Nach dem jüngst vorgelegten Bericht über die Disease-Management-Programme im Rheinland (wir berichteten), hat die KV Nordrhein nun auch den neuen Qualitätsbericht vorgelegt. Im Zentrum des Berichtes stehen die genehmigungspflichtigen Leistungen.

Qualität sichtbar machen

„Wir machen Qualität transparent“, erklärt Dr. Peter Pott hoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, „für Bürgerinnen und Bürger, Krankenkassen oder das Landesgesundheitsministerium.“ Vor allem die Patienten könnten sich darauf verlassen, dass die Hygienebedingungen in der Arztpraxis einwandfrei sind, Ultraschallgeräte den erforderlichen Qualitätsstandards entsprechen und Ärzte die aktuellen medizinischen Entwicklungen kennen. „Denn all dies und noch viel mehr prüfen wir in der Qualitätssicherung“, so Pott hoff.

Immer mehr Leistungen können Praxen nur dann anbieten, wenn sie eine Genehmigung von der Kassenärztlichen Vereinigung erhalten haben. Anfang der 90er Jahre gab es gerade einmal zehn Leistungen, die genehmigungspflichtig waren. Inzwischen sind es über 45 Bereiche, in denen eine Praxis eine Leistung nur dann erbringen kann, wenn die KV Nordrhein die Qualifikation geprüft hat. Darunter zum Beispiel Akupunktur, Koloskopie oder Ultraschall.

Nur wer's kann, kommt durch

Der aktuelle Bericht bezieht sich auf die Leistungen aus den vertragsärztlichen Genehmigungsbereichen des Jahres

2009. Die Gesamtzahl der Genehmigungen beläuft sich auf 84.812, eine Steigerung von gut 11.000 Genehmigungen gegenüber dem Vorjahr. Dass die Prüfungen mehr sind als ein reines Durchwinken, zeigt die Zahl der Ablehnungen und Widerrufe: Allein im Jahr 2009 hat die KV Nordrhein 1.352 Anträge abgelehnt und 375 Genehmigungen widerrufen.

In Diagnose und Therapie entwickelt sich die ambulante Versorgung weiter – und damit auch die Qualitätssicherung. So soll die Gastroskopie unter Genehmigungsvorbehalt gestellt und die Kapsel-Endoskopie als neue Leistung mit Qualitätssicherungsvereinbarung eingeführt werden. Zudem hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung angekündigt, die Qualitätsbeurteilungsrichtlinie Radiologie anzupassen.

Wichtige Genehmigungsbereiche

Bereich	Anzahl der Teilnehmer	Genehmigungen 2009
Ambulantes Operieren	3395	261
DMP-Asthma bronchiale	4651	369
Psychosomatische Grundversorgung und übende Verfahren	7079	797
Ultraschall	8577	2355
Ultraschalldiagnostik der Säuglingshüfte	1078	52

„Auf die Qualität können wir stolz sein“

Mit der Qualität der ambulanten Versorgung kennt er sich aus wie kein Zweiter. Und er ist mir ihr hochzufrieden. Dr. Rupert Pfandzelter ist als Dezernent bei der Kassennärztlichen Bundesvereinigung für die ambulante Qualitätssicherung und -darstellung verantwortlich.

Wie beurteilen Sie die Qualität in den deutschen Praxen? Müssen wir uns im internationalen Vergleich verstecken?

Ganz im Gegenteil! Internationale Untersuchungen zeigen, dass das deutsche Gesundheitssystem zu den leistungsfähigsten der Welt gehört. Das zeigte zuletzt beispielsweise der Euro-Canada Health Consumer Index 2010.

Besser geht's also nicht?

Doch, natürlich. Es gibt immer etwas zu verbessern. Das ist doch selbstverständlich, und indem wir die Qualitätssicherungsvereinbarungen und -richtlinien fortlaufend anpassen, tragen wir dem ja auch Rechnung. Aber in dem zitierten Bericht wurden 33 europäische Länder und Kanada in fünf Kategorien verglichen: Patientenrechte, Wartezeiten, Behandlungsergebnisse, Umfang der Versorgung und Zugang zu Medikamenten. In vier dieser Kategorien liegt Deutschland auf den ersten Plätzen. Darauf können wir doch stolz sein!

Was halten sie von dem Vergleich: Mercedes zahlen, VW fahren?

Ich halte nichts von populistischen Slogans. Aber, um im Bilde zu bleiben: „VW... und läuft und läuft und läuft“. Ich glaube dieser Werbeslogan wurde auch prämiert.

Aber ganz im Ernst: Wenn wir hier über die Honorierung der ärztlichen Tätigkeit sprechen, dann rate ich Kritikern der ambulanten Versorgung einmal zu einem Blick in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab. Nehmen Sie zum Beispiel die Spiegelung der Speiseröhre, die Ösophagoskopie: Hierfür bekommt der Hals-Nasen-Ohren-Arzt etwa 30 Euro erstattet. Da habe ich vor kurzem für eine 10-minütige Reparatur meiner Waschmaschine deutlich mehr bezahlt.

Was ändert sich in der Qualitätssicherung?

Medizinische Leistungen werden sowohl ambulant als auch stationär erbracht – viele auch in beiden Sektoren gleichermaßen, wie zum Beispiel die Arthroskopie. Da drängt sich natürlich die Frage auf, wieso nur der ambulant tätige Arzt spezielle Qualitätssicherungsvereinbarungen und -richtlinien beachten muss. Das Problem ist in den vergangenen Jahren mehr und mehr in den Fokus gerückt, und mit Beschluss einer Rahmenrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses wurden nun die Grundlagen für sektorenübergreifend geltende Qualitätssicherungsverfahren geschaffen.



Dr. Rupert Pfandzelter: In Zukunft kommt es mehr auf die Ergebnisqualität an.

Für welche Bereiche sollen die sektorenübergreifenden Regeln gelten?

Als einer der ersten Bereiche sollen Regelungen für Herzkatheteruntersuchungen geschaffen werden. Für die gibt es im ambulanten Bereich seit 1999 verbindliche Vorgaben. Weitere geplante Themen sind Konisationen, Kataraktoperationen und die Behandlung des Kolonkarzinoms. Zu begrüßen ist dabei, dass der Gesetzgeber die sektorenübergreifende Qualitätssicherung primär am Behandlungsergebnis ausrichten will und weniger an Vorgaben an die Strukturqualität – wie das bisher überwiegend der Fall war. Wir brauchen aussagekräftige, am Behandlungsergebnis orientierte Kennzahlen, eine Minimierung des erforderlichen bürokratischen Aufwands und verständliche Rückmeldungen an den Arzt.

Hohe Anforderungen an die spiegelnden Lebensretter

Darmkrebs ist in Deutschland die zweithäufigste Krebstodesursache; jährlich erkranken über 73.000 Menschen daran, 26.000 sterben. Seit Oktober 2002 können Männer und Frauen zwischen 55 und 74 Jahren eine präventive Darmspiegelung durchführen lassen. Die Anforderungen an koloskopierende Ärzte sind hoch.

Zeitgleich mit der Vorsorge-Koloskopie wurde eine umfassende Qualitätssicherung für die Durchführung auch von kurativen Darmspiegelungen in der vertragsärztlichen Versorgung verankert. Die Vereinbarung schreibt die Qualifikationen des Arztes vor und macht Vorgaben zu räumlichen und apparativen Voraussetzungen. In Nordrhein besitzen rund 240 Ärzte die Genehmigung zur Durchführung der kurativen und präventiven Koloskopie.

Mindestens 200 Spiegelungen jährlich

Zentraler Punkt der Qualitätssicherungs-Vereinbarung ist eine Frequenzregelung. Danach kann ein Arzt nur dann

Spiegelungen abrechnen, wenn er innerhalb eines Jahres mindestens 200 totale Koloskopien und Polypektomien nachweist.

Für die Koloskopiegeräte steht regelmäßig eine Hygieneprüfung an, die ein anerkanntes Institut durchführt. Zudem prüft das Institut zweimal jährlich die hygienisch-mikrobiologische Aufbereitung der Koloskope. Die Koloskopie-Kommissionen der KV Nordrhein prüfen zudem per Stichproben die Untersuchungsqualität anhand von Bildokumentationen und histologischen Befunden.

Polypen bei einem Drittel der Patienten

„Bei den Früherkennungs-Koloskopien stellen wir bei mehr als jedem dritten Patienten Polypen oder Adenome fest und entfernen sie“, sagt Dr. Arno Theilmeier, Vorsitzender des Berufsverbandes niedergelassener Gastroenterologen in Nordrhein. Wegen der langsamen Entwicklung und oft vollständig heilbaren Vorstufen sind die Möglichkeiten der Verhütung und Früherkennung für Darmkrebs erheblich besser als bei anderen Krebsarten.

Im Jahr 2009 führten Gastroenterologen mit entsprechender Genehmigung in Nordrhein nach Angaben des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) 49.726 Früherkennungs-Koloskopie durch. Davon 26.649 bei Frauen und 23.077 bei Männern. Die Ärzte entdeckten 16.159 Polypen und darunter 11.119 Adenome unterschiedlicher Größen bei den Früherkennungs-Koloskopien. „Die bei der Vorsorge festgestellten Karzinome sind in über 70 Prozent



Über 16.000 Polypen und Adenome entdeckten koloskopierende Ärzte in Nordrhein im Jahr 2009.

in Frühstadien und mit einer großen Wahrscheinlichkeit heilbar“, so Theilmeier. Wegen der langsamen Entwicklung und der Möglichkeit, Krebsvorstufen zu entfernen, werde die Entstehung eines Tumors verhindert.

Risikofaktor Mann

Insgesamt wurden 3.237 „fortgeschrittene Adenome“ diagnostiziert, davon 1.889 bei den männlichen und 1.348 bei den weiblichen Patienten. „Fortgeschrittene Adenome treten bei Männern rund 1,7 Mal häufiger auf als bei Frauen“, berichtet Theilmeier.

Eine Autorengruppe um den Epidemiologen Prof. Hermann Brenner vom Deutschen Krebsforschungsinstitut Heidelberg schätzt, dass in der Gruppe der Personen, die bundesweit bis 2010 an einer Früherkennungs-Koloskopie teilgenommen haben, über die nächsten Jahre rund

98.500 Darmkrebsfälle verhütet und rund 47.000 Darmkrebskrankungen frühzeitig erkannt werden.

Als Bilanz nach acht Jahren Früherkennungs-Koloskopie kommt die Autorengruppe zu dem Ergebnis, dass die präventive Koloskopie einen bedeutenden Beitrag zur Verhütung und Früherkennung kolorektaler Karzinome leistet. Die Teilnahmequote ist mit 18,5 Prozent der berechtigten Männer und Frauen allerdings zu gering. Ein Einladungssystem für die Versicherten könnte die Raten erhöhen und Krebskrankungsfälle in der Zukunft verhindern helfen.

**1000
MUTIGE
MÄNNER**
für Mönchengladbach

Kommunikationspreis für Koloskopie-Kampagne

Männer gelten als Muffel, wenn es um die Vorsorge geht. Das gilt auch für die Darmkrebsprävention. Mit Plakaten und Flyern, mit einer eigenen Homepage und Briefen an die Zielgruppe sprachen die Krebsgesellschaft NRW und die Barmer GEK ab März 2010 die Mönchengladbacher Männer an. Das Ziel: mindestens 1.000 Männer motivieren, zur Vorsorgekoloskopie zu gehen.

„Wir machen die Darmkrebsprävention zum Stadtthema“, sagte Dr. Arno Theilmeier, Gastroenterologe und Sprecher der Kreisstelle Mönchengladbach der KV Nordrhein, anlässlich des Kampagnenstarts. Damit hat er Recht behalten. Städtische Einrichtungen, Vereine und Unternehmen unterstützten das Vorhaben.

Im März 2010 war das Ziel erreicht. Die gastroenterologische Praxis Hörster, Asdonk und Heinen in Mönchengladbach-Rheydt begrüßte mit Rolf Hoffmann den tausendsten mutigen Mann. Der zeigte sich nach der Untersuchung – inklusive Entfernung von Polypen – erleichtert. „Wenn man es endlich hinter sich gebracht hat und weiß, dass jetzt alles in Ordnung

ist, dann ist dies schon ein gutes Gefühl.“

Rundum zufrieden sind auch die Initiatoren der Kampagne. Vor allem wegen der hohen Zahl der Männer, die sich für die Vorsorge-Spiegelung entschieden haben. Freuen dürfen sie sich aber auch über zwei Preise: Bereits im November erhielt die Initiative den Kommunikationspreis der Deutschen Krebsgesellschaft. Jetzt kam eine weitere Auszeichnung hinzu: Die Kampagne zählt zu den Preisträgern im Wettbewerb „365 Orte im Land der Ideen“. Unter der Schirmherrschaft von Bundespräsident Christian Wulff werden darin jährlich die besten Ideen und Projekte prämiert, die zur Zukunftsfähigkeit Deutschlands beitragen.

Birgit Fischer, Vorstandsvorsitzende der Barmer GEK: „Der erfolgreiche Verlauf zeigt, wie wichtig es ist, in der Prävention gemeinsam mit Ärzten, Patienten und Angehörigen an einem Strang zu ziehen. Wir werden das Projekt deshalb als Blaupause für weitere Kampagnen in anderen Städten bundesweit nutzen.“

Mehr Infos unter www.mutige-maenner.de

Bund und Länder beraten über Versorgungsgesetz

Stand das vergangene Jahr ganz im Zeichen einer (vorläufigen) Sanierung der GKV-Finzen, so plant die Bundesregierung für 2011 eine echte Strukturreform. Der Arbeitstitel „Versorgungsgesetz“ lässt die Zielrichtung der Gesundheitspolitik erahnen, noch ehe die ersten Gesetzentwürfe bekannt sind.

Schon jetzt ist klar: Die beiden Themen mit der größten medialen Aufmerksamkeit – Sanktionen gegen Ärzte, die keine zeitnahen Termine vergeben und ein Verbot von Vier-Bett-Zimmern im Krankenhaus – werden im geplanten Gesetz keine Rolle spielen.

Versorgung sektorübergreifend planen

Derweil ist die inhaltliche Diskussion um das Versorgungsgesetz längst im Gange. Schon im vergangenen Jahr hat die Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) ihre Vorstellungen präsentiert. Das Hauptanliegen der Länder: Eine sektorübergreifende Versorgungsplanung, in der die jeweilige Landesregierung maßgeblich mitentscheidet.



Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler

Ende Januar hat die CDU/CSU-Fraktion mit einem 14-Punkte-Programm nachgezogen und sich der Position der Länder in etwa angeschlossen. Zumindest in Sachen Bedarfsplanung.

Wiederum vier Wochen später, Ende Februar, schaltet sich das Bundesgesundheitsministerium ein. Das Positionspapier aus dem Hause Philipp Röslers setzt eigene Akzente – zum Teil durchaus im Widerspruch zur CDU/CSU. Bis zum Sommer werden sich die beiden Koalitionspartner sowie die Länder auf Positionen verständigen müssen, die sowohl im Bundestag als auch im Bundesrat mehrheitsfähig sind.

Wer sitzt im Versorgungsausschuss?

Besonders strittig sind derzeit die von den Ländern und der Union gewünschten Versorgungsausschüsse, die künftig je KV-Bezirk für eine sektorübergreifende Bedarfsplanung zuständig sein sollen. Neben den als Teilnehmer gesetzten Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen sollen dort die Krankenhausgesellschaft, die Ärztekammern, das Land sowie – allerdings ohne Stimmrecht – Kommunen und Patienten beraten und entscheiden.

Das neue Gremium soll nach dem Willen der CDU/CSU-Fraktion zu einer bedarfsgerechten Versorgungssteuerung beitragen, die sich an der demographischen Entwicklung einer Region und der sich daraus ergebenden Verände-

rung des Morbiditätsspektrums orientiert. Gleichzeitig soll der Ausschuss die Möglichkeit erhalten, Planungsbezirke kleinräumiger zu gestalten.

Im Gesundheitsministerium wird der Wunsch nach derart breit aufgestellten Gremien nicht geteilt. Offenbar fürchtet die Spitze des Hauses, dass ein solches Szenario die künftige Bedarfsplanung überfrachten könnte. Das Ministerium hält es für ausreichend, die Länder an den bereits bestehenden Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen zu beteiligen und ihnen ein Beauftragungsrecht für deren Beschlüsse einzuräumen. So

oder so, eine Neuordnung der Bedarfsplanung ist kaum denkbar ohne die Klarstellung, inwieweit es auch künftig einen Sicherstellungsauftrag gibt. Und wer dafür die Verantwortung trägt.

Ebenso wird die Politik einen Ordnungsrahmen schaffen müssen, um das unproduktive Neben- und Gegeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen zu beenden. War ein solcher Vorsatz in der Erstfassung des CDU/CSU-Papiers noch enthalten, fehlte er in der Folgeversion. Als dringliches „To do“ dürfte dieses Thema jedoch unverändert auf der gesundheitspolitischen Agenda stehen.

Das Positionspapier des BMG

Mitte Februar stellte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) sein Positionspapier vor. Es ist die erste Blaupause für das Versorgungsgesetz. Wichtige Punkte im Überblick:

- Die Bedarfsplanung hat sich nicht mehr an starren Verhältniszahlen, sondern an demographischen und lokalen Erfordernissen zu orientieren.
- Krankenhausärzte, die an der ambulanten Versorgung teilnehmen, werden in die Bedarfsplanung einbezogen.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erhalten mehr Möglichkeiten, Zulassungen in überversorgten Regionen zu erwerben.
- Die Auswahl eines Praxismachfolgers durch den Zulassungsausschuss hat sich künftig auch an Versorgungsaspekten zu orientieren. So könnten zum Beispiel künftig Kandidaten bevorzugt werden, die auch in benachbarten unterversorgten Regionen tätig sind.
- In unterversorgten Regionen können Praxen von Budgetierungen oder Abstaffelungen befreit werden. Ebenso sind dort Preiszuschläge für förderungswürdige Leistungen möglich.
- Auf differenzierte Punktwerte für Über- bzw. Unterversorgung wird endgültig verzichtet.
- KVen dürfen Eigeneinrichtungen in unterversorgten Regionen betreiben. Ebenso können dort Krankenhäuser für die ambulant-ärztliche Tätigkeit ermächtigt werden.
- Die Pflicht von Vertragsärzten, am Praxisort zu wohnen (Residenzpflicht), wird gelockert.
- Durch längere Zeiträume für Vertretungen oder die Anstellung von Entlastungsassistenten wird die Vereinbarkeit von vertragsärztlicher Tätigkeit und Familie verbessert.
- Mehr Medizin-Studienplätze. Die Abiturnote verliert an Bedeutung bei der Zulassung zum Studium. Für Bewerber, die sich für eine spätere Tätigkeit „auf dem Land“ verpflichten, wird ein gesondertes Studienplatz-Kontingent reserviert.
- Zusätzliche Instrumente fördern die Aus- und Weiterbildung von Allgemeinmedizinerinnen.
- Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können nur als Personengesellschaft oder GmbH gegründet werden. Die Rechtsform der Aktiengesellschaft wird ausgeschlossen. Das soll nicht für Bestandsspraxen gelten.
- Der ärztliche Leiter eines MVZ muss selbst dort tätig sein. Die Geschäftsanteile des MVZ müssen mehrheitlich in ärztlicher Hand liegen.
- Die Verlegung eines Arztsitzes in ein MVZ kann nur genehmigt werden, wenn dadurch die Versorgung am bisherigen Standort nicht gefährdet wird.

Medizinische Versorgung wohnungsloser Menschen

Die KV Nordrhein schloss bereits Mitte der 90er Jahre mit der Stadt Köln die erste Vereinbarung zur medizinischen Versorgung Wohnungsloser. Dieses Modell stand Pate für ein bundesweit einmaliges Finanzierungskonzept, das die KVen, die Krankenkassen und die Kommunen in NRW seit 2006 gemeinsam tragen. Daran gibt es nun ein paar Modifikationen.

In NRW leben schätzungsweise 29.000 alleinstehende Wohnungslose, davon 3.900 ohne jegliche Unterkunft. Nur wenige von ihnen suchen medizinische Hilfe in der „Normalversorgung“. Die Hemmschwelle ist hoch, die Einschätzung bedrohlicher Krankheitssymptome verzerrt. Die Folgen: verschleppte Behandlungen, lebensbedrohliche Krankheitsverläufe und eine niedrige Lebenserwartung.

Sechs NRW-Städte nehmen bislang teil

Die Landesgesundheitskonferenz bemüht sich seit langem um stabile Strukturen für eine möglichst flächendeckende Versorgung Wohnungsloser. Im Jahr 2006 wurde eine Rahmenvereinbarung zur Gründung mobiler medizinischer Dienste für Städte mit mindestens 100.000

Einwohnern und Kreise mit vergleichbarer Problemlage geschlossen. Dies gelang in Bielefeld, Dortmund, Essen, Hagen, Köln und Münster.

Die jetzt vorliegende Evaluation belegt, dass 90 Prozent derjenigen, die medizinische Hilfe bei den mobilen Diensten suchten, keinen Kontakt mehr zu niedergelassenen Ärzten hatten. Seit Abschluss der Rahmenvereinbarung wurden 5.276 Patienten behandelt, daraus ergeben sich 35.246 Kontakte (pro Patient durchschnittlich 6,7). Nach oftmals lan-

gen Anlaufphasen gelang es den Ärztinnen und Ärzten gemeinsam mit Pflegerinnen und Pflegern, Kontakte zu verstetigen, Vertrauen aufzubauen und zum Beispiel in Köln als „Hausarzt der Wohnungslosen“ akzeptiert zu werden. Die Reintegration in die medizinische Regelversorgung gelang nur in wenigen Fällen. Die Zielgruppen wurden aber besser erreicht, sodass das Konzept grundsätzlich zu einer Stabilisierung der mobilen Dienste führte.

Neue Elemente der Vereinbarung

Um künftig mehr Kommunen für das Konzept zu gewinnen, wurden im Gesundheitsministerium unter Beteiligung der KVen Vorschläge zur Flexibilisierung der Zugangsvoraussetzungen entwickelt. Die neue Rahmenvereinbarung ermöglicht unter anderem:

- Verbundlösungen zwischen zwei oder mehreren Gebietskörperschaften,
- eine Unterschreitung der bislang pro Quartal und Teammitglied zugrunde gelegten 110 Behandlungsfälle und
- den Einsatz ehrenamtlich Tätiger, unter Umständen in Verbindung mit einem niedrigeren Finanzierungsanteil der Kommune.

Das novellierte Konzept wurde am 23. Februar 2011 in Anwesenheit zahlreicher Vertreter der Kommunen vorgestellt. Staatssekretärin Marlis Bredehorst würdigte es als „gutes Ergebnis der Kooperation der in der gesundheitlichen Versorgung verantwortlichen Partnerinnen und Partner in Nordrhein-Westfalen“.

Mehr Infos zum Procedere bei der Umsetzung des Konzeptes finden Sie unter www.kvno.de [KV110322](#)



In NRW gibt es 3.900 Menschen ohne Unterkunft.

Weiterbündungsverbund im Kreis Viersen gestartet

Niedergelassene Ärzte und Kliniken wollen mit einem Verbund im Kreis Viersen die Weiterbildung von Allgemeinärzten verbessern. Er soll die hausärztliche Versorgung stärken.

Am 16. Februar fand die feierliche Übergabe der Urkunde für den Weiterbündungsverbund in der Kinderklinik des Allgemeinen Krankenhauses Viersen statt. Auf eine Initiative der Kreisstellen der KV und der Ärztekammer Nordrhein haben niedergelassene Ärzte und Kliniken den Weiterbündungsverbund Kreis Viersen ins Leben gerufen.

23 Praxen und vier Kliniken

Ein Jahr lang hat eine Arbeitsgruppe aus niedergelassenen Ärzten und Klinikärzten aus der Region an dem Konzept gefeilt. Zum Start nehmen vier Krankenhäuser und 23 Praxen an dem Verbund teil. „Wir wollen mit unserem Engagement die Versorgung mit Hausärzten langfristig sichern“, sagt Günter Weissweiler, stellvertretender Vorsitzender der Kreisstelle Viersen der KV Nordrhein. Denn in vielen Gemeinden und Städten in den Regierungsbezirken Köln und Düsseldorf drohe in den kommenden Jahren ein Mangel an Hausärzten.

So verpflichten sich die Partner im hausärztlichen Weiterbündungsverbund zu einem gemeinsamen, verbindlichen Curriculum über die gesamten fünf Jahre der Weiterbündungszeit. Damit gewinnen Ärzte in Weiterbildung Planungssicherheit.

Umziehen unnötig
Feste Ansprechpartner und eine über alle Ab-

schnitte gesicherte Vergütung sind weitere Aspekte, die für die Weiterbildung zum Hausarzt im Kreis Viersen sprechen. Durch das Weiterbündungsangebot in einer Region entfällt auch der sonst häufige Wohnortwechsel – ein weiterer Vorteil für angehende Allgemeinmediziner in der Verbundweiterbildung.

Hintergrund: Nach den Zahlen des Bundesarztregisters sind etwa 20 Prozent der niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzte über 60 Jahre alt. In Nordrhein müssten bei circa 6.000 hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten jährlich 200 neue nachrücken, um diese Lücke zu schließen. Derzeit liegt die Zahl lediglich bei 100 Ärztinnen und Ärzten pro Jahr. „Umso wichtiger sind nachhaltige Programme wie die hausärztlichen Weiterbündungsverbünde, die in vielen Orten und Regionen Nordrheins entstehen“, sagt Weissweiler.

Eine Übersicht der teilnehmenden Kliniken und Praxen am hausärztlichen Weiterbündungsverbund im Kreis Viersen und 18 weiterer Verbünde finden Sie unter www.aekno.de [KV110323](#)



Übergabe der Urkunde an die Teilnehmer des Weiterbündungsverbundes in Viersen.

Die neue Zuschlagsregelung für Kooperationen

Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erhalten künftig nur dann einen Zuschlag auf ihr Regelleistungsvolumen, wenn sie einen größeren Teil der Patienten gemeinsam behandeln.

Bislang erhalten kooperierende Ärzte einen Zuschlag von fünf Prozent je beteiligter Arztgruppe auf das Regelleistungsvolumen; fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Praxen mit angestellten Ärzten erhalten zehn Prozent. Ab 1. Juli entscheidet der sogenannte Kooperationsgrad, also die Anzahl der gemeinsam behandelten Fälle, über den Zuschlag. Dabei unterscheidet der Bewertungsausschuss, der die Regelung gemacht hat, drei Konstellationen.

1. Fach- und schwerpunktübergreifende BAG und Praxen mit angestellten Ärzten

Je mehr Patienten die Ärzte einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder eines MVZ gemeinsam behandeln, desto höher ist der Kooperationsgrad. Sie können künftig einen Aufschlag auf das RLV von bis zu 40 Prozent erzielen. Bislang war dieser maximale Zuschlag nur möglich, wenn Ärzte mit zehn unterschiedlichen Fachgruppen oder Schwerpunkten in der Praxis arbeiteten.

Nun ist auch hier der Kooperationsgrad für den Zuschlag entscheidend. Wenn Ärzte mit unterschiedlichen Gebieten oder Schwerpunkten in einer Praxis mindestens 40 Prozent der Patienten gemeinsam versorgen, erhöht die KV das RLV um 40 Prozent. Die KV Nordrhein ermittelt die gemeinsam behandelten Patienten aus der Abrechnung des

Kooperationsgrad (in Prozent)	RLV-Zuschlag (in Prozent)
unter 10	0
10 bis unter 15	10
15 bis unter 20	15
20 bis unter 25	20
25 bis unter 30	25
30 bis unter 35	30
35 bis unter 40	35
40 und mehr	40

jeweiligen Vorjahresquartals. Als Grundlage der Berechnung dienen nur die für das RLV relevanten Abrechnungsfälle. Ein Beispiel: Die Praxis rechnete im Vorjahresquartal 1500 Behandlungsfälle ab. In dieser Abrechnung sind 1800 Arztfälle enthalten. Das heißt, die Ärzte haben 300 Fälle oder ein Fünftel der Patienten gemeinsam behandelt. Der Kooperationsgrad liegt also bei 20 Prozent. Die Praxis erhält folglich einen Aufschlag von 20 Prozent auf das RLV.

Die KV Nordrhein berechnet den Kooperationsgrad mittels folgender Formel: $1800 \text{ Arztfälle} : 1500 \text{ Behandlungsfälle} = 1,2 - 1 = 0,2 \times 100 = 20$.

2. Standortübergreifende fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten

Das RLV steigt um zehn Prozent, wenn ein Kooperationsgrad von mindestens zehn Prozent besteht. Das heißt, die standortübergreifenden Kooperationen erhalten den Aufschlag, wenn die Ärzte jeden zehnten Patienten gemeinsam behandeln.

3. Nicht standortübergreifende fach- und schwerpunktgleiche Praxen

Sie sind von der Änderung nicht betroffen. Der RLV-Zuschlag in Höhe von zehn Prozent bleibt unverändert und ist unabhängig vom Kooperationsgrad.

Auch junge Kooperationen können von dem Zuschlag profitieren. Die KV kann sich bei der Berechnung des Kooperationszuschlags bei Neugründungen oder Änderungen in der Konstellation nicht auf das jeweilige Vorjahresquartal beziehen. In diesen Fällen möchte die KV Nordrhein das aktuelle Quartal zu Grunde legen. Der Regelung müssen die Krankenkassen aber noch zustimmen.

Tag der Niedergelassenen



Das Forum für Vertragsärzte und -psychotherapeuten
beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit



Die KBV und Ihre KV laden Sie ein zum
Tag der Niedergelassenen am 13. Mai 2011 in das Berliner ICC.

11 Uhr KBV kontrovers extra: Die Praxis der Zukunft – Vernetzt auf allen Ebenen?
Politische Diskussionsrunde mit dem Vorstand der KBV

Alle Informationen finden Sie unter www.tag-der-niedergelassenen.de.

Info-Markt der KVen + Politische Diskussion + Speakers' Corner, täglich 13.00–14.00 Uhr

Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

Ja, wir nehmen teil. Teilnehmerzahl

9.00–10.30 Uhr	Der Weg zur papierlosen Praxis: KV-Online-Powern	<input type="checkbox"/>
9.00–10.30 Uhr	Palliativversorgung in der ambulanten Medizin	<input type="checkbox"/>
9.00–10.30 Uhr	Achtung, Keime: MRSA in der ambulanten Versorgung	<input type="checkbox"/>
14.00–15.45 Uhr	QM – und wie geht es Ihrer Praxis?	<input type="checkbox"/>
14.00–15.45 Uhr	Richtig kodieren – Tipps für die Praxis	<input type="checkbox"/>
16.15–18.00 Uhr	Die CME-Fortbildungsangebote des Deutschen Ärzte-Verlags	<input type="checkbox"/>
16.15–18.00 Uhr	Modernes Investitionsmanagement für die Praxis	<input type="checkbox"/>

Freier Eintritt zum Tag der Niedergelassenen für Vertragsärzte, -psychotherapeuten und Praxispersonal sowie für Medizinstudenten und PJ-ler. Melden Sie sich bis zum 6. Mai 2011 hier an:

Vor- und Nachname:

Arztnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Faxanmeldung an 030/498550-30
oder online über www.hauptstadtkongress.de/tdn

Veranstalter:  WISO S.E. Consulting GmbH

6 Fortbildungspunkte für
die Teilnahme am Tag der
Niedergelassenen
13. Mai 2011, ICC Berlin



Hauptstadtkongress 2011
Medizin und Gesundheit

11. bis 13. Mai 2011
im ICC Berlin

Für welche extrabudgetären Leistungen gilt die Wachstumsbegrenzung?

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im Februar standen viele Fragen zur Abrechnung von übermittelten Befunden, zur Online-Abrechnung und zu Heilmittelverordnungen im Mittelpunkt. Hauptthema war die Begrenzung des Wachstums extrabudgetärer Leistungen.

Findet die Ausgabenbegrenzung 2011 der extrabudgetären Leistungen je Fachgruppe oder für die einzelne Praxis statt?

Das vereinbarte Ausgabenvolumen steht allen Praxen und Ärzten, die diese Leistungen abrechnen, maximal bis zur Obergrenze zur Verfügung. Wenn diese Obergrenze überschritten wird, kann es zu einer Quotierung der Vergütung kommen. Mit anderen Worten: Die Ausgabenbe-

grenzung der extrabudgetären Leistungen ist nicht auf die Praxis oder auf den einzelnen Arzt bezogen, sondern auf den jeweiligen Leistungsbereich.

Welche Leistungen sind von der Ausgabenbegrenzung betroffen?

Die Begrenzung des Wachstums extrabudgetärer Leistungen betrifft folgende Leistungsbereiche:


- Disease-Management Programme
- Wegegeld und Wegepauschale
- ambulante Operationen
- kurative Vakuumstanzbiopsie
- sozialpsychiatrische Auffangkonzeption
- belegärztliche Leistungen nach Kapitel 36 des EBM
- systematische fibrinolytische Therapie arterieller oder venöser Thrombosen bei belegärztlicher Behandlung (EBM-Nr. 13311)
- Radiojodtherapie (EBM-Nr. 17370)
- Leistungen der Geburtshilfe nach Abschnitt 8.4
- Leistungen der künstlichen Befruchtung
- Leistungen der Substitutionsbehandlung (Ausnahme: diarmorphingestützte Behandlung)



Die Serviceteams kümmern sich um alle Fragen: von A wie Abrechnung bis Z wie Zulassungsvoraussetzungen.

- Telefonkosten (EBM-Nr. 80230)
- Strahlentherapie

Die Wachstumsbegrenzungen sind unterschiedlich. So können zum Beispiel zehn Prozent mehr DMP-Leistungen abgerechnet werden, ohne dass die Vergütung sinkt. Bei belegärztlichen Leistungen beispielsweise gilt nur die vom Gesetzgeber vorgegebene Steigerungsrate von 0,9 Prozent.

Mehr Informationen im Internet unter www.kvno.de 

Ein Kollege fordert einen Befund an. Brauche ich zur Abrechnung eine Überweisung?

Nein. Sie können sich selber einen Datensatz „ambulante Behandlung“ anlegen, auf dem Sie Porto- und Kopierkosten abrechnen. Die Praxisgebühr fällt in diesem Zusammenhang nicht an.

Muss ich bei Online-Abrechnung mit eHBA und elektronischer Signatur die Gesamtaufstellung in Papierform zur KV schicken?

Nein, das ist nicht mehr erforderlich. Bei diesem Abrechnungsverfahren übermitteln Sie uns eine digitale Gesamtaufstellung, die sie mittels Ihres elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) signieren.

Übrigens: In einer Berufsausübungsgemeinschaft braucht nur ein Partner die digitale Gesamtaufstellung zu signieren.

Rechnen Sie online ohne eHBA ab, so benötigen wir weiterhin eine Gesamtaufstellung (Papierform) mit einer Original-Unterschrift.

Wie lange ist eine Heilmittelverordnung gültig?

Eine Heilmittelverordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn die Behandlung nicht innerhalb eines bestimmten Zeitraums nach der Ausstellung beginnt. Nach den Heilmittel-Richtlinien beträgt dieser Zeitraum bei Maßnahmen der

Physikalischen Therapie:	10 Tage
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie:	14 Tage
Ergotherapie:	14 Tage
Podologischen Therapie:	28 Tage

Wenn Sie wissen, dass der Patient die Behandlung in diesem Zeitraum nicht beginnen kann, so können Sie auf dem Verordnungsvordruck im Feld „Behandlungsbeginn spätestens ...“ Angaben zu einem späteren Behandlungsbeginn machen.

Eine Heilmittelverordnung wird auch ungültig, wenn die Behandlung länger unterbrochen wird. Die maximale Pause ist analog den Regelungen zum Therapiebeginn. Maximale Unterbrechung bei der

Physikalischen Therapie:	10 Tage
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie:	14 Tage
Ergotherapie:	14 Tage

Kontakt

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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



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

Die Servicebroschüre erhalten Sie:

Bezirksstelle Köln

Ralf Coutelle

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

Neue EVA-Staffel ab April – noch Plätze frei

Der dritte Lehrgang zur Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA) startet am 1. April 2011. Medizinische Fachangestellte können hier die Kompetenzen erlernen, die sie benötigen, um delegierbare Leistungen zu übernehmen, zum Beispiel selbständig Hausbesuche durchzuführen.

Das Curriculum umfasst unter anderem Case Management, Hausbesuchsmanagement und palliativmedizinische Koordination. Neben den organisatorischen Fähigkeiten erwerben die Teilnehmerinnen zusätzliche medizinische Kompetenzen, zum Beispiel in den Bereichen Wundversorgung, geriatrische Diagnoseverfahren und in der Versorgung von Onkologiepatienten.

Die Fortbildung dauert 170 bis 220 Stunden, je nach Berufserfahrung. Fast ein Drittel des Unterrichts können die Fachangestellten mittels internetbasierter Lernplattform von zu Hause bearbeiten. Die Präsenztage finden in Düsseldorf statt und sind berufsbegleitend zu absolvieren.

Infos und Anmeldung

Nordrheinische Akademie
Anja Klaaßen
Telefon 0211 4302 2835
E-Mail anja.klaassen@aekno.de

Infos im Internet unter www.kvno.de 

Kampagne „Check your kid“ startet in Aachen



„Check your kid“ – unter diesem Motto startet eine Kampagne der Initiative "Gesundheit von Mutter und Kind" des Landes NRW, die die Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen erhöhen soll. In Nordrhein findet die erste Aktionswoche in Aachen vom 27. März

bis zum 2. April 2011 statt. Der Schwerpunkt liegt bei den Kindervorsorgeuntersuchungen U8 und U9. Die Kampa-

gne wird mit verschiedenen Materialien beworben, darunter Postkarten, Aufkleber, Radiospots und eine DVD. Die DVD eignet sich auch für den Einsatz im ärztlichen Wartezimmer oder zur Weitergabe an die Eltern. Sie enthält neben einem Videospot Informationen zu den Früherkennungsuntersuchungen U8/U9 in deutscher, türkischer und russischer Sprache. Außerdem sind Filme über den „Sicheren Babyschlaf“ und über die Risiken des Rauchens, Alkoholgenusses und Diabetes in der Schwangerschaft zu finden.

DVD-Bestelladresse

Sie können die DVD kostenfrei anfordern beim LIGA NRW, Karin Tasche
Telefon 0521 8007 235

Kreisstelle Euskirchen sitzt jetzt in Köln

Die Kreisstelle Köln der KV Nordrhein ist in das Gebäude der Bezirksstelle in Köln umgezogen. Sonst aber bleibt alles, wie es ist. Dr. Franz-Josef Zumbé als Vorsitzender der Kreisstellen und Gabriele Wiskirchen als Ansprechpartnerin. Die neue Adresse lautet:

KV Nordrhein, Kreisstelle Euskirchen

Sedanstraße 10-12, 50668 Köln
Telefon 0221 7763 6752, Telefax 0221 7763 6750
E-Mail gabriele.wiskirchen@kvno.de

Neuer Kurs: Psychoonkologie

Für die psychotherapeutische Betreuung krebserkrankter Menschen sind psychoonkologische Spezialkenntnisse nötig. Diese können ärztliche und psychologische Psychotherapeuten im neuen 100-Stunden-Kurs „Psychoonkologie“ der Nordrheinischen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung erwerben.

Der Kurs vertieft die Kenntnis verschiedener Krebserkrankungen und deren Verläufe, sozialrechtliche und ethische Fragen sowie psychotherapeutische Interventionstechniken. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer können eigene Fälle einbringen, sodass ein direkter Bezug zur täglichen Arbeit gewährleistet ist.

Termine

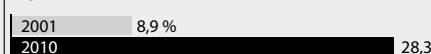
vier Wochenenden (Freitag/Samstag): 3./4. Juni, 9./10. September, 25./26. November 2011 und 27./28. Januar 2012

Infos und Anmeldung

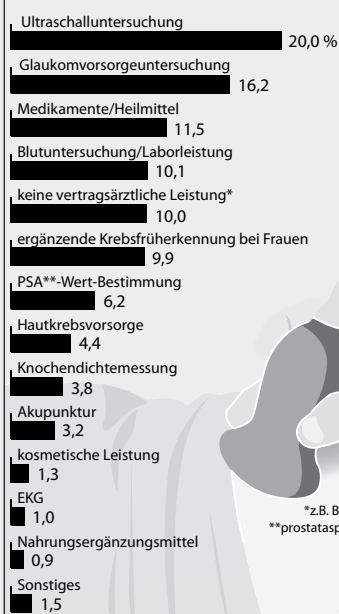
Nordrheinische Akademie
Andrea Ebels
 Telefon 0211 4302 2801
 E-Mail andrea.ebels@aekno.de
www.akademie-nordrhein.de

Privat bezahlt

Anteil der GKV-Versicherten, denen in den vergangenen 12 Monaten ärztliche Leistungen als Privatleistungen angeboten wurden



Im Jahr 2010 angebotene bzw. nachgefragte Privatleistungen (IGeL)



*z.B. Bachblütentherapie
 **prostataspezifisches Antigen
 Quelle: WIdO

© Globus 3969

Mehr als jedem Vierten der 70 Millionen gesetzlich Versicherten haben Ärzte im vergangenen Jahr eine Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten. An der Spitze liegen von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlte Ultraschalluntersuchungen. Dies geht aus einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK hervor, für die 2 500 Versicherte befragt wurden. Die Einnahmen der Praxen durch IGe-Leistungen stiegen seit 2008 um 0,5 auf rund 1,5 Milliarden Euro im Jahr 2010, teilt das Institut mit. Rund zwei Drittel der Praxen sollen inzwischen IGe-Leistungen anbieten – allen voran Augenärzte, gefolgt von Gynäkologen, Urologen, Orthopäden und Hautärzten.

Qualitätszirkel-Neugründungen

Thema Neuropathologie NRW
Kontakt PD Dr. Eva Neuen-Jacob
 Institut für Neuropathologie
 Moorenstraße 5
 40225 Düsseldorf
Telefon 0211 81 18 662
Termin ca. 4 Mal pro Jahr
 ab 23. März 2011, 14 Uhr
Ort Düsseldorf

Thema MKG (Kieferchirurgie) Köln
Kontakt Dr. Michael Stember
 Neumarkt 36-38
 50667 Köln
Telefon 0221 25 77 221
Termin alle zwei Monate
 dienstags
Ort Dentaldepot Gerl

Thema Homöopathie
Kontakt Dr. Ulrich Wilhelm Buck
 Altenessener Str. 68
 45141 Essen
Telefon 0201 31 46 72
Telefax 0201 32 56 41
Termin nach Vereinbarung
Ort Essen

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 lei-

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

Durch- **Titel** **(Seiten-**
wahl-Nr. **anzahl)**

■ **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 Patengeschützte Analogpräparate (Me-too-Liste 2011) (2)

7533 Praxisbesonderheiten 2011 – Arzneimittel (Symbolnummern) (1)

7534 Richtgrößen 2011 – Heilmittel (1)

7536 Richtgrößen 2011 – 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 2011 – Heilmittel (Symbolnummern) (2)

Durch- **Titel** **(Seiten-**
wahl-Nr. **anzahl)**

■ **Qualitätssicherung/Sicherstellung**

7550 Bedarfsplanung (4)

7551 Meldeformular für Laborgemeinschaften zur Direkt-abrechnung 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 Vertragsarz (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)

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.

Infomarkt der KV Nordrhein in Düsseldorf

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 ist nicht nötig.

Elektronischer Heilberufsausweis (HBA)

- Den HBA beantragen / Viktor Krön, Ärztekammer Nordrhein
- Online abrechnen mit dem HBA / Gilbert Mohr, KV Nordrhein

Wenn Sie den HBA auf dem Infomarkt beantragen möchten, melden Sie sich bitte vorher an bei: Ioannis Christopoulos, Telefon 0211 4302 2211, E-Mail ioannis.christopoulos@aekno.de

Bitte bringen Sie zur Beantragung des HBA Ihre Zugangsdaten für das Portal der Ärztekammer Nordrhein (www.meineakno.de), einen gültigen Personalausweis oder Reisepass und ein Passfoto mit.

Infostände gibt es unter anderem zu folgenden Themen:

- Niederlassungsberatung
- KV-Börse – Kooperationspartner und Praxisnachfolger online finden
- Betriebswirtschaftliche Orientierung mit dem KV-Praxis-Check
- Tipps zum Verordnen von Arznei- und Heilmitteln
- Serviceteams – Ansprechpartner bei allen Fragen aus dem Praxisalltag

Termin 6. April 2011, 15 bis 18 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

MFA-Fortbildungen im März und April

Die Abrechnung von Leistungen aus dem EBM-Kapitel 31, aus dem AOP-Vertrag und Fallbeispiele aus Praxen von Orthopäden und Chirurgen sind Themen der Fortbildung „Ambulantes Operieren“. Die Voraussetzungen zum Abrechnen Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) und

mögliche Probleme stehen im Mittelpunkt einer weiteren kostenlosen Fortbildungsveranstaltung für Medizinische Fachangestellte. Mit Richtgrößen und den rechtlichen Grundlagen der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln befasst sich die Veranstaltung „Pharmakotherapie“.

Die Seminare finden mittwochs von 15 Uhr bis 17:30 Uhr statt.

Thema	Termin	Ort
IGe-Leistungen	23. März 2011	Kreisstelle Aachen, Habsburgerallee 13, 52064 Aachen
Ambulantes Operieren	30. März 2011	Bezirksstelle Köln, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln
Pharmakotherapie	06. April 2011	Bezirksstelle Köln, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln
Ambulantes Operieren	13. April 2011	Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Anmeldung
Nordrheinische Akademie
Telefon 0211 4302 2835
Telefax 0211 4302 2809
E-Mail akademie@kvno.de

Termine

■ 23.3.2011	MFA-Fortbildung: IGe-Leistungen, Aachen
■ 24.-26.3.2011	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ): „12. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin 2011“, Berlin
■ 26.3.2011	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
29.3.2011	Aktionsbündnis Fachärztlicher Organisationen: Podiumsdiskussion "Zukunft der Honorarpolitik in Nordrhein", Düsseldorf
■ 30.3.2011	MFA-Fortbildung: Ambulantes Operieren (Orthopäden/Chirurgen), Köln
31.3.-2.4.2011	Kompetenznetz Schlaganfall – Charité Berlin: „4. Internationales Schlaganfallsymposium – Innovative und erfolgreiche Translation – Was ist beim Patienten angekommen?“, Berlin
■ 6.4.2011	Infomarkt der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 6.4.2011	MFA-Fortbildung: Pharmakotherapie, Köln
■ 13.4.2011	MFA-Fortbildung: Ambulantes Operieren (Orthopäden/Chirurgen), Düsseldorf
30.4.-3.5.2011	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin: „117. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin“, Wiesbaden
3.-5.5.2011	KBV-Versorgungsmesse: Versorgungsinnovationen 2011, Berlin
■ 6.5.2011	KV Nordrhein: „Focus-Veranstaltung – AMNOG in der Praxis“, Düsseldorf
■ 7.5.2011	5. Nordrheinischer Praxisbörsentag, Düsseldorf
■ 11.5.2011	MFA-Fortbildung: Ambulantes Operieren (Orthopäden/Chirurgie), Aachen
11.-13.5.2011	Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2011, Berlin
■ 18.5.2011	MFA-Fortbildung: Pharmakotherapie, Düsseldorf
■ 18.5.2011	Infomarkt für Medizinische Fachangestellte, Köln
21.05.2011	Nordrheinische Akademie für Fort- und Weiterbildung: „Fortbildungsprogramm Hautkrebs-Screening“, Düsseldorf
■ 25.5.2011	Kreisstelle Viersen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein: Mitgliederversammlung Viersen
31.5.-3.6.2011	Deutscher Ärztetag, Kiel
■ 1.6.2011	MFA-Fortbildung: Ambulantes Operieren (Augenärzte), Köln
■ 8.6.2011	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 15.6.2011	MFA-Fortbildung: Ambulantes Operieren (Augenärzte), Düsseldorf
■ 22.6.2011	MFA-Fortbildung: Abrechnung Hausärzte, Düsseldorf
■ 29.6.2011	MFA-Fortbildung: IGe-Leistungen, Düsseldorf
■ 14.9.2011	Infomarkt für Medizinische Fachangestellte, Düsseldorf
■ 23.9.2011	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 16.11.2011	Kreisstelle Remscheid der KV Nordrhein: Mitgliederversammlung Remscheid n
■ 3.12.2011	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf

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

Betriebswirtschaftliche Beratung für die Praxis

Die Berater der KV Nordrhein unterstützen Niederlassungswillige und Praxisabgeber kostenfrei, beispielsweise zum Ablauf einer Praxisübernahme oder zum Kaufpreis.

Darüber hinaus bieten wir Ihnen drei kostenpflichtige Module: Effizienz- und Honoraranalyse, Finanz- und Liquiditätsanalyse oder Beratung bei Spezialfragestellungen.



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

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

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: 22 200

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
ingesandte Manuskripte übernimmt die Redaktion keine Gewähr.

■ **KV Nordrhein:**
**Neue Vorstände
in den Kreisstellen**

■ **Medikamente:**
**Welchen Nutzen
bewertet der G-BA?**

■ **Bürokratie:**
**Wie sind Praxen
jetzt zu entlasten?**

■ **§ 116b:**
**Ärzte klagen
gegen Kliniken**

**Die nächste Ausgabe von
KVNO aktuell erscheint
am 14. April 2011**

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 5970 8100

www.kvno.de



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.