

■ Schwerpunkt

Paragraf 116b
Klinik vs. Praxis –
Wildern statt Wettbewerb

■ Hintergrund

Kreisstellen
Für Sie vor Ort –
Die neuen Vorstände

■ Aktuell

eGesundheitskarte
Ausgabe startet 2011 –
Votum gegen Online-Abgleich

■ Verordnungsinfo

Blutzuckerteststreifen
Bundesausschuss schränkt
Verordnungsmöglichkeiten ein



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

- 1 Editorial

Schwerpunkt

- 2 Über 200 Genehmigungen auf Basis des § 116b in Nordrhein: Praxis vs. Klinik

Aktuell

- 6 Arzttrufzentrale NRW: Wieder Anschluss unter der Notfall-Nummer
- 7 Der bundesweite Rollout beginnt – Kommen die eGK vor allem nach Nordrhein?
- 8 Vertreterversammlung der KV Nordrhein: Kodierrichtlinien vereinfachen und Online-Abgleich von Stammdaten verhindern
- 12 Euro-Gebührenordnung zeigt Ausmaß der Unterfinanzierung
- 12 Haus- und Heimbefuche: Von der linken in die rechte Tasche
- 13 Neue Rubrik im KVNO-Ticker: Honorarinfos per Newsletter

Berichte

- 20 Die Vorsitzenden der Kreisstellen
- 24 Kassenärztliche Bundesvereinigung: Köhler und Müller bleiben an der Spitze
- 26 Hygienegesetz tritt im Juli in Kraft: Bund und Land wollen mehr Hygiene gegen multiresistente Erreger
- 28 Rösler zu Gast bei der KV in Duisburg: „Bedarfsplanung ist für Liberale ein schreckliches Wort“

Service

- 29 Praxisbörsentag
- 31 Aktuelle Fragen an die Serviceteams – und deren Antworten: Krebsfrüherkennung elektronisch dokumentieren – aber nur bei Männern
- 32 KBV sucht familienfreundliche Praxen
- 32 Krankenkassen im Minus
- 33 Marktplatz für Innovationen

Praxisinfo

- 14 Bundesausschuss ändert die Schutzimpfungs-Richtlinie
- 14 BKK Basell kündigt U10/U11-Vertrag zum 30. April 2011
- 14 Fusion BKK vor Ort und Dräger & Hanse BKK zum 1. April 2011
- 14 BKK Werra Meissner nimmt wieder am Hausarztvertrag der BKKen teil
- 14 Nachweis von Ringversuchszertifikaten nur noch elektronisch
- 15 Mammographie-Screening – Änderungen beim Overhead-Aufschlag
- 15 Probatorische Sitzungen mit Bezugsperson sind abrechnungsfähig
- 15 Änderungen der Kriterien zur Qualitätsbeurteilung Radiologie
- 15 Humangenetik: Änderung bei der EBM-Nummer 11431 und Präambel
- 16 Hautkrebs-Screening: Genehmigung für die EBM-Nummer 19315 nötig
- 16 Neufassung der Mammographie- Vereinbarung zum 1. April 2011
- 16 Muster 56 – Rehabilitationssport und Funktionstraining – bleibt weiter gültig
- 16 eDokumentation bei Krebsfrüherkennung Männer und Check up 35
- 16 Verordnungen bei Selbstbehandlung kennzeichnen

Arzneimittelinfo

- 17 Das Kreuz mit dem Kreuz
- 18 Blutzuckerteststreifen: Bundesausschuss schränkt Verordnungen ein
- 19 Der Blickwinkel entscheidet – auch beim Nutzen



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

die politische Diskussion um das künftige Versorgungsgesetz nimmt Fahrt auf. Allen Papieren, die derzeit als Blaupausen des Gesetzes kursieren, ist eines gemeinsam: Sie fokussieren auf die Planung der Versorgungsressourcen – in der Hauptsache des ambulanten Sektors.

Am Ende könnte das Versorgungsgesetz aber weit mehr sein als eine Reform der ärztlichen Bedarfsplanung. Wie bei einem Dominoeffekt wirken sich Änderungen rund um die vertragsärztliche Sicherstellung auf eine Reihe zentraler Kapitel des Sozialgesetzbuchs aus.

Fast unvermeidlich legt eine Neukonzeption der Bedarfsplanung gravierende gesetzgeberische Mängel und Ungereimtheiten offen, die in früheren Reformen nicht gelöst oder gar erst neu geschaffen wurden.

Zum Beispiel das Verhältnis zwischen den Sektoren. Während die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen fast ausnahmslos einer strikten Bedarfsplanung unterliegen, bedürfen Leistungen, die nach Paragraph 116b des fünften Sozialgesetzbuchs von Klinikärzten erbracht werden, einer behördlichen Genehmigung, die letztlich ohne Berücksichtigung des regionalen Versorgungsbedarfs erteilt werden kann.

Ein anderes Beispiel: Das Verhältnis zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag. Für die Partner selektiver Verträge hat sich in den vergangenen Jahren ein weites Experimentierfeld unterschiedlicher Vertrags- und Versorgungsformen eröffnet. Während ein Teil dieser Verträge per „Be-

reinigung“ aus der ärztlichen Gesamtvergütung alimentiert wird, bleibt die Verantwortung für die Sicherstellung faktisch bei den KVen. Dabei sind wir in kaum einem Selektivvertrag als Wettbewerber zugelassen.

Eine Reform der Bedarfsplanung kann nur gelingen, wenn sie mit einer vernünftigen und praktikablen „Wettbewerbsordnung“ einher geht. Zuvor muss der Gesetzgeber allerdings klären, welche Formen der Versorgung überhaupt im Wettbewerb stattfinden sollen.

Die Zwischenbilanz nach über fünf Jahren Vertragswettbewerb zeigt: Der Kollektivvertrag ist vorschnell für tot erklärt worden. Dagegen leisten selektive Verträge nach wie vor keinen substantziellen Beitrag zur Sicherstellung. Schlimmer noch: Drängende versorgungspolitische Probleme wie die ambulante Palliativversorgung bleiben ungelöst, wenn sie dem Markt überlassen werden.

Das Versorgungsgesetz könnte eine Chance sein, die Gewichte im Gefüge des Gesundheitswesens neu zu justieren und die Fehlentwicklungen vergangener Jahre zu korrigieren.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

Bernd Brautmeier
Vorstand

Praxis vs. Klinik

Die Kliniken drängen in den ambulanten Bereich. Fachärzten droht ein ruinöser Wettbewerb. Vor allem die Onkologen sind betroffen. In einigen Orten wehren sich Praxen erfolgreich gegen die Öffnung. Gerichte stärken ihnen den Rücken. Und jetzt will auch der Gesetzgeber handeln.

Ambulant und stationär, zwei Sektoren – das war gestern. Längst sind es nicht mehr allein die Belegärzte, die in beiden Bereichen agieren. Spätestens mit dem Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz sind die Übergänge fließend. Konflikte gibt es kaum, wenn es um den Einzelnen geht.

Türöffner für die Kliniken

Das sieht institutionell ganz anders aus. Besonders bei der spezialisierten ambulanten Versorgung. Denn in Gestalt des Paragraphen 116b des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) hat der Gesetzgeber den Kliniken im Jahr 2007 die Tür weit geöffnet, durch die sie in die ambulante Versorgung schreiten können. Der Bedarf spielt dabei keine Rolle.

Noch nicht einmal ein Vertrag mit einer Krankenkasse ist nötig, wenn die Kliniken „hochspezialisierte Leistungen“ ambulant erbringen wollen. In der Onkologie beispielsweise zählt dazu nach der einhelligen Auffassung von Kliniken und Politik fast die gesamte Diagnostik- und Behandlungskette.

Unfairer Wettbewerb

Seit jeher stehen die Fachärzte im Wettbewerb untereinander, kämpften gegen steigende Kosten, stagnierende Einnahmen und wachsende Bürokratie. Mit den Kliniken erwächst den Fachärzten, die hochspezialisierte Leistungen anbieten, eine neue und mächtige Konkurrenz. Es ist ein verzerrter Wettbewerb zulasten der Niedergelassenen. Denn die Kliniken profitieren von öffent-

lichen Investitionen, während die Praxisinhaber als echte Unternehmer auf sich selbst gestellt sind. Der Kampf um die ambulante Versorgung hat begonnen – mit ungleich langen Spießen.

680 Anträge in NRW

In Nordrhein-Westfalen haben nach Angaben der Ärztekammer Nordrhein knapp 100 Kliniken rund 680 Anträge gestellt; ein großer Teil entfällt auf die „Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen“, zu denen auch die onkologischen zählen. Über die Anträge entscheiden die Bezirksregierungen, etwa die Hälfte haben sie bereits abgearbeitet.

Unklar ist, in welchem Umfang Kliniken diese Genehmigungen nutzen. Nach einer bundesweiten Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts waren es pro Haus rund 1.700 Fälle mit einem durchschnittlichen Wert von 391 Euro. Das Potenzial scheint damit noch lange nicht ausgeschöpft. Der „Krankenhaus-Report 2010“ sieht allein in der onkologischen Versorgung für „rund 200 geeignete Standorte“ 19.000 zusätzliche Fälle. Dadurch ließen sich rund zwei Millionen Euro zusätzlich erzielen. Wohl gemerkt: Je Klinik und nur für die ambulante onkologische Behandlung.

Dies erklärt das Interesse des stationären Sektors an Genehmigungen. Die meist positiv beschieden werden.

weiter auf Seite 4

„Kliniken drängen uns aus dem Markt“

Die meisten Anträge nach § 116b betreffen die onkologische Versorgung. Über die Folgen für die Praxen sprachen wir mit PD Dr. Stephan Schmitz, dem Vorsitzenden des Berufsverbandes der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO).

Besteht ein Bedarf für die Öffnung der Kliniken für ambulante onkologische Behandlungen?

Schmitz: Nein, überhaupt nicht. Die onkologische Behandlung in Nordrhein wird ganz erheblich von den 74 niedergelassenen Onkologen aber auch von im Schwerpunkt arbeitenden niedergelassenen Gynäkologen und Urologen geleistet. Dort, wo tatsächlich ein Bedarf besteht, gibt es das Instrument der Ermächtigung.

Gut 40 Kliniken in Nordrhein haben inzwischen eine Genehmigung zur ambulanten Behandlung auf Basis des § 116b. Was bedeutet das für die Praxen?

Schmitz: Durch den unfairen Wettbewerb droht die Verdrängung. Die Kliniken haben durch die oft am Anfang einer onkologischen Behandlung stehende Operation den Erstzugriff. Sie bestimmen faktisch, wo die Weiterbehandlung stattfindet. Der Patient hat keine echte Wahlmöglichkeit. Die Klinik wird alle wirtschaftlich attraktiveren Patienten in die eigene Ambulanz lenken, die anderen uns Niedergelassenen überlassen. Wir haben schließlich den Sicherstellungsauftrag.

Wie finanzieren die Kliniken die Ausdehnung auf den ambulanten Bereich?

Schmitz: Zum einen müssen die Kliniken nur einen Teil ihrer Infrastruktur finanzieren. Zum anderen ist die Vergütung vielfach erheblich besser. Eine Bluttransfusion durch Niedergelassene wird mit maximal 16 Euro vergütet – falls das Regelleistungsvolumen nicht ausgelastet ist –, in der Klinik winken bei geeigneter Diagnose und differenziertem Kodieren bis zu 2.000 Euro. Krankenhäuser können zudem Gewinne aus der Zytostatika-Abgabe erzielen oder die onkologische Ambulanz

als Portal nutzen, um betriebswirtschaftlich rentable stationäre Aufenthalte zu generieren.

Wie sieht die Versorgung ohne niedergelassene Onkologen aus?

Schmitz: Eine flächendeckende Versorgung lässt sich ohne uns nicht sicherstellen. Die Leidtragenden des Verdrängungswettbewerbs sind zuallererst die Patienten, dann die niedergelassenen Onkologen. Die Patienten verlieren ihre hoch engagierten Ärztinnen und Ärzte, die für alle Altersklassen niedrigschwellig zu erreichen sind. Die Onkologen verlieren die wirtschaftliche Basis ihrer Praxen. Es droht das Ende einer gut funktionierenden Versorgungsstruktur, die unser Land wegen der stark zunehmenden Zahl onkologischer Patienten händeringend brauchen wird.

Was ist Ihrer Ansicht nach jetzt nötig?

Schmitz: Die kleine Lösung ist eine Reform des § 116b. Hier hat der BNHO Vorschläge gemacht. Eine größere Lösung wäre die Einführung eines spezialfachärztlichen ambulanten Sektors. In diesem muss der Gesetzgeber, neben den einheitlichen Wettbewerbsbedingungen für die Leistungserbringung, unbedingt auch für gleiche Wettbewerbsbedingungen hinsichtlich des Patientenzugriffs sorgen. Vor Ort brauchen wir aber auch die Solidarität der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Die Kliniken, die in den ambulanten Bereich greifen, sind ja bekannt. Dem Überweisungsverhalten der Hausärztinnen und Hausärzte kommt eine wichtige Funktion zu.



Foto: BNHO
PD Dr. Stephan Schmitz

202 Genehmigungen haben die Bezirksregierungen in Köln und Düsseldorf bis Ende 2010 für 41 Kliniken erteilt. Etwa jedes vierte Krankenhaus in Nordrhein darf somit auf Basis des Paragraphen 116b ambulant arbeiten. Die KV Nordrhein kann das kaum verhindern.

Aufbruch und Widerstand

In vielen Orten herrscht Frieden, Niedergelassene und Kliniken kooperieren. Zum Beispiel in der Eifel, wo das Kreiskrankenhaus Mechernich die Ärztinnen und Ärzte in den Praxen ringsum vorbildlich in die Versorgung einbezieht. Das ist leider nicht überall Praxis. So regt sich mancherorts der Widerstand der Niedergelassenen. Das soll bei einigen Krankenhäusern zur Abgabe bereits ausgesprochener Genehmigungen geführt haben.

Die Hautärzte in Essen, Oberhausen und Mülheim beispielsweise setzten sich gegen die Pläne der Uniklinik Essen zur Wehr, auf Basis des 116b einen ganzen Strauß dermatologischer Leistungen ambulant anzubieten. Als die Ärzte mit Einweisungseinschränkungen drohten, lenkte die Klinik ein. Sie sicherte den Dermatologen zu, ihre



Kliniken in Nordrhein haben 111 Anträge auf Basis des § 116b für onkologische Behandlungen gestellt.

ambulante Tätigkeit nicht wesentlich über die bisher behandelten 2.500 Patienten hinaus auszudehnen.

Praxen könnten sich aber auch mit rechtlichen Mitteln wehren. Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen urteilte im Februar, dass Vertragsärzte gegen Genehmigungen klagen dürfen, wenn ihre Berufsfreiheit betroffen ist.

Im Streitfall geht es um die „Bestimmung“ einer Klinik in Duisburg zu onkologischen Behandlungen. Eine nahe onkologische Gemeinschaftspraxis sah dadurch ihre wirtschaftliche Existenz bedroht. Zu Recht, die Klage ist zulässig, entschied das Gericht. (Az.: L 11 KA 91/10 B ER)

Urteil stärkt die Rechte der Praxen

Denn im Wettbewerb müssten die Ärzte Beschränkungen hinnehmen, denen die Kliniken nicht unterworfen seien. Das Landessozialgericht sah gar tendenziell einen Vorrang der ambulanten Versorgung. Nur „ausgewählte Krankenhäuser unter Beachtung der Berufsausübung ebenfalls spezialisierter nieder-

Kommentar

Eine Milchmädchenrechnung

Die Liste der Wettbewerbsnachteile der Praxen im Vergleich zu den Kliniken ist lang. Deswegen muss der Gesetzgeber die Bestimmungen des Paragraphen 116b rasch korrigieren. Die freie Bahn fürs Krankenhaus führt nämlich zum finanziellen Kollaps vieler Praxen, die sich einem solchen Wettbewerb nicht stellen können.

Das sollten auch die zur Kenntnis nehmen, die sich mit der Öffnung der Kliniken für den ambulanten Bereich ein breiteres Versorgungsspektrum erhoffen. Denn das dürfte sich als Bumerang erweisen. Am Ende droht das Monopol der Kliniken in einzelnen Versorgungszweigen, etwa bei den Onkologen. Die Folge: Wege für Patientinnen und Patienten werden länger und die Behandlungen deutlich teurer. Gerade von einem FDP geführten Gesundheitsministerium sollte man erwarten können, dass es dies verhindert. *Frank Naundorf*

gelassener Ärzte" sollten die Erlaubnis für bestimmte ambulante Behandlungen bekommen.

Im konkreten Fall hat die Bezirksregierung nach Ansicht der Essener Richter die vertragsärztliche Versorgung nicht nur unzureichend berücksichtigt, ihrer Entscheidung liege gar „ein kompletter Abwägungsausfall zugrunde“. Sie sei daher rechtswidrig. Die Klinik darf nur noch bereits begonnene Behandlungen fortführen.

Die Essener Richter plädierten dafür, die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung beizuladen. In diesem Fall trat die KV Nordrhein an die Seite der klagenden Praxis. Mit Erfolg. Das Thema hat am 26. März auch die Vertreterversammlung der KV Nordrhein beschäftigt. Die Delegierten beschlossen, dass ab sofort die Vorstände der Kreisstellen in die so genannten Kooperationsgespräche mit den Kliniken einbezogen werden. Die Vertreterversammlung forderte zudem, dass

Kliniken Behandlungen nach Paragraph 116b nur nach Überweisung eines niedergelassenen Facharztes erbringen dürfen – nur bei bestimmten Leistungen durch den Hausarzt. Finanzielle Zuschläge für die ambulanten und Abschläge für die stationär erbrachten Leistungen sollen dafür sorgen, dass im Wettbewerb der Sektoren wirklich Chancengleichheit herrscht (siehe Seite 9).

Inzwischen hat der Gesetzgeber erkannt, dass die Regelungen des Paragraphen 116b viele Schwachpunkte enthalten. Das hat die schwarz-gelbe Regierung bereits im Koalitionsvertrag erwähnt. Konkrete Regelungen sind mit dem Versorgungsgesetz zu erwarten, das den gesamten Bereich der „spezialärztlichen ambulanten Versorgung“ neu justieren soll. Künftig solle allein die Qualifikation entscheiden, wer solche Leistungen erbringen dürfe. Die Diskussion läuft.

Eine Übersicht über die 116b-Genehmigungen der Kliniken finden Sie unter www.mgepa.nrw.de im Internet-Angebot des Landesgesundheitsministeriums [KV110405](#)

Spezialärztliche Versorgung



Foto: BMG

Stefan Kapferer, BMG

Auf dem Gebiet der spezialärztlichen Versorgung sollen die Zugangsbedingungen für Niedergelassene und Klinikärzte vereinheitlicht werden. Stefan Kapferer, parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium (BMG), kündigte dies in Essen als Teil des neuen Versorgungsgesetzes an.

Die Ärzte sollen freien Zugang zur Versorgung erhalten mit einheitlichen Qualitätsstandards und einheitlicher Vergütung ohne Mengenbegrenzung. „Wir wol-

len einen Versorgungsbereich schaffen, der durch gleiche Konditionen und gleiche Zugangsbedingungen für ambulant und stationär gekennzeichnet werden muss“, so Kapferer.

Die bisherige Praxis der Zulassung zu diesem Bereich über die Paragraphen 115 und 116b habe zu Konflikten zwischen dem stationären und ambulanten Bereich geführt. Zudem sei die Zulassungspraxis der Bundesländer sehr unterschiedlich. Das soll das Versorgungsgesetz ändern durch die Schaffung eines Versorgungsbereichs mit gleichen Konditionen. Allein die Qualifikation soll zur Leistungserbringung ermächtigen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll für die Zulassung zu diesem Bereich Qualitätsvoraussetzungen definieren. Wer diese Voraussetzungen erfülle, solle die Leistungen erbringen und abrechnen dürfen.

Wieder Anschluss unter der Notfall-Nummer

Viele Patientinnen und Patienten hingen Anfang Februar lange in der Warteschleife der Arztrufzentrale fest. Besonders am Wochenende war die Zentrale mit Sitz in Duisburg überlastet. Grund war die Übernahme der Anrufe aus Westfalen-Lippe. Mittlerweile läuft der Betrieb wieder normal.

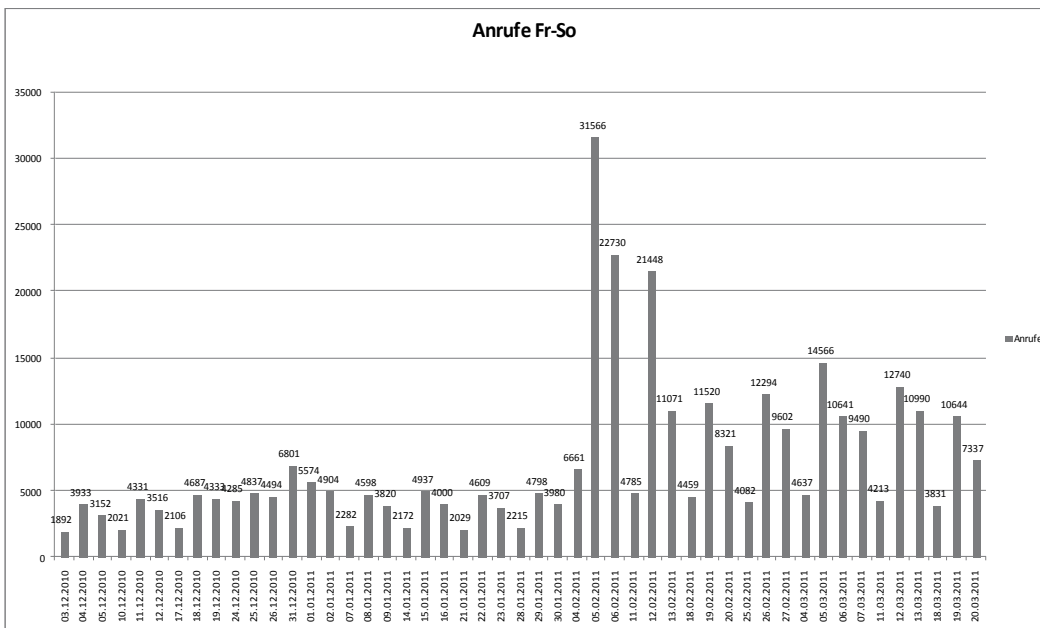
Die bessere Erreichbarkeit liegt zum einen daran, dass die Startschwierigkeiten der Arztrufzentrale Nordrhein-Westfalen rasch behoben wurden. Ein großes Problem war, dass viele Patienten in Westfalen-Lippe die Standorte und Öffnungszeiten der neuen zentralen Notfalldienstpraxen nicht kannten – und sich in Duisburg danach erkundigten. „Das trieb die Zahl der Anrufe in unvorhergesehene Höhen“, sagt Dr. Michael Klein, Leiter der Arztrufzentrale in Duisburg. Bandansagen mit Hinweisen auf die Notdienstpraxen sollten das Informationsbedürfnis befriedigen. Es half.

Nur noch 18.000 Anrufe am Wochenende

Die Zahl der Anrufe ging kontinuierlich zurück. Von knapp 55.000 Anrufen am ersten Wochenende über rund 22.000 Anrufe am vierten Wochenende sank die Zahl im März auf etwa 18.000. Entsprechend verbesserte sich die Erreich-

barkeit und verringerte sich die Wartezeit am Telefon. „An den Werktagen war die Erreichbarkeit schon wenige Tage nach der Aufschaltung von Westfalen-Lippe wieder unproblematisch“, berichtet Klein. Unbefriedigend blieb aber die Situation an den Wochenendtagen, besonders an den Samstagen.

Das Ziel, eine durchschnittliche Wartezeit von unter einer Minute zu gewährleisten, wie es vor der Zusammenarbeit mit Westfalen-Lippe war, verfehlt die Zentrale in Duisburg nur noch knapp. „Inzwischen läuft es auch an den Wochenenden wieder reibungslos, aber wir sind noch nicht ganz zufrieden. Deshalb arbeiten wir weiter daran, schneller erreichbar zu sein“, verspricht Klein. Die anfängliche und berechtigte Kritik will er bald vergessen machen.



Anruferansturm in der Duisburger Zentrale

Die Tabelle zeigt, wie viele Anrufe freitags, samstags und sonntags in der Duisburger Arztrufzentrale eingingen. Bis 31. Januar war die Zentrale nur für Nordrhein zuständig, am 1. Februar 2011 kamen die Anrufe aus Westfalen-Lippe dazu. Die Zahl hat sich daraufhin anfangs vervielfacht.

Der bundesweite Rollout beginnt

Kommen die eGK vor allem nach Nordrhein?

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) kommt. Die Krankenkassen werden ab 1. Oktober 2011 bundesweit mit der Ausgabe beginnen und die 1993 eingeführte Krankenversichertenkarte nach und nach gegen die eGK austauschen.

Bereits bis Jahresende sollen mindestens zehn Prozent der Versicherten mit der neuen Karte ausgestattet sein. So sieht es das GKV-Finanzierungsgesetz vor. Spätestens ab Oktober, wenn die ersten Patienten mit der eGK in die Praxen kommen, benötigen Ärzte und Psychotherapeuten ein Lesegerät, mit dem sie die neuen (und die alten) Karten einlesen können.

Vom 1. April bis 30. September dieses Jahres sollen die Praxen in allen KVen Deutschlands (außer Nordrhein) eGK-fähige Lesegeräte installieren. Ärzte und Psychotherapeuten können entsprechende Pauschalen anfordern – die übrigens mit 355 und 280 Euro deutlich unter denen in Nordrhein liegen. Für die Mitglieder der KV Nordrhein sind 2011 keine Pauschalen mehr vorgesehen, weil der Basis-Rollout hier seit eineinhalb Jahren abgeschlossen ist.

Im Jahre 2009 gab es in der KV Nordrhein als erster Region den sogenannten eGK-Basis-Rollout. Damit war die Ausstattung der Ärzte und Psychotherapeuten mit eGK-fähigen Lesegeräten gemeint – wie auch der Zahnärzte und der Krankenhäuser im Rheinland.

70 Prozent nutzten die Pauschalen

Im Zeitraum vom 15. Februar bis 31. Oktober 2009 haben rund 70 Prozent der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Nordrhein die Erstattung der Pauschalen für eGK-fähige Lesegeräte in Anspruch genommen.

Tatsächlich dürften bis zu 90 Prozent aller Praxen die eGK lesen können. Denn viele hatten sich sogenannte MKT Lesegeräte auf eigene Kosten zugelegt: Diese sind deutlich preiswerter als die geförderten eHealth-BCS-Geräte. Die MKT Geräte sind für den eGK-Basis-Rollout vollkommen

ausreichend, können aber nicht für den Online-Abgleich der Versichertenstammdaten verwendet werden. Deshalb wurden sie auch nicht gefördert.

Durch die Bundestagswahl im September 2009 und dem daraus resultierenden Regierungswechsel kam die eGK ins Stocken. Doch nach Prüfung des Projekts setzte die Bundesregierung den Rollout wieder auf die Tagesordnung.



Bis Ende 2011 sollen die gesetzlichen Kassen mindestens sieben Millionen eGK ausgeben.

Kassen müssen eGK ausgeben

Die Krankenkassen sind verpflichtet, bis Ende 2011 mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten mit eGK auszustatten. „Die Karten könnten in großen Teilen in Nordrhein landen“, nimmt Gilbert Mohr, IT-Experte der KV Nordrhein, an. Er erwartet, dass bis zum Jahresbeginn 2012 zwischen 30 und 50 Prozent der Patienten in Nordrhein mit der neuen Karte in die Praxis kommen könnten.

Aktuelle Informationen zum eGK-Basis-Rollout finden Sie im Internet unter www.kv-telematik.de

Kodierrichtlinien vereinfachen und Online-Abgleich von Stammdaten verhindern

Die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarten an sieben Millionen Versicherte beginnt voraussichtlich im Oktober. Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein nahm dies zum Anlass, ihre Ablehnung noch einmal zu bekräftigen. Intensiv diskutierten die Delegierten am 26. März auch die ambulante Tätigkeit der Kliniken auf Basis des Paragraphen 116b des fünften Sozialgesetzbuchs und die geplanten Kodierrichtlinien.

Wenn die ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) erst am 1. Januar 2012 scharf geschaltet werden, dann entwickle sich die Gesamtvergütung nach Alter und Geschlecht – und nicht nach Morbidität, referierte der Vorstandsvorsitzende der KV Nordrhein, Dr. Peter Potthoff. Und das könnte dazu führen, dass das Honorarwachstum geringer ausfällt. Es geht um einen Betrag von bundesweit ca. 800 Millionen Euro pro Jahr. Die Verschiebung um sechs Monate reduziere den Honoraranstieg möglicherweise um 400 Millionen Euro, sagte Potthoff. „Uns könnte das in Nordrhein etwa 40 Millionen Euro kosten – und uns fehlt

doch jetzt schon das Geld.“ Die Kassenärztliche Bundesvereinigung versuche, dies auf dem Verhandlungswege zu verhindern.

Alternativen für AKR gesucht

Keiner der Vertreter begrüßte die Richtlinien in der derzeitigen Form. Doch die Suche nach Alternativen gestaltet sich schwierig. Angelika Haus von der Allianz für Nordrhein schlug vor, die derzeitige ICD-10-Kodierung „weiter zu Yntk ickeln“.



Vorsitzende der Beratenden Fachausschüsse

Fachausschüsse beraten den Vorstand in drei Versorgungsbereichen. Auf der Vertreterversammlung am 26. März präsentierten sich die neuen Vorsitzenden:

Hausärzte



Dr. Thomas Fischbach
Pädiater aus Solingen

Fachärzte



Dr. Manfred Weisweiler
Chirurg aus Geilenkirchen

Psychotherapie



Dr. Gabriele Friedrich-Meyer
Ärztliche Psychotherapeutin, Bonn

Alle Mitglieder der Beratenden Fachausschüsse finden Sie im Internet unter www.kvno.de **KV110408**

Mehr Chancen hat vielleicht der Vorschlag von Nordrhein's Hausärzterverbands-Chef Dr. Dirk Mecking, ein Panel von einigen tausend Ärzten zu bilden, die nach den neuen Richtlinien kodieren – und dafür ein Zusatzhonorar bekommen.

eGK-Ausgabe startet 2011

Potthoff legte dar, dass der Gesetzgeber die Krankenkassen zur Ausgabe von elektronischen Gesundheitskarten (eGK) in diesem Jahr angehalten hat. „Wenn sie die Karten nicht an mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten ausgeben, drohen ihnen finanzielle Sanktionen“, so der Vorstandsvorsitzende der KV Nordrhein. Bis zu fünf Millionen Karten könnten bei rheinischen Versicherten landen (siehe auch S. 7).

Die AOK Rheinland/Hamburg habe neulich in 128 Praxen versucht, die neuen Karten einzulesen. Das habe in der Hälfte der Praxen nicht geklappt. „Wenn zu Quartalsbeginn 80 Patienten mit unleserlichen Karten in die Praxis kommen, dann bricht Chaos aus“, fürchtet Potthoff. Deswegen werde die KV Nordrhein Testkarten-Sets anbieten, mit denen jeder die Installation in seiner Praxis prüfen könne.

Die Vertreterversammlung bezeichnete die eGK in einem Beschluss als „sinnlose Verschwendung von Versicherten-geldern“ und lehnte besonders den Online-Abgleich von

Versicherten-Stammdaten ab. Deswegen solle der Vorstand in Verhandlungen mit den Krankenkassen im Rheinland erreichen, dass diese nicht nur erneut Pauschalen für Lesegeräte zahlen, sondern auch MKT+ Lesegeräte finanzieren, die nicht onlinefähig sind.

„Das werden die kürzesten Verhandlungen aller Zeiten“, prognostizierte Bernd Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein. Denn die Kassen hätten kein Interesse, diese Geräte zu zahlen, vor allem aber sei dies per Gesetz ausgeschlossen.

Weniger Vorwegabzüge, höhere RLV

Die KV Nordrhein will die Regelleistungsvolumen (RLV) stabilisieren. „Dafür müssen wir die Vorwegabzüge reduzieren“, sagte Potthoff. Während in Nordrhein 53 Prozent der Gesamtvergütung in die RLV fließen, beträgt der Anteil in Westfalen-Lippe 73 Prozent. Im Klartext: Fast die Hälfte der Honorare geht in Nordrhein an den RLV vorbei. Das soll sich ändern.

Bereits für das zweite Quartal 2011 hat die KV Nordrhein abgesenkte Kontingente gebildet, zum Beispiel für Narkosen bei zahnärztlicher Behandlung. Grundlage der Kontingente war der Leistungsbedarf des zweiten Quartals 2010, der mit dem Orientierungspunktwert von 3,5 Cent multipliziert und dann um zehn Prozent gesenkt wurde. Das gewonnene Geld fließt in die RLV.

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein fasste am 26. März 2011 zehn Beschlüsse. Sie betreffen vor allem die ambulante Tätigkeit von Kliniken, die elektronische Gesundheitskarte und den Honorarbereich.

Ambulante Tätigkeit von Kliniken

§ 116 und § 118: Streit der Sektoren befrieden

Die gesetzgeberischen Vorgaben zu den Paragraphen 116 und 118 Abs. 1 und 2 des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) in der vorliegenden Form haben aufgrund von Ungleichbehandlungen zu erheblichen Spannungen zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Klinikern geführt, was

für eine reibungslose Patientenversorgung sehr hinderlich ist. Aus diesem Grunde bitten wir den Gesetzgeber um Änderungen des § 116b SGB V in folgender Weise:

1. Es dürfen sowohl Klinikärzte als auch niedergelassene hochspezialisierte Fachärzte zur Abrechnung nach § 116b zugelassen werden. Hier müssen die gleichen Zulassungsregeln und Qualifikationsanforderungen gelten.

Dies gilt auch für die Regelungen nach § 118 Abs. 1 und 2. Die bisherigen Pauschalen in den Verträgen nach § 118 müssen aufgegliedert werden in ärztliche Leistungen und komplementäre Leistungen. Die ärztlichen Leistungen sind für Vertragsärzte und Klinikärzte gleich zu vergüten. Mit gleichen Anforderungen an Leistungsinhalte und Qualität sollten auch Vertragsärzte und deren Zusammenschlüsse in die Lage versetzt werden, komplementäre Leistungen analog den Institutsleistungen anbieten zu können.

2. Die Abrechnung aller Leistungen (in Klinik und Praxis) nach § 116b erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung. Dadurch sind Transparenz und einheitliche Qualitätskontrollen gewährleistet.

3. Die unterschiedlichen Finanzierungsprinzipien der Sektoren müssen über Zu- oder Abschläge kompensiert werden, um hier eine echte Chancengleichheit zu bewirken.

4. Alle Leistungen nach § 116b unterliegen einem Überweisungsvorbehalt durch einen Facharzt des entsprechenden Fachgebietes oder (nur bei bestimmten Leistungen) durch einen Hausarzt.

Antrag: Prof. Bernd Bertram, Dres. Lothar Rütz, Frank Bergmann und Mike Dahms

§ 116b: Kreisstellen einbeziehen

Der Vorstand der KV Nordrhein wird beauftragt, das eigene Procedere zum Paragraphen 116b des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) wie folgt zu modifizieren:

1. Bei an die KV Nordrhein gerichteten Anfragen zu Stellungnahmen zu Anträgen gemäß § 116b SGB V werden die Zuständigen der KV Nordrhein möglichst zeitnah die Vorstände der Kreisstellen der betreffenden Region in die erforderlichen Beratungen mit einbeziehen. Hierbei soll zudem – auch im Sinne des gemeinsamen und konstruktiven Agierens der ärztlichen Körperschaften – darauf hingewirkt werden, dass die ärztlichen Vertreter der die Anträge betreffenden Fachrichtung und Region, sowohl aus den Kliniken als auch dem Kreis der Niedergelassenen, in auf Kooperation ausgerichteten Gesprächen – möglichst unter Moderation von Vertretern der Ärztekammer – zu einer optimal sachgerechten und differenzierten Stellungnahme zu den Anträgen gemäß § 116b finden.

In Vorbereitung dieser Kooperationsgespräche werden die Kreisstellen der KV Nordrhein beauftragt, die gegebenenfalls betroffenen Mitglieder über alle neu gestellten Anträge zum § 116b zu informieren, damit diese bereits im Vorfeld die Möglichkeit zur Meinungsbildung und gegebenenfalls zur Kontaktaufnahme mit den beantragenden Klinikkollegen mit dem Ziele einer einvernehmlichen Lösung und der Konfliktvermeidung haben.

2. Die KV Nordrhein unterrichtet alle ihre gegebenenfalls betroffenen Mitglieder zu allen positiv gefällten Entscheidungen, die in der jeweiligen Region zu Anträgen gemäß § 116b gefällt werden oder wurden. Sie informiert

hierbei zudem über die jeweiligen Möglichkeiten eines Widerspruchs, Einspruchs oder einer Klage, die die Mitglieder nutzen können, sofern sie meinen, dass sie durch die positiven Bescheide zu Anträgen gemäß § 116b in ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit beschwert oder behindert werden.

3. Die KV Nordrhein wird bei solchem Vorgehen ihren Mitgliedern – im Rahmen ihrer Amts- respektive Fürsorgepflicht und gemäß ihrer Satzung – Hilfestellung geben.

Antrag: Wieland Dietrich und Dr. Ludger Wollring

Elektronische Gesundheitskarte

Kein Online-Abgleich der Stammdaten

Die VV der KV Nordrhein sieht in der für 2011 geplanten Ausgabe der sogenannten elektronischen Gesundheitskarte (eGK) eine vom Gesetzgeber zu verantwortende sinnlose Verschwendung von Versichertengeldern.

Die VV lehnt auch den zwecks forcierter Einführung beschrittenen Weg des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) ab, mittels Rechtsverordnung die bislang gesetzlich vorgeschriebenen Testverfahren außer Kraft zu setzen. In diesen Tests hat sich das Projekt bekanntlich als ganz überwiegend praxisuntauglich erwiesen.

Die VV lehnt den vorgesehenen, den Vertragsärzten zugewiesenen online-basierten Abgleich der Versicherten-Stammdaten durch die Praxen ab. Dies gehört in den administrativen Aufgabenbereich der Kostenträger und darf nicht als Vorwand für eine Online-Pflicht der IT-Systeme ärztlicher Praxen herhalten.

Die VV fordert aus diesen und aus datenschutzrechtlichen Gründen eine nicht online angebundene Version der Versichertenkarte, wie es der Beschlusslage der Deutschen Ärztetage entspricht.

Der Vorstand der KV Nordrhein wird aufgefordert, die Ärzte über die Möglichkeit der Weiterverwendung bestehender Geräte (MKT+ bzw. MF- Geräte) sowie über die Möglichkeit der Anschaffung nicht onlinefähiger Kartenlesegeräte zu unterrichten, die die eGK und die bisherige Krankenversichertenkarte lesen können (sogenannte MKT+ Geräte).

Antrag: Dr. Catharina Stauch und Wieland Dietrich

Neue Pauschalen vereinbaren

Die VV fordert, dass die KV Nordrhein in Verhandlungen mit den Krankenkassen eine Förderung nicht onlinefähiger eGK-Lesegeräte, sogenannter MKT+ Geräte, anstrebt.

Eine alleinige Förderung onlinefähiger Geräte wird in Anbetracht des Fortschreitens technischer Entwicklungen und der Jahre dauernden Implementierung des Versicherten-Stammdatendienstes abgelehnt.

Antrag: Dr. Heidemarie Pankow-Culot

Honorar

Nach Aufwand vergüten

Die VV der KV Nordrhein fordert den Gesetzgeber und die Vertragspartner des Bundesmantelvertrags auf, die ärztliche Tätigkeit zukünftig nicht primär diagnosebezogen, sondern nach tatsächlichem Arzt- und Therapeutenaufwand zu vergüten.

Antrag: Drs. Catharina Stauch, Heidemarie Pankow-Culot, Peter Loula, Jörg Wilhelmi, Gerd Höveler, Martin Grauduszus und Wieland Dietrich

Individuelle Gesundheitsleistungen fördern

Die VV der KV Nordrhein stellt fest, dass eine durchschnittliche Vertragsarztpraxis (Kassenpraxis) in Nordrhein allein aus KV-Einnahmen („Kasseneinnahmen“) nicht existenzfähig ist. Daher sind zur Existenzsicherung der durchschnittlichen Praxis weitere Einnahmen, etwa durch Erbringung von Selbstzahlerleistungen (Wahlleistungen), zwingend erforderlich. Dieser Sachverhalt bedeutet zugleich, dass der bestehende strukturelle Umfang der Sicherstellung nur aus Kasseneinnahmen heraus nicht möglich ist.

Die Vorstände der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der KV Nordrhein werden deshalb aufgefordert, Selbstzahlerleistungen (Wahlleistungen) als Mitgarant der Sicherstellung und zur Wiederherstellung einer hochwertigen Versorgung öffentlich – auch gegenüber dem Gesetzgeber im Hinblick auf das kommende Versorgungsgesetz – positiv zu bewerben, den Krankenkassen gegenüber offensiv zu vertreten und die Vertragsärzte und -ärztinnen bei deren Erbringung zu unterstützen. Beispielhaft sei hier das Vorgehen des Vorstands der KV Niedersachsen mit Verlautbarung vom 1. Februar 2011 erwähnt.

Antrag: Drs. Heidemarie Pankow-Culot, Catharina Stauch, Peter Loula, Martin Grauduszus, Gerd Höveler, Wieland Dietrich

Weitere Bereiche

Planwirtschaftliche Eingriffe beenden

Die KV Nordrhein lehnt jegliche weitere planwirtschaftliche Eingriffe in das bereits jetzt schon nicht mehr voll funktionsfähige System der gesetzlichen Krankenversicherung ab.

Antrag: Angelika Haus, Martin Grauduszus, Drs. Heidemarie Pankow-Culot, Lothar Rütz, Luger Wollring, Mike Dahms, Hans-Reinhard Pies, Thomas Fischbach, Jörg Hornivius, Holger van der Gaag, Prof. Bernd Bertram

Delegation statt Substitution

Der Gesetzgeber hat in § 63 Absatz 3c des fünften Sozi-

algesetzbuches (SGB V) die Möglichkeit für Modellvorhaben eröffnet und damit eine Diskussion zur Übertragbarkeit von ärztlichen Tätigkeiten auf Pflegekräfte ausgelöst. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) berät derzeit die Richtlinien zur Übertragbarkeit ärztlicher Tätigkeiten. Zur Heilkundeübertragungs-Richtlinie im G-BA tritt der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für eine sinnvolle Arbeitsteilung ein, die die Pflegekräfte genauso einbezieht wie die Medizinischen Fachangestellten (MFA).

Die Gesamtverantwortung bleibt beim Arzt. Er kann aber Aufgaben auf MFA und Pflegekräfte übertragen. Von der Teamarbeit der Gesundheitsberufe können alle Beteiligten, insbesondere aber die Patienten profitieren. Die Intention des Gesetzgebers ist richtig. Die Teamarbeit kann den Arzt unterstützen, wenn sie richtig angelegt ist.

Die Vertreterversammlung Nordrhein unterstützt den Vorstand der KBV bei seinen Bemühungen, die Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen durch Delegation ärztlicher Leistungen zu verbessern. Einer Substitution ärztlicher Leistungen erteilt die VV eine klare Absage, weil diese zu einer problematischen Verwischung der Kompetenzen und damit der Verantwortlichkeit für den Patienten führt.

Nach § 91 Abs. 5 SGB V ist bei Beschlüssen des GBA, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte ist, der BÄK Gelegenheit zur Stellungnahme zugeben. Die Vertreterversammlung fordert die KBV auf, im G-BA einvernehmliche Positionen mit der jeweiligen Stellungnahme der Bundesärztekammer zu vertreten und durchzusetzen.

Antrag: Prof. Bernd Bertram und Dr. Lothar Rütz

Allgemeininternist nur fürs Krankenhaus

Die Veröffentlichung des Vorstands im Internet-Angebot der KV Nordrhein zur Befähigung des neu eingeführten Allgemeininternisten zur ambulanten Tätigkeit als Hausarzt ist umgehend zu revozieren.

Antrag: Dr. Dirk Mecking

MVZ ärztlich geleitet

Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung ist vereinbart: „Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. Geschäftsanteile können nur von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern gehalten werden. Wesentlich ist dabei vor allem, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht und das MVZ von Ärztinnen und Ärzten verantwortlich geführt wird.“

Die VV begrüßt diese Änderung und fordert die Bundesregierung auf, in dem geplanten Versorgungsgesetz diese Änderung ohne Abstriche umzusetzen.

Antrag: Prof. Bernd Bertram und Dr. Lothar Rütz

Euro-Gebührenordnung zeigt Ausmaß der Unterfinanzierung

Zwischen Theorie und Praxis liegen Euro-Welten. Das zeigt die Euro-Gebührenordnung, die die KV Nordrhein im Internet präsentiert. So sollen Pädiater zum Beispiel für die Untersuchung der Sprachentwicklung eines Kindes (EBM-Nummer 04353) eigentlich 16,47 Euro bekommen, tatsächlich erhalten sie in Nordrhein aber nur 13,31 Euro.

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein hatte am 11. Februar beschlossen, die Unterfinanzierung der Versorgung deutlicher machen. Und zwar mithilfe der sogenannten Euro-Gebührenordnung, die auf der Homepage der KV Nordrhein abrufbar ist. Sie zeigt die Euro-Werte, die sich aus der Multiplikation der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) fixierten Punktwerte mit dem

bundesweiten Orientierungspunktwert ergeben. Dieser Wert zeigt dann den Betrag an, mit dem die Leistung theoretisch vergütet werden sollte.

Demgegenüber steht der Betrag, den die Praxen tatsächlich für eine Leistung erhalten. Dieser Wert ergibt sich aus der Multiplikation der im EBM gelisteten Punkte mit dem Punktwert, mit dem die Leistungen in Nordrhein im Durchschnitt 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.

Die Euro-Gebührenordnung finden Sie unter www.kvno.de [KV110412](#)

Haus- und Heimbesuche: Von der linken in die rechte Tasche

Das Honorar für bestimmte Haus- und Heimbesuche erhalten Ärztinnen und Ärzte seit 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.

Die Gesamtvergütung bleibt aber gleich. Die Regelleistungsvolumen (RLV) bereinigt die KV Nordrhein im haus- und fachärztlichen Bereich um diese Besuchsleistungen. Das heißt, die höhere Vergütung der Haus- und Heimbesuche schmälert das Honorar für andere Leistungen. „Das Geld wandert von der linken in die rechte Tasche“, kritisiert Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV

Nordrhein. Für das zweite Quartal 2011 sinkt das RLV der Hausärzte deswegen um 2,31 Euro.

Zudem hat die auf Bundesebene getroffene Regelung die Verhandlungen der KV Nordrhein mit den Kassen im Rheinland unterlaufen. „Wir waren gerade dabei, eine echte Honorarerhöhung für die Besuche zu vereinbaren“, berichtet Potthoff. Das sei nun erst mal vom Tisch.

Der Bewertungsausschuss hat zudem bestimmt, dass KVen und Krankenkassen wenn nötig „geeignete Maßnahmen zur Vermeidung ungewollter Ausweitungen der Besuchstätigkeit“ treffen. Sollte es zu extremen Steigerungen kommen, könnte es künftig Mengengrenzungen bei den Besuchen geben.

Die dringenden Besuche (EBM-Nrn. 01411 und 01412) werden wie bisher außerhalb der RLV vergütet. Es bleibt auch bei der Kontingentierung, so dass der Auszahlungswert sich in Abhängigkeit von der abgerechneten Leistungsmenge ändert.

Honorarinfos per Newsletter

Schnell, praktisch und zielgruppenspezifisch offeriert die KV Nordrhein vier Internet-Newsletter. Der KVNO-Ticker bietet Ihnen ab sofort aktuelle Informationen zum Thema Honorar und Abrechnung.

Der „KVNO-Ticker“ erscheint monatlich und informiert derzeit fast 2.200 Nutzer über die gesundheitspolitischen Aktivitäten und Termine in Nordrhein. Links verbinden die kurzen Beiträge zu den Quellen der Nachrichten, zu Hintergründen oder Anmeldeformularen für Veranstaltungen.

Jetzt greift der Ticker auch aktuelle Themen aus dem Honorarbereich auf, die für Sie in der Praxis wichtig sind. Hier erfahren Sie zum Beispiel Einzelheiten über die Regelleistungsvolumen, die Bewertung bestimmter Leistungen oder Änderungen aufgrund von Beschlüssen des Bewertungsausschusses.

Die Rubrik „Honorar“ ist nur eine Neuerung. Wir haben auch das Design des Tickers überarbeitet und die Texte stärker komprimiert. Und um den Ticker noch gezielter nutzen zu können, finden Sie alle Themen sofort im Inhaltsverzeichnis.

Die Anmeldung ist mit ganz wenigen Klicks erledigt; Sie benötigen nur eine E-Mail-Adresse. Die Newsletter der KV Nordrhein und die Anmeldung finden Sie unter www.kvno.de [KV110413](#)



Inhalt

Nordrhein

Vorstand für „Nachhaltigkeit“
Weiterbildungsverbund Viersen
Aus KVNO aktuell

Honorar

Neuer HWV schützt vor extremen Umsatzverlusten
Neue Zuschlagsregelung für Kooperationen
Sonstige Hilfen und Akupunktur-Leistungen
Versorgerpraxen vor Honorarverlusten schützen

Gesundheitspolitik bundesweit

Köhler und Müller in ihren Ämtern bestätigt
Rösler: Kodierrichtlinien erst 2012 einführen
Basis-Rollout läuft 2011 bundesweit
SG stärkt Ärzte im 116b-Streit

Arzneimittel

G-BA-Beschluss zu Glinidinen beanstandet

Sonstiges

G-BA erhöht Transparenz
Über zwei Millionen Pflegebedürftige

Nordrhein intern

Vorstand für „Nachhaltigkeit“

Der Vorstand der KV Nordrhein möchte in dieser Legislaturperiode vor allem eins erreichen: Der Begriff „Nachhaltigkeit“ soll für die Mitglieder kein Fremdwort mehr sein. Das hat der Vorstand in KVNO aktuell und gegenüber der Ärzte Zeitung kommuniziert.

„Die Angemessenheit der ärztlichen Vergütung bemisst sich nicht nur an der Höhe, sondern auch an ihrer Verlässlichkeit“, sagt der Vorsitzende der KV Nordrhein, Dr. Peter Potthoff. „Davon sind wir in der vertragsärztlichen Vergütung weit entfernt.“

In Honorarfragen sei lange Zeit viel mit heißer Nadel gestrickt worden, kritisiert der Gynäkologe. „Besonders die im Quartalsrhythmus schwankenden Regelleistungsvolumen erwecken eher den Eindruck eines zufälligen Geschehens denn eines seriösen Entgeltsystems.“

Potthoff und sein Vorstandskollege Bernhard Brautmeier halten Regelleistungsvolumen für sinnvoll, die ein Jahr gelten. „Das würde die Planungssicherheit für die Praxen deutlich erhöhen“, sagt Brautmeier. Er weiß, dass diese Vorstellung schwer umzusetzen ist. (Ärzte Zeitung, 25. Februar)

Weiterbildungsverbund Viersen

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

Am 16. Februar fand die feierliche Übergabe der Urkunde für den Weiterbildungsverbund in der Kinderklinik des Allgemeinen Krankenhauses Viersen statt. Auf eine Initiative der Kreisstellen der KV und der Ärztekammer Nordrhein haben

www.kvno.de

KV-Ticker | 03 2011

Die Titelseite des KVNO-Tickers aus dem März 2011

Newsletter der KV Nordrhein

KVNO-Ticker: Der gesundheitspolitische Nachrichtendienst der KV Nordrhein. Er bietet Ihnen nun auch aktuelle Honorar-Infos.

Internet: Der Newsletter zeigt, welche Dokumente und Rubriken aktuell das Internet-Angebot der KV Nordrhein ergänzen.

D2D: Infos für Nutzer der Telematik-Plattform D2D und Interessierte. D2D ermöglicht viele Kommunikations-

Anwendungen.

IT in der Praxis: Newsletter für Mitglieder der KV Nordrhein und Softwarehäuser, die Informationen über den Praxis-computereinsatz wünschen.

Praxis & Patient: Neues zu aktuellen Entwicklungen in der ambulanten medizinischen Versorgung in Nordrhein für Patienten – und die Praxishomepage.

Bundesausschuss ändert die Schutzimpfungs-Richtlinie

Im Oktober 2010 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Institutes (STIKO) Änderungen der Schutzimpfungs-Richtlinie beschlossen. Der Beschluss tritt nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger rückwirkend zum 21. Oktober 2010 in Kraft.

Die Änderungen und Ergänzungen der Schutzimpfungs-Richtlinie betreffen die Impfungen gegen Cholera, Masern, Meningokokken, Pertussis und Röteln. Bei der Impfung gegen

- Cholera erfolgte eine Präzisierung und Anpassung an die nationalen und internationalen Empfehlungen.
- Masern wurde für alle nach 1970 geborenen Erwachsenen (≥ 18 Jahre) mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit, eine einmalige Impfung vorzugsweise mit einem MMR-Impfstoff aufgenommen. Die Impfung wird besonders empfohlen für Beschäftigte im Gesundheitsdienst, in der Betreuung von Immundefizienten oder in Gemeinschaftseinrichtungen.
- Meningokokken erfolgte die Konkretisierung, dass die Immunisierung im zweiten Lebensjahr mit einer Dosis Meningokokken-C-Konjugatimpfstoff stattfindet.
- Pertussis wird bei den Indikationsimpfungen nunmehr von Frauen im gebärfähigen Alter gesprochen (statt von Frauen mit Kinderwunsch).
- Röteln wurde bei der Indikationsimpfung die zweimalige Impfung für ungeimpfte Frauen und Frauen mit unklarem Impfstatus im gebärfähigen Alter vorgesehen. Einmal geimpfte Frauen im gebärfähigen Alter erhalten eine zweite Impfung. Bei entsprechender Indikation sollte eine Impfung (bei zwei erforderlichen Impfungen die erste hiervon) mit einem MMR-Impfstoff erfolgen.

Die Abrechnungspositionen finden Sie in der Anlage 2 des Vertrages über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen. Die Schutzimpfungs-Richtlinie finden Sie unter www.kvno.de im Internet. [KV110414](#)

BKK Basell kündigt U10/U11-Vertrag zum 30. April 2011

Der Vertrag mit der BKK Basell über die Durchführung der U10/U11 – Kindervorsorge – endet zum 30. April 2011. Die Abrechnung der Symbolnummern 91710 bis 91713 ist ab 1. Mai 2011 nicht mehr möglich.

Fusion BKK vor Ort und Dräger & Hanse BKK zum 1. April 2011

Zum 1. April 2011 haben die BKK vor Ort und die Dräger & Hanse BKK unter dem Namen der BKK vor Ort (VKNR 18405) fusioniert. Die mit der Dräger & Hanse BKK abgeschlossenen Sonderverträge etwa über Schutzimpfungen für Auslandsreisenden oder die Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomvirus- Impfstoff (HPV) gelten weiter.

BKK Werra Meissner nimmt wieder am Hausarztvertrag der BKKen teil

Die BKK Werra Meissner hat die Kündigung der Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung der Betriebskrankenkassen zurückgezogen und nimmt seit 1. Januar 2011 wieder am Hausarztvertrag der BKKen teil.

Die aktuelle Liste der teilnehmenden BKKen finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KV110414](#)

Nachweis von Ringversuchszertifikaten nur noch elektronisch

Ärzte, die bisher einen Nachweis über ihre erfolgreiche Teilnahme an einem Ringversuch vorlegen mussten, reichen das Zertifikat ab dem 2. Quartal 2011 elektronisch über die Quartalsabrechnung ein. Die papiergebundene Dokumentation entfällt künftig. Der elektronische Nachweis von Ringversuchszertifikaten wurde mit dem Update für das zweite Quartal 2011 in die Praxis- EDV integriert.

Ein ausführliches Informationsblatt dazu halten die Serviceteams für Sie bereit. Sie finden die Info auch unter www.kvno.de [KV110414](#)

Mammographie-Screening – Änderungen beim Overhead-Aufschlag

Der Bewertungsausschuss hat den sogenannten Overhead-Aufschlag von zehn auf 1,5 Prozent gesenkt. Die Regelung gilt seit Jahresbeginn 2011. Die Absenkung hat keine Auswirkung auf das Honorar. Die Höhe des Honorars für Leistungen des Mammographie-Screenings bleibt unverändert. Reduziert wurde der organisatorische Overhead, da nach dem Aufbau der Versorgungsstrukturen die organisatorischen Kosten gesunken sind. Der Bewertungsausschuss plant, die Höhe des Aufschlags zum 1. Januar 2012 nochmals neu festzulegen.

Ausführliche Informationen finden Sie unter www.kvno.de [KV110415](#)

Änderung der Bewertung der EBM-Nummern im Abschnitt 1.7.3 Mammographie-Screening:

EBM Nummer	Bewertung alt Punkte	Bewertung neu Punkte
01750	1630	1505
01752	120	110
01753	2645	2440
01754	1855	1710
01755	3315	3060
01756	290	270
01757	315	290
01758	190	175
01759	850	785

Probatorische Sitzungen mit Bezugsperson sind abrechnungsfähig

Probatorische Sitzungen mit Bezugspersonen des Patienten sind ab sofort mit der EBM-Nummer 35150B abrechnungsfähig – analog der Regelungen nach Paragraph 14 Abs. 4 und 5 der Psychotherapie-Vereinbarung. Für

Aktuelle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomievertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen.

Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KV110415](#)

die Bezugsperson darf kein Abrechnungsschein angelegt werden, da die Abrechnung über den gegebenenfalls zu therapierenden Patienten erfolgt.

Änderungen der Kriterien zur Qualitätsbeurteilung Radiologie

Am 2. März 2011 sind die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 16. Dezember 2010 beschlossenen Änderungen der Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik in Kraft getreten.

Die Änderungen der Kriterien zur Qualitätsbeurteilung betreffen das Bewertungsschema, das von der KV Nordrhein für die Qualitätsüberprüfungen (Stichprobenprüfungen nach Zufallsprinzip) verwendet wird.

Durch das neue Bewertungsschema sollen die Qualitätsüberprüfungen bundesweit einheitlich durchgeführt und die erbrachten Leistungen von den jeweiligen Kommissionen anhand eines neu spezifizierten Bewertungskataloges auch einheitlich beurteilt werden. Ziel des neuen Bewertungsschemas ist die Optimierung der Ergebnisqualität.

Die aktuelle Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KV110415](#)

Humangenetik: Änderung bei der EBM-Nummer 11431 und Präambel

Der Bewertungsausschuss hat die Legende der EBM-Nummer 11431 aus dem Kapitel Humangenetik zum 1. April 2011 geändert. Die Untersuchung wird nicht an Tumormaterial, sondern wie andere genetische Untersuchungen auch an DNA aus Vollblut durchgeführt und setzt die Kenntnis des Befundes aus Tumormaterial entsprechend der EBM-Nummer 11430 voraus. Die modifizierte Leistungslegende soll zur Klarstellung beitragen.

Für Pathologen ist die EBM-Nummer 11431 ab 1. Juli 2011 nicht mehr abrechnungsfähig. Die Nummern 9 und 11 der Präambel des Kapitels 19 wurden entsprechend geändert. Damit ist in Abschnitt 11.4 des EBM ab 1. Ju-

li 2011 nur die Nummer 11430 für Pathologen bei Erfüllung der weiteren Voraussetzungen berechnungsfähig. Die Abrechnung der Nummer 11430 setzt eine Genehmigung der KV Nordrhein nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik voraus.

Hautkrebs-Screening: Genehmigung für die EBM-Nummer 19315 nötig

Zur Erbringung und Abrechnung der EBM-Nummer 19315 benötigen Sie eine Genehmigung der KV Nordrhein nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Histopathologie Hautkrebs-Screening.

Neufassung der Mammographie-Vereinbarung zum 1. April 2011

Am 1. April 2011 trat die Neufassung der Qualitätssicherungsvereinbarung zur kurativen Mammographie in Kraft. Bei den Neuerungen handelt es sich in erster Linie um Änderungen und Vereinfachungen der Kriterien für die Fallsammlungsprüfungen. Es gibt Neuerungen bei der Eingangsprüfung, neue Kriterien bei der Prüfung zur Aufrechterhaltung und aktualisierte Kriterien bei der Überprüfung der ärztlichen Dokumentation. Darüber hinaus wurden die Vorgaben für die Zusammenstellung der Fallsammlung geändert und Verfahrenshinweise festgelegt.

Die Neufassung der Mammographie-Vereinbarung finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KV110416](#)

Muster 56 – Rehabilitationssport und Funktionstraining – bleibt weiter gültig

Ursprünglich sollte das Muster 56 zur Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining zum 1. April 2011 aufgrund der Überarbeitung der Rahmenvereinbarung angepasst werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat mitgeteilt, dass sich die Anpassung verzögert. Sobald Muster 56 angepasst wurde, werden wir Sie informieren.

eDokumentation bei Krebsfrüherkennung Männer und Check up 35

Bei der Krebsfrüherkennungsuntersuchung Männer und der Gesundheitsuntersuchung für Männer/Frauen – Check up 35 – kann die bisher papiergebundene Dokumentation ab sofort auch elektronisch erstellt werden. Ein Ausdruck für die Patientenkartei ist nicht mehr nötig. Die Archivierung bei der elektronischen Dokumentation beträgt allerdings weiterhin fünf Jahre. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte hierzu rückwirkend eine Änderung der Richtlinien vorgenommen.

Verordnungen bei Selbstbehandlung kennzeichnen

Vertragsärzte, die Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, können Selbstbehandlungen oder Behandlungen ihrer mitversicherten Familienangehörigen nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abrechnen. Unter den Begriff Familienangehörige fallen Ehegatten, Kinder, Eltern, Großeltern, Schwiegereltern und Geschwister.

Wenn Sie einen Abrechnungsschein ohne Wert, Symbolnummer 91000, anlegen, können Sie eine Berücksichtigung im Rahmen der Richtgrößen- und Wirtschaftlichkeitsprüfung erreichen.

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

Das Kreuz mit dem Kreuz

Mit dem Aut-idem-Kreuz kann der Austausch von Arzneimitteln durch die Apotheke in medizinisch begründeten Einzelfällen ausgeschlossen werden. Ein genereller Ausschluss durch das Kreuz „aus sachfremden Erwägungen“ verstößt allerdings gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot. Dies geht aus einem Schreiben hervor, mit dem das Bundesgesundheitsministerium auf einen Bericht in der Zeitschrift „Spiegel“ reagiert.

Das Magazin berichtete am 31. Januar 2011, dass das Kreuz regional unterschiedlich häufig und bei ausgewählten Generikaherstellern gesetzt wird. In fast 15 Prozent setzen Ärzte ein Kreuz, so die Analyse von Insight Health. Regionale Unterschiede deuten nach Ansicht des „Spiegel“ darauf hin, dass einzelne Netze sich bestimmten Firmen verpflichten.

Bis 2002 war alles anders. Bis dahin erlaubten Ärztinnen und Ärzte per Kreuzchen den Austausch. Dann änderte der Gesetzgeber den Paragraphen 129 des Sozialgesetzbuchs V. Seit 2002 müssen Ärzte den Austausch aktiv verhindern. In den meisten Fällen ist der Wechsel von Arzneimitteln im Rahmen von aut idem unproblematisch. In der Praxis stellt sich hingegen die Frage: In welchen medizinisch begründeten Fällen sollte ich den Austausch mit dem Kreuz verhindern?

Aut idem und Rabattverträge

Der Austausch von Arzneimitteln in der Apotheke hat mit der Einführung der Rabattverträge an Bedeutung gewonnen. Denn seit April 2007 müssen Apotheker Rabattverträge bedienen, die die Krankenkasse mit einem oder mehreren Herstellern geschlossen hat. Existiert kein Rabattvertrag, gibt der Apotheker das verordnete Präparat oder eins der drei preiswertesten ab.

Critical dose drugs

Bei Wirkstoffen mit geringer therapeutischer Breite und steiler Dosis-Wirkungskurve können geringe Blutspiegelschwankungen klinisch relevant sein. Zu diesen sogenannten critical dose drugs zählen beispielsweise Levothyroxin, Antiepileptika und Immunsuppressiva.

Blutspiegel können einerseits durch gleichzeitige Nahrungsaufnahme und Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln variieren. Andererseits können die Blutspiegel durch schwankende Wirkstoffkonzentrationen in Arzneimitteln beeinflusst werden.

Wirkstoffkonzentrationen können sowohl von Charge zu Charge als auch von Generikum zu Generikum schwanken. Der Gesetzgeber erlaubt von Charge zu Charge Wirkstoffschwankungen von 90 bis 110 Prozent. Generika gelten als bioäquivalent, wenn die Bioverfügbarkeit des Arzneistoffs im Bereich von 80 bis 125 Prozent in Bezug auf das Originalpräparat liegt. Untersuchungen des Zentrallabors Deutscher Apotheker zeigen allerdings, dass die Schwankungsbreiten in praxi geringer sind.

Achtung: Wirkspiegel-Schwankungen

Das dosiskritische Levothyroxin wird in 12,5 oder 25 Mikrogramm-Schritten in der Dosierung angepasst. Geringe Schwankungen des Wirkspiegels können bei bestimmten Patientengruppen, beispielsweise bei TSH-suppressiver Dosierung klinische Effekte nach sich ziehen. Amerikanische Fachgesellschaften empfehlen daher bei einem Präparatewechsel, die Laborwerte zu kontrollieren. Zudem sind die Levothyroxin-Präparate relativ preiswert, so dass unter Rabattverträgen in diesen Fällen nur geringe Einsparungen zu erwarten sind.

Bei Antiepileptika können veränderte Wirkstoffspiegel stärkere Nebenwirkungen oder erneute Anfälle nach sich ziehen. Die Deutsche Gesellschaft für Epileptologie empfiehlt, die Präparate nicht ohne enge Kontrollen zu wechseln und bei gut eingestellten Patienten einen Präparatewechsel zu vermeiden.

Immunsuppressiva nach Organtransplantationen zählen ebenfalls zu den dosiskritischen Wirkstoffen. Die Deutsche Transplantationsgesellschaft weist darauf hin, dass bei einem Wechsel von Ciclosporin A- oder Tacrolimus-Präparaten die Blutspiegel bei Patienten kontrolliert werden müssen. Gerade in der gängigen Kombinationstherapie können sich die Wirkstoffspiegel der Immunsuppressiva gegenseitig beeinflussen.

In den beschriebenen Beispielen können Apotheker pharmazeutische Bedenken geltend machen und einen Aus-

tausch ausschließen. Bei kritischen Arzneimitteln sollte die Therapiehoheit und somit die Entscheidung für oder gegen ein bestimmtes Arzneimittel jedoch beim Arzt liegen.

Für eine gleichbleibende Versorgung der Patienten mit dosiskritischen Arzneimitteln sollten Sie stabil eingestellte Patienten nicht umstellen und den Austausch der Präparate mit dem Kreuz verhindern. Bei Neueinstellungen sollten aus wirtschaftlichen Gründen preiswerte Generika bevorzugt werden, bei denen dann der Austausch „mit dem Kreuz“ ausgeschlossen werden kann.

Blutzuckerteststreifen: Bundesausschuss schränkt Verordnungen ein

Nicht insulinpflichtige Diabetiker erhalten Harn- und Blutzuckerteststreifen nur noch in Ausnahmefällen. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen. Grund für die Einschränkung: Klinische Studien könnten keinen patientenrelevanten Nutzen für den Verlauf der Erkrankung belegen.

Nach dem Beschluss des G-BA vom 17. März 2011 können Ärzte ihren gesetzlich versicherten Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, die nicht mit Insulin behandelt werden, Harn- und Blutzuckerteststreifen nur bei instabiler Stoffwechsellage verordnen. Diese instabile Stoffwechsellage kann gegeben sein bei interkurrenten Erkrankungen oder bei Ein- oder Umstellung auf orale Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko. Je Behandlungssituation können Ärzte dann nach dem Willen des G-BA bis zu 50 Teststreifen verordnen.

Der Beschluss soll auch für Patienten gelten, die an einem Disease-Management-Programm teilnehmen. Ausgenommen sind jedoch Frauen mit Gestationsdiabetes, weil dieser nicht als Typ-2-Diabetes definiert ist.

Für die Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein ändert der Beschluss wenig. Denn der Orientierungsrahmen zur Verordnung von Blutzuckerteststreifen sieht in Nordrhein bereits seit 2002 eine zurückhaltende Verordnung vor. Für nicht insulinpflichtige Diabetiker sollten Blutzuckertest-

streifen nur in Ausnahmefällen verordnet werden. Diese Empfehlung ist Bestandteil der Richtgrößenvereinbarung.

Der Beschluss des G-BA tritt erst nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Das Bundesgesundheitsministerium hat zwei Monate Zeit, um den Beschluss zu prüfen.

Blutzuckerteststreifen verordnen

Der gemeinsame Orientierungsrahmen der KV Nordrhein und der nordrheinischen Verbände der Krankenkassen regelt die Verordnung von Blutzucker-Teststreifen. Daran ändert der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wenig.

Diagnose/ Therapie	Verordnungsfähigkeit von
Diabetes mellitus Typ 2 Diät und Tabletten	Urinteststreifen bisher: Blutzuckerteststreifen nur in Ausnahmefällen bei Folgeerkrankungen oder pathologischer Nierenschwelle; dann höchstens 50 Teststreifen pro Quartal neu: bei instabiler Stoffwechsellage bis zu 50 Teststreifen je Behandlungssituation (Beschluss des G-BA noch nicht in Kraft)
Insulin	Blutzuckerteststreifen, in der Regel 100 Teststreifen pro Quartal; maximal 200 Teststreifen pro Quartal
Diabetes mellitus Typ 1 generell	400 Blutzuckerteststreifen pro Quartal
ICT- und Pumptherapie generell	600 Blutzuckerteststreifen pro Quartal

Der Blickwinkel entscheidet – auch beim Nutzen

Bei der Diskussion über den Nutzen von onkologischen Therapien muss Transparenz herrschen – Transparenz über die beteiligten Akteure und ihre jeweiligen Ziele. Das fordert der Arzt und Medizinethiker Prof. Georg Marckmann, Direktor des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der Universität München.

„In der onkologischen Versorgung gibt es viele Player mit unterschiedlichen Interessen“, sagte Marckmann bei einer gemeinsamen Fortbildungsveranstaltung der KV Nordrhein und der Deutschen Krebsgesellschaft am 23. Februar in Düsseldorf. Es gehe nicht nur um die Frage: Nutzen wofür?, sondern auch um: Nutzen für wen?

Die verschiedenen Akteure hätten teils übereinstimmende, teils divergierende Zielvorstellungen. „Was im Mittelpunkt stehen sollte, ist der Nutzen für den Patienten.“ Transparenz mindere auch die Gefahr, dass die Patienten von anderen Gruppen instrumentalisiert werden.



Das AMNOG treibt die Diskussion über den Nutzen an. Rund 70 Interessierte lockte das Thema am 23. Februar ins Haus der Ärzteschaft.

Das Behandlungsziel entscheidet

Nutzen lasse sich nicht rein wissenschaftlich bestimmen, sondern setze auch Bewertungen voraus, sagte Marckmann. Um die Frage beantworten zu können, ob ein für den Patienten erstrebenswertes Behandlungsziel erreicht wird, müsse sowohl ein Werturteil gefällt werden: Welches Behandlungsziel ist erstrebenswert? als auch ein

medizinisch-fachliches Urteil: Kann das Behandlungsziel erreicht werden? „Beides gehört zusammen, wenn man bestimmen will, ob der Patient einen Nutzen hat“, sagte er. Die Nutzenbewertung ist kein neues Thema, betonte der Vorstandsvorsitzende der KV Nordrhein, Dr. Peter Potthoff. „Doch wegen der vielen Facetten des Begriffs, der unterschiedlichen Blickwinkel und Methoden zur Messung reißt die Diskussion in verschiedenen Wissenschaftsgebieten nicht ab.“ Zwar gebe es rund um die Nutzenbewertung eine Fülle von detaillierten Regelungen. Die dringlichste Frage bleibe aber, so Potthoff, „wann ist eigentlich der Nutzen eines Arzneimittels gegeben?“

Patienten wollen mehr Mitsprache

Die Patienten wollen stärker einbezogen werden – sowohl bei der allgemeinen Nutzenbewertung von onkologischen Therapien als auch bei der Entscheidung, welche Therapie der einzelne Patient erhalten soll. Das machte Barbara Braun vom Haus der Krebs-Selbsthilfe klar, einem Verbund von Krebs-Selbsthilfeorganisationen. „Patienten tragen gerne Mitverantwortung“, sagte Braun.

Aus Sicht der Krebskranken sollten bereits bei den Zulassungsstudien die patientenrelevanten Endpunkte unter Alltagsbedingungen berücksichtigt werden. Das betreffe insbesondere die Lebensqualität, die Letalität und die Morbidität. Liefern die Zulassungsstudien dazu keine Erkenntnisse, müssen zeitnah weitere Studien folgen, forderte sie. Sonst bestehe die Gefahr, dass sich Tumorpatienten einer Therapie unterziehen, die keinen Nutzen für sie haben. „Krebspatienten haben keine Zeit zu verlieren.“

Der Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft, Dr. Johannes Bruns, glaubt nicht, dass die Einführung einer frühen Nutzenbewertung für Arzneimittel durch das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) zu einer Verbesserung der versorgungsrelevanten Studienlage führen wird. „Das wird es nicht geben, denn das klare Ziel des AMNOG ist es, Geld aus dem System zu holen“, sagte Bruns. – Ilse Schlingensiepen

Die Veranstaltungsvorträge finden Sie unter www.kvno.de [W110419](#)

Die Vorsitzenden der Kreisstellen

Sie sind die „Filialen“ der KV Nordrhein vor Ort: die 27 Kreisstellen. Nach den Wahlen im vergangenen Jahr haben sich die neuen

Wofür sind die Kreisstellen zuständig? Eine wichtige Aufgabe ist laut Satzung der KV Nordrhein „die Überwachung der ordnungsgemäßen Ausführung des Notfalldienstes“. Dazu gehört es auch, die Ärztinnen und Ärzte zum Notfalldienst einzuteilen.

Die Kreisstellen geben auch Stellungnahmen zu Fragen des Bedarfes von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vor Ort ab, zum Beispiel bei Ermächtigungen oder bei Sonderbedarfs-Zulassungen. Gut 50 Fälle pro Jahr kommen meist zusammen. Und künftig sind sie auch in die Stellungnahmen zu ambulanten Tätigkeiten von Kliniken im Rahmen des Paragraphen 116b des SGB V einbezogen. Die Vorstände der Kreisstellen gehen zudem Beschwerden von Patienten nach, zum Beispiel weil angeblich Leistungen verweigert oder Wartezeiten als unzumutbar empfunden wurden.

Die meiste Zeit investieren die Kreisstellen-Vorstände in den Kontakt mit den Mitgliedern der KV Nordrhein vor Ort. Sie beraten die Ärzte und Psychotherapeuten in allen vertragsärztlichen Fragen – von Angesicht zu Angesicht, telefonisch, per Mail und Brief oder in den Kreisstellenversammlungen.

Kleve
Kirsten Rüter
Andrea Schax
Tichelweg 5
47574 Goch
02823 9282 849 Tel.
02823 9282 850 Fax
kreis.kleve@kvno.de



Dr. Brigitte Schmelzer
Augenärztin



Dr. HansJürgen Doerwald
Allgemeinmediziner

Wesel
Elke Bock
Silke Witt-Engelhardt
Haagstr. 8
47441 Moers
02841 2201 0 Tel.
02841 2484 1 Fax
kreis.wesel@kvno.de



Dr. Michael Weyer
Allgemeinmediziner



Dr. Rolf Keller
HNO-Arzt

Krefeld
Helga Krupp
Petersstraße 120
47798 Krefeld
02151 5696 0910 Tel.
02151 5696 0920 Fax
kreis.krefeld@kvno.de



Dr. Michael Knobloch
Gastroenterologe



Dr. Knut Krausbauer
Allgemeinmediziner

Viersen
Roswitha Hahn
Sandradstraße 47
41061 Mönchengladbach
02161 5678 55 Tel.
02161 5678 56 Fax
kreis.viersen@kvno.de



Dr. Heinz-Peter Maus
Allgemeinmediziner



Günter Weissweiler
Gynäkologe

Mönchengladbach
Brigitte Lehmann
Sandradstraße 47
41061 Mönchengladbach
02161 5674 92 Tel.
02161 5678 56 Fax
kreis.moenchengladbach@kvno.de



Dr. Arno Theilmeier
Gastroenterologe



Dr. Anand Dave
Chirurg

Rhein-Kreis-Neuss
Silke Kochte
Tersteegenstraße 3
40474 Düsseldorf
0211 5970 8580 Tel.
0211 5970 8582 Fax
kreis.neuss@kvno.de



Dr. Dr. Gerhard Steiner
Allgemeinmediziner



Dr. Norbert Weinelt
Chirurg



Kreisstellenvorstände konstituiert. Wir zeigen Ihnen die Vorsitzenden (linkes Bild) und deren Stellvertreter (rechtes Bild).

Oberhausen
 Susann auf der Springe
 Bamlerstraße 3 c
 45141 Essen
 0201 3841 6111 Tel.
 0201 3841 6120 Fax
 kreis.oberhausen@kvno.de



Dr. Heinrich Vogelsang
 Internist



Dr. Stephan Becker
 Allgemeinmediziner

Essen
 Simone Busbach
 Sabine Emmrich
 Bamlerstraße 3 c
 45141 Essen
 0201 3841 6112 o. 13 Tel.
 0201 3841 6120 Fax
 kreis.essen@kvno.de



Dr. Michael Hill
 Allgemeinmediziner



Dr. Ralph-Detlef Köhn
 Internist

Duisburg
 Monika Tokarski
 Nicole Zalter
 Großer Kalkhof 2 – 4
 47051 Duisburg
 0203 3186 3923 Tel.
 0203 3186 399 Fax
 kreis.duisburg@kvno.de



Dr. Helmut Gudat
 Internist



Dr. Rainer Holzborn
 Gynäkologe

Mülheim
 Kerstin Aufermann
 Bamlerstraße 3 c
 45141 Essen
 0201 3841 6116 Tel.
 0201 3841 6120 Fax
 kreis.muelheim@kvno.de



Dr. Dorothea Stimpel
 Internistin



Dr. Peter Grooterhorst
 Internist

Mettmann
 Heidrun Evers
 Tersteegenstraße 3
 40474 Düsseldorf
 0211 5970 8587 Tel.
 0211 5970 8582 Fax
 kreis.mettmann@kvno.de



Hans-Peter Meuser
 Allgemeinmediziner



Rolf-Hermann Jentsch
 Internist



Solingen
 Annemarie Jacob
 Peter-Knecht-Straße 4
 42651 Solingen
 0212 1203 5 Tel.
 0212 2076 57 Fax
 kreis.solingen@kvno.de



Dr. Renate Tewaag
 Radiologin



Heinrich Apfelstedt
 Chirurg

Wuppertal
 Birgit Iserlohn
 Sabine Stromberg
 Carnaper Straße 73 – 75
 42283 Wuppertal
 0202 4939 566 Tel.
 0202 4993 570 Fax
 kreis.wuppertal@kvno.de



Dr. Joachim Wittenstein
 Allgemeinmediziner



Dr. Joachim Pantel
 HNO-Arzt

Düsseldorf
 Claudia Beckmann
 Birgit Franke
 Tersteegenstraße 3
 40474 Düsseldorf
 0211 5970 8585 Tel.
 0211 5970 8582 Fax
 kreis.duesseldorf@kvno.de



Dr. Andre Schumacher
 Allgemeinmediziner



Dr. Dipl.-Psych. Andreas Soljan
 Psychologischer Psychotherapeut

Remscheid
 Carmen Fleischmann
 Burger Straße 211
 42859 Remscheid
 02191 1344 58 Tel.
 02191 2471 8 Fax
 kreis.remscheid@kvno.de

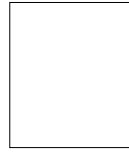


Walter Steege
 Allgemeinmediziner



Dr. Christoph Manske
 Internist

Rhein-Erft-Kreis
 Angelika Oberjetz
 Sedanstraße 10 – 16
 50668 Köln
 0221 7763 6731 Tel.
 0221 7763 6730 Fax
 kreis.erftkreis@kvno.de



Arend Rahner
 Gynäkologe



Dr. Klaus Schloter
 Allgemeinmediziner

Köln
 Eleonore Kronenberg
 Marion Kronenberg
 Monika Lamberti
 Sedanstraße 10 – 16
 50668 Köln
 0221 7763 6721 Tel.
 0221 7763 6722 Tel.
 0221 7763 6723 Tel.
 0221 7763 6700 Fax
 kreis.koeln@kvno.de



Dr. Jürgen Zastrow
 HNO-Arzt

Kreis Heinsberg
 Katharina Peters
 Habsburgerallee 13
 52064 Aachen
 0241 7509 134 Tel.
 0241 7509 190 Fax
 kreis.heinsberg@kvno.de



Heinz-Josef Vergoßen
 Allgemeinmediziner



Dr. Horst Gillessen
 Internist

Stadtkreis Aachen
 Roswitha Hilse
 Habsburgerallee 13
 52064 Aachen
 0241 7509 112 Tel.
 0241 7509 190 Fax
 kreis.aachen-stadt@kvno.de



Dr. Hans Claßen
 HNO-Arzt



Marion Ries
 Praktische Ärztin

Kreis Düren
 Sieglinde Kobus
 Roonstraße 30
 52351 Düren
 02421 9753 12 Tel.
 02421 9753 42 Fax
 kreis.dueren@kvno.de



Dr. Wolfgang Deiters
 Allgemeinmediziner



Dr. Achim Dohr
 Urologe



Wer sitzt im Vorstand?

In Nordrhein gibt es 27 Kreisstellen. Jede hat einen Vorstand. Der wiederum besteht aus jeweils sieben Vertragsärzten, einem Vertreter der Psychotherapeuten und einem Vertreter der ermächtigten oder angestellten Ärzte. Jeder Kreisstellenvorstand entsendet einen Vertreter in den Bezirksstellenrat, je nach Zugehörigkeit nach Düsseldorf oder Köln.

Die kompletten Kreisstellenvorstände finden Sie im Internet unter www.kvno.de 

Kreis Aachen
 Birgit Kemmerling
 Habsburgerallee 13
 52064 Aachen
 0241 7509 114 Tel.
 0241 7509 190 Fax
 kreis.aachen-land@kvno.de



Dr. Lothar Nossek
 Allgemeinmediziner



Dr. Thomas Ortman
 Gynäkologe

Euskirchen
 Gabriele Wißkirchen
 Gülhanim Yildiz
 Sedanstraße 10 16
 50668 Köln
 0221 7763 6752 Tel.
 0221 7763 6750 Fax
 kreis.euskirchen@kvno.de



Dr. Franz Josef Zumbé
 Allgemeinmediziner

Leverkusen
 Gabriele Reuter
 Sedanstraße 10 – 16
 50668 Köln
 0221 7763 6742 Tel.
 0221 7763 6740 Fax
 kreis.leverkusen@kvno.de

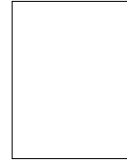


Dr. Thomas Eusterholz
 Augenarzt



Dr. Birgit Böttger
 Chirurgin

Rheinisch-Bergischer-Kreis
 Gabriele Wiskirchen
 Sabine Knipp
 Hauptstraße 257
 51465 Bergisch Gladbach
 02202 3470 3 Tel.
 02202 4361 7 Fax
 kreis.rhein-berg@kvno.de



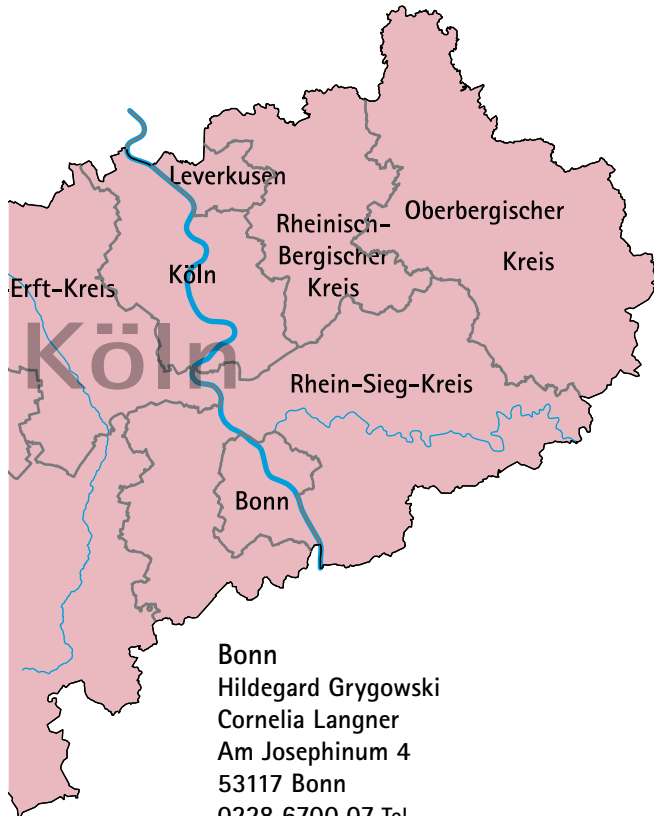
Dr. Heribert Wiemer
 Praktischer Arzt



Dr. Heiner Pasch
 Praktischer Arzt



Dr. Frieder Hutterer
 Praktischer Arzt



Oberbergischer Kreis
 Helga Müllenbach
 La Roche sur Yon Str. 14
 51643 Gummersbach
 02261 2505 0 Tel.
 02261 6548 6 Fax
 kreis.oberberg@kvno.de



Prof. August Wilhelm Bödecker
 Allgemeinmediziner



Dr. Martin Birkenfeld
 Internist

Bonn
 Hildegard Grygowski
 Cornelia Langner
 Am Josephinum 4
 53117 Bonn
 0228 6700 07 Tel.
 0228 6700 09 Fax
 kreis.bonn@kvno.de



Dr. Rupert Mayershofer
 Gastroenterologe



Dr. Wolfgang Beisel
 Allgemeinmediziner

Rhein-Sieg-Kreis
 Karin Hübsch
 Helga Ufer
 Wilhelmstraße 20
 53721 Siegburg
 02241 1777 0 Tel.
 02241 1777 11 Fax
 kreis.rhein-sieg@kvno.de



Reiner Cremer
 Allgemeinmediziner



Dr. Ibrahim Hasan
 Internist



Dr. Heinrich Zilliken
 Internist

Köhler und Müller bleiben an der Spitze

Der alte Vorstand ist auch der neue: Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bestätigte das Führungsduo Dr. Andreas Köhler und Dr. Carl-Heinz Müller.

Eigentlich sollte die Wahl erst im April stattfinden. Doch um der Stimme der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zum Beispiel bei der Diskussion um das Versorgungsgesetz das nötige Gewicht zu geben, wurde die KBV-Spitze bereits am 11. März gewählt. Köhler und Müller erhielten 39 respektive 40 Stimmen, vereinten also jeweils rund zwei Drittel der Delegierten hinter sich.

Starke Opposition im Süden

Ein Drittel der Stimmen entfielen auf die Gegenkandidaten – auf Dr. Werner Baumgärtner, den Chef von Medi Deutschland, und Dr. Dirk Heinrich, den Vorsitzenden des NAV-Virchowbundes. Beide hatten für einen Systemwechsel geworben und die Arbeit des KBV-Vorstands scharf kritisiert, unter anderem für einen „überzogenen Zentralismus“ und eine Honorarreform, die den Praxen wegen floatender Preise keine Planungssicherheit gebe.



Foto: KBV

Dr. Carl-Heinz Müller (l.) und Dr. Andreas Köhler führen die Kassenärztliche Bundesvereinigung auch in den kommenden sechs Jahren.

tungen im haus- und fachärztlichen Bereich sauber getrennt worden. Ein „Weiter so“ könne es aber nicht geben.

Starke nordrheinische Repräsentanz

Nicht nur der Vorstand der Bundesvertretung der niedergelassenen Ärzte- und Psychotherapeuten wurde an diesem Tage in Berlin gewählt. Auch der Vorsitz der Vertreterversammlung und die beratenden Fachausschüsse waren neu zu besetzen. Die nordrheinische Repräsentanz in Berlin ist stärker als bisher. Mit Dr. Andreas Gasen wählten die Delegierten einen Düsseldorfer Orthopäden zum zweiten stellvertretenden Vorsitzenden der Vertreterversammlung (VV). In dieser Position nimmt der 48-Jährige an wichtigen Sitzungen teil. Köhler kündigte an, die Vorsitzenden der VV unmittelbar in die Vorstandsarbeit einzubinden.

Psychologischer Psychotherapeut leitet VV

Zum Vorsitzenden der VV wählten die Delegierten Hans-Jochen Weidhaas. Erstmals steht damit ein Psychologischer Psychotherapeut an der Spitze der VV, der sich selbst als „Verfechter des Kollektivvertragssystems“ vorstellte.

Nordrheiner in allen Fachausschüssen

Präsent sind Rheinländer auch in allen beratenden Fachausschüssen. Bei den Hausärzten wählten die Delegierten Dr. Hans Reinhard Pies und Rainer Kötzle. Die fachärztlichen Interessen vertritt Dr. Frank Bergmann. Als stellvertretende Mitglieder im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie wurden als ärztliche Psychotherapeutin Dr. Gabriele Friedrich-Meyer und als psychologische Psychotherapeutin Barbara Lubisch gewählt.

Aus Nordrhein nach Berlin

In den Vorsitz der Vertreterversammlung (VV) und die beratenden Fachausschüssen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wählten die Delegierten Vertreter aus Nordrhein. Sie alle sind auch Mitglieder der VV der KV Nordrhein.



Dr. Andreas Gassen (48), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in Düsseldorf, drei Kinder, zweiter Vorsitzender der Vertreterversammlung der KBV. Gassen ist Vizepräsident des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und Vorstandsmitglied des Deutschen Facharztverbandes.



Dr. Hans-Reinhard Pies (59), hausärztlich tätiger Internist aus Nettetal. Er ist Mitglied des Hauptausschusses und Sprecher des Vorstandsausschusses „Kodieren“ der KV Nordrhein. Außerdem ist Pies Landesvorsitzender Nordrhein des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) und Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Hausärztliche Internisten im BDI.



Dr. Gabriele Friedrich-Meyer (58), Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin aus Bonn. Sie ist Vorsitzende der Sektion des Berufsverbandes der ärztlichen Psychoanalytikerinnen und -analytiker in der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie, in deren geschäftsführendem Vorstand sie mitwirkt.



Rainer Kötzle, Hausarzt in Aachen. Er ist zudem Mitglied des Deutschen Hausärzteverbands, dessen Vorsitzender er von 2005 bis 2007 war.



Dr. Frank Bergmann (53), Neurologe und Psychiater aus Aachen, Vorsitzender der VV der KV Nordrhein. Bergmann ist zudem Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte und des Landesverbandes Nordrhein.



Dipl.-Psych. Barbara Lubisch (55), Psychologische Psychotherapeutin aus Aachen. Sie ist Landesvorsitzende Nordrhein der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung und deren stellvertretende Bundesvorsitzende. Außerdem ist sie Beisitzerin im Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW.

Bund und Land wollen mehr

Hygiene gegen multiresistente Erreger

Am 16. März hat das Kabinett den Entwurf eines „Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze“ beschlossen. Durch das Gesetz soll die Hygienequalität in Krankenhäusern und bei medizinischen Behandlungen verbessert werden.

Inkrafttreten soll das Gesetz bereits Mitte Juli 2011. Parallel dazu ist auch die nordrhein-westfälische Landesregierung tätig geworden und hat einen „Aktionsplan Hygiene“ entwickelt.

Mit dem auch als „Hygienegesetz“ bezeichnete Gesetz sollen demnächst alle Bundesländer verpflichtet werden, Krankenhaushygieneverordnungen zu erlassen. In Nordrhein-Westfalen gibt es eine solche Verordnung bereits seit 1989; sie wurde im vergangenen Jahr aktualisiert. Neben der Verbesserung der Krankenhaushygiene sind weitere Maßnahmen geplant, die das gesamte Gesundheitswesen betreffen.



Foto: Peter Atkins – Fotolia.com

Händedesinfektion ist eine wichtige Maßnahme, um die Hygiene zu verbessern und das Übertragen von Erregern zu verhindern.

fachgerechten Einsatz von Diagnostika und Antiinfektiva erarbeiten. Diese sollen für die Ärzte rechtsverbindlich sein.

Der Gesetzgeber verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss, in seinen Richtlinien Maßnahmen zur Verbesserung der Hygienequalität vorzugeben. Die Bewertung der Hygienesituation in den Krankenhäusern soll in die Qualitätsberichte der Krankenhäuser aufgenommen werden.

Geld für ambulante MRSA-Therapien

Auch der ambulante Versorgungsbereich wird in den Kampf gegen Infektionen mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA) einbezogen: Niedergelassene Ärzte sollen für die ambulante Therapie von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patienten eine Vergütung erhalten, ebenso für die diagnostische Untersuchung von Risikopatienten. Die Finanzierung der gegebenenfalls erforderlichen Untersuchungen war bisher nur bei kurativ-ambulanten Leistungen möglich. Damit will der Gesetzgeber die Versorgung von MRSA-Patienten verbessern und ermöglichen, dass valide Daten ermittelt werden. Auch die Weiterverbreitung von MRSA über den Weg vom Krankenhaus zum Pflegeheim soll eingedämmt werden.

„Aktionsplan Hygiene“ in NRW

In NRW will Gesundheitsministerin Barbara Steffens mit dem „Aktionsplan Hygiene“ den Schutz vor Krankheitserregern verbessern und die Ausbreitung multiresisten-

Eine neu einzurichtende Kommission „Antiinfektive Resistenzlage und Therapie“ soll zusammen mit der Kommission für „Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ Empfehlungen zum

ter Keime bekämpfen. Ihr Plan umfasst im Wesentlichen drei allgemeine Maßnahmen:

- Bessere Aufklärung der Bevölkerung
- Fortbildung von Mitarbeitern im Gesundheitswesen
- Stärkere Kooperation zwischen Krankenhäusern und ambulanten Einrichtungen.

Zudem sind Fortbildungen für Ärzte vorgesehen, zum Beispiel zum angemessenen Umgang mit Antibiotika. Der übermäßige und unsachgemäße Gebrauch von Antibiotika steht in der Kritik, da er als Hauptursache für die Zunahme resistenter Bakterien gilt. Steffens will das Frühwarnsystem für multiresistente Erreger (MRE) ausbauen und Hygienebeauftragte auch in Einrichtungen der

ambulanten und pflegerischen Versorgung einsetzen. Zur Umsetzung der Maßnahmen will die Landesregierung eine Million Euro zur Verfügung stellen. In der Landesgesundheitskonferenz, in der alle Verantwortlichen des Gesundheitswesens versammelt sind, sollen gemeinsam Strategien und Handlungsempfehlungen entwickelt werden.

Auch die KV Nordrhein will sich noch in diesem Jahr mit dem Thema befassen. Eine erste Veranstaltung zum Thema „Hygiene“ wird am 6. Mai im Haus der Ärzteschaft stattfinden. Fortbildungen für niedergelassene Ärzte zum Antibiotika-Einsatz und seinen Folgen sind für Ende des Jahres geplant.

Mehr Infos zu der Veranstaltung am 6. Mai unter www.kvno.de [KV110427](#)

Leserbrief

75 bis 225 vermeidbare MRSA-Todesfälle pro Jahr in Deutschland

In KVNO aktuell 1+2/2011 wiesen wir auf das MRSA-Netzwerk in der Euregio Rhein-Maas-Nord hin. In einem Infokasten berichteten wir, dass 40.000 Menschen pro Jahr in Deutschland an den Folgen von Infektionen mit Methicillin-resistentem *Staphylococcus aureus* (MRSA) sterben. Die Zahl ist zu hoch.

„Beim ‚Stichwort MRSA‘ übernehmen Sie die Annahme der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH), die von jährlich bis zu 800.000 Infektionen mit Krankenhauskeimen in Deutschland ausgeht. Mir sind die Annahmen der DGKH bekannt; die Vorstellung jedoch, dass alle 40.000 Tote durch MRSA verursacht sein sollen, ist meiner Erachtens eine Fehlinterpretation.“

Im Gegensatz zu diesen Annahmen wurden in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift in einem gemeinsamen Positionspapier des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance der Deutschen Sepsis-Gesellschaft, dem Aktionsbündnis Patientensicherheit und der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie Daten für nosokomiale Infektionen und den daraus resultierenden Todesfällen auf der Basis von Studienergebnissen hochgerechnet.

Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass in Deutschland jährlich 400.000 bis 600.000 nosokomiale Infektionen auftreten. Davon sind 20 bis 30 Prozent vermeidbar, also zwischen 80.000 und 180.000. Der Anteil an MRSA beträgt nach den validen Daten aus dem KISS-System fünf Prozent. Dies bedeutet, dass circa 4.000 bis 9.000 vermeidbare nosokomiale Infektionen pro Jahr in Deutschland durch MRSA verursacht werden.

Aufgrund epidemiologischer Studien bei chirurgischen Patienten aus zwölf deutschen Krankenhäusern und Schätzungen der European Centers for Disease Control geht man in Deutschland von jährlich 7.500 bis 15.000 Todesfällen aufgrund nosokomialer Infektionen aus. Der Anteil der vermeidbaren Toten entspricht 20 bis 30 Prozent, das sind 1.500 bis 4.500 Todesfälle. Auch hier beträgt der MRSA-Anteil fünf Prozent, sodass in Deutschland 75 bis 225 vermeidbare MRSA-Todesfälle auftreten. Diese Zahlen, die auf deutlich valideren Daten basieren als die Annahme der DGKH spiegeln das aktuelle Infektionspotenzial von MRSA in Deutschland am besten wieder.“

Prof. Sebastian W. Lemmen, Leiter des Zentralbereichs für Krankenhaushygiene und Infektiologie, Universitätsklinikum Aachen

„Bedarfsplanung ist für Liberale ein schreckliches Wort“

Eloquent und gut gelaunt – Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler präsentierte sich am 29. März im Duisburger Klinikum scheinbar unbeeindruckt vom Wahldebakel der FDP in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg. Zu der Veranstaltung eingeladen hatten die Kreisstelle Duisburg der KV Nordrhein und der FDP-Ortsverband.

Gut zwei Stunden stand er den gut 80 Ärztinnen und Ärzten, zumeist Niedergelassene, Rede und Antwort. Ein Thema: das Versorgungsgesetz. Rösler machte keinen Hehl daraus, dass er sich für die künftige Sicherstellung mehr Flexibilität und Wettbewerb wünsche.

Denn die in den 90er Jahren aufgelegte Bedarfsplanung sei inzwischen ein untaugliches Instrument. Wie aber mache man ländliche Regionen für Ärzte attraktiv?, fragte der Minister. Seine Antwort: allein durch Anreize. Die von der CDU vorgeschlagene Möglichkeit, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen Praxen in überversorgten Gebieten aufkaufen können sollten, bezeichnete er als „kalte Enteignung“.

Kodieren einfacher gestalten

Bei der Diskussion um die ambulanten Kodierrichtlinien steht Rösler auf Seiten der Niedergelassenen. Er berichtete von einem Besuch bei seinem Schwiegervater, der als Hausarzt in Goslar arbeitet. Der habe ihn gebeten, ihm doch einmal die Kodierrichtlinien zu erläutern: „Du bist doch Gesundheitsminister, das musst du doch können.“ Habe er aber nicht, räumte Rösler ein. „Die derzeit vorgesehene Kodiertiefe brauchen wir vielleicht nicht“, erklärte der Minister, „wir sind Ärzte und keine Statistiker.“

Auch bei der Diskussion über die ambulante Tätigkeit von Kliniken auf Basis des Paragraphen 116b SGB V (hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen) will Rösler den Praxen helfen. „Wir brauchen Wettbewerb auf Augenhöhe.“ Weil die Investitionen der Kliniken von den Ländern finanziert würden, müssten die Krankenhäuser künftig Abschläge bei diesen Leistungen in Kauf nehmen.

Zum Schluss appellierte Rösler an die Ärztinnen und Ärzte, auch einmal die guten Dinge zu würdigen: „Wer immer nur schlecht über die Niederlassung redet, darf sich nicht wundern, wenn er keinen Nachfolger findet.“



Diskutierten in Duisburg über aktuelle Entwicklungen in der Gesundheitspolitik (v.l.): Dr. Helmut Gudat, Vorsitzender der Kreisstelle der KV Nordrhein, Dr. Uso Walter, Vorsitzender des HNO-net NRW, Frank Albert, stellv. Vorsitzender der FDP Duisburg und Gesundheitsminister Dr. Philipp Rösler.

Nordrheinischer Praxisbörse

Informationen rund um
Praxisabgabe und Nachfolge

Samstag, 7. Mai 2011

9 bis 14 Uhr | Haus der Ärzteschaft | Düsseldorf



informieren

- Perspektiven der Niederlassung | Bernd Brautmeier, KV Nordrhein
- Vorgehen bei einer Praxisabgabe | Dr. Horst Bartels, KV Nordrhein
- Praxisübergabe – Schritte in die Niederlassung | Marcus Fox, KV Nordrhein
- Praxiswertermittlung | Bastian Koecke, Treumerkur
- Abgabestrategien für Praxisabgeber | Thomas Karch, VP Med Steuerberatung
- Finanzierung einer Praxis | Marcus Dormuth, Apobank
- Die Altersrente der Ärzteversorgung | Steffen Breuer, Nordrhein. Ärzteversorgung
- Betriebswirtschaftliche Grundlagen | Richard Blume, Stürcke Et Blume

beraten

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

kontaktieren

Abgeber treffen Nachfolger. An schwarzen Brettern
können Sie Ihre Praxis vorstellen, Angebote formulieren
oder eine Suchanzeige aufgeben



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

www.kvno.de

Krebsfrüherkennung elektronisch dokumentieren – aber nur bei Männern

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im März fragten viele Praxen nach der Dokumentation von Vorsorge-Untersuchungen, der Verordnung Physikalischer Therapie und der Abrechnung von Telefonkosten.

Kann ich die Vorsorge auch elektronisch dokumentieren?

Teilweise ja. Die Dokumentation zur Gesundheitsuntersuchung für Männer und Frauen und zur Krebsvorsorgeuntersuchung bei Männern können Sie nun elektronisch durchführen. Die entsprechenden Richtlinien hat der Gemeinsame Bundesausschuss zum März 2011 geändert.

Achtung: Bei der Krebsvorsorgeuntersuchung bei Frauen ist weiter eine Dokumentation auf Papier nötig.

Wie erfolgen Verordnungen bei der „Physikalischen Therapie“?

Bei der Physikalischen Therapie wird innerhalb der Diagnosegruppen unter anderem nach Behandlungsbedarf sortiert. Sofern dies medizinisch erforderlich ist, erlaubt der Heilmittel-Katalog den Wechsel zu einer Diagnosegruppe höheren Schweregrades.

Ein Beispiel: Bei einer Verordnung nach Indikationsschlüssel WS1 „Wirbelsäulenerkrankung mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf“ sieht der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung konsentierten Fragen-Antwort-Katalog, verlaufsabhängig im Einzelfall einen Wechsel von WS1 auf WS2 vor.

Die bereits erfolgte Verordnungsmenge ist auf die Gesamtverordnungsmenge anzurechnen und die Behandlung

im Regelfall fortzuführen, bis die Gesamtverordnungsmenge erreicht ist. Bitte beachten Sie, dass mit den Indikationen WS1, EX1 und EX2 keine Verordnung außerhalb des Regelfalles möglich ist.



Erster Ansprechpartner für die Praxen: Die Serviceteams der KV Nordrhein

Können wir die Nummer 80230 für jedes Telefonat ansetzen?

Nein, die Nummer 80230 (telefonisches Gespräch mit dem Krankenhaus zur stationären Aufnahme des Patienten) können Sie nur abrechnen, wenn Sie als behandelnder Arzt mit dem Krankenhaus wegen einer erforderlichen stationären Behandlung sprechen müssen. Die Nummer 80230 können Sie in diesem Fall je Gebühreneinheit eintragen; Sie erhalten 6 Cent pro Einheit.

KBV sucht familienfreundliche Praxen

Arbeit und Familie – wie lässt sich beides gut verbinden? Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bietet ab Mai eine Internetplattform an, um Methoden zu entwickeln, die zur Vereinbarung der Familie und der Arbeit führen.

Eine Umfrage der KBV bei 12.500 Medizinstudierenden im Sommer 2010 hat ergeben, dass für 96 Prozent die Vereinbarkeit von Beruf und einem funktionierenden Familienleben wichtig ist. Dazu will die KBV mit einer Internetplattform beitragen. Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten und Medizinische Fachangestellte können dort in einem Blog ihre eigenen positiven Erfahrungen und Lösungswege aus-

tauschen. Darüber hinaus will die KBV eine Broschüre erstellen, die positive Beispiele für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verdeutlicht. Hierfür braucht die KBV Ihre Mithilfe. Haben Sie zum Beispiel ein gelungenes Konzept in Ihrer Praxis? Was machen Sie als Hausärztin oder Hausarzt mit Ihren kleinen Kindern, wenn Sie zu einem Hausbesuch gerufen werden? Gibt es bei Ihnen individuelle Elternzeitmodelle? Jedes Beispiel kann den Kolleginnen und Kollegen Idee und Anreiz für ähnliche Projekte sein und durch die Interaktion auch gemeinsam erschaffen werden.

Wer seine Erfahrungen oder Lösungen mitteilen möchte, kann dies per E-Mail tun: familie@kbv.de

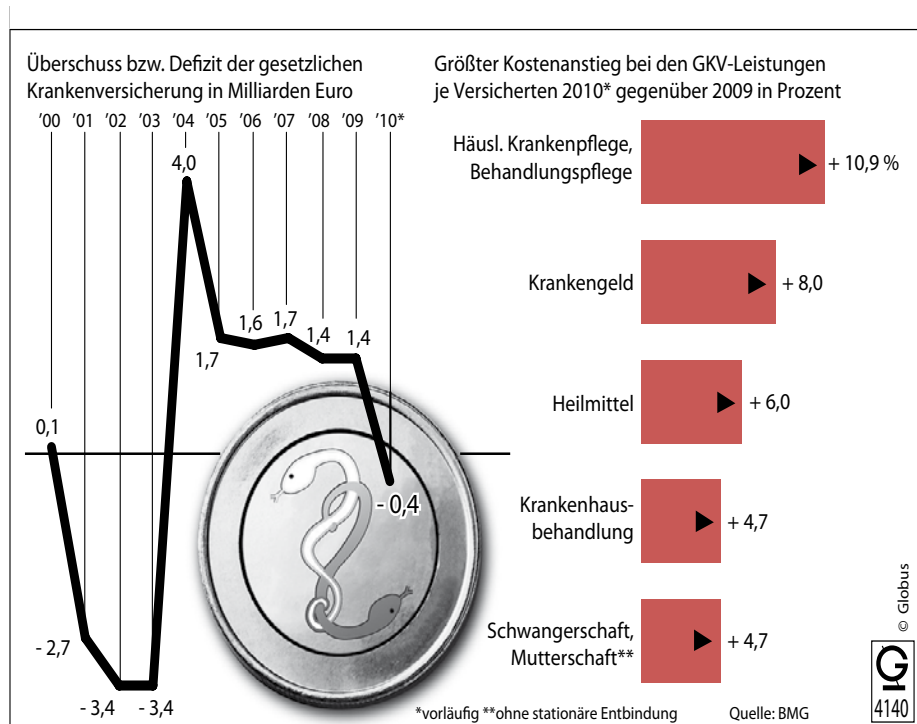
Die Internetseite „Praxis und Familie“ wird ab Mai erreichbar sein unter www.praxis-und-familie.de.

Krankenkassen im Minus

Nach einem Überschuss von 1,4 Milliarden Euro in den Jahren 2008 und 2009 landeten die gesetzlichen Krankenkassen 2010 unterm Strich bei einem Defizit von 445 Millionen Euro. Nach den vorläufigen Zahlen des Bundesgesundheitsministeriums standen den Einnahmen von 175,3 Milliarden Euro Ausgaben in Höhe von rund 175,7 Milliarden Euro gegenüber.

Gestiegen sind im Vergleich zu 2009 vor allem die Ausgaben für häusliche Krankenpflege bzw. Behandlungspflege (plus 10,9 Prozent je Versicherten), Krankengeld (plus 8,0 Prozent), Heilmittel (plus 6,0 Prozent) sowie die Krankenhausbehandlung und die Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschutz (jeweils 4,7 Prozent). Moderat fiel der Anstieg bei den Arzneimittelausgaben (1,3 Prozent) und für

ärztliche Behandlungen (2,6 Prozent) aus. Insgesamt haben sich die Ausgaben für Leistungen je Versicherten um 3,1 Prozent erhöht. Dazu kam ein Zuwachs von 6,2 Prozent bei den Verwaltungskosten.



Marktplatz für Innovationen

Ihre zweite Versorgungsmesse veranstaltet die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vom 3. bis 5. Mai 2011 in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften. Schwerpunktthema der Veranstaltung ist die sektorenübergreifende Versorgungsorganisation.

Die Messe dient als Plattform für den Austausch zwischen Ärzten und Psychotherapeuten, Krankenkassen und Entscheidungsträgern aus Politik und Verwaltung. Sie können sich einen Überblick über die Angebote verschaffen, Kontakte knüpfen und Kooperationen schließen.

Am Hauptveranstaltungstag, dem 4. Mai, stellen rund 30 Aussteller, darunter auch mehrere Ärztenetze, innovative Projekte vor. Einen Themenschwerpunkt bilden Konzepte zur koordinierten

Zusammenarbeit unterschiedlicher Versorgungsbereiche. Am 3. Mai werden mit dem Thema „Zukunftsperspektive Praxis“ gezielt Nachwuchsmediziner angesprochen: Im Fokus der Diskussion steht die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Am 5. Mai erwartet Besucher ein Workshop-Programm, bei dem sie sich zum Beispiel über Kooperationsstrukturen und -formen informieren können.

Mehr Infos und die Anmeldung unter www.versorgungsmesse.net



Qualitätszirkel-Neugründungen

Thema Schul- und berufsgruppenübergreifende Psychotherapie
Kontakt Dr. Jürgen Junglas
Birlinghovener Straße 39 c
53757 Sankt Augustin
Telefon 02241 3970 571
Telefax 02241 3360 61
Termin ab März 2011, 4-6x/Jahr
Ort Bonn und Köln

Thema Ausgewählte Kapitel aus Psychotherapie, Psychologie und Medizin – Schwerpunkt Schematherapie
Kontakt Dipl.-Psych. Dobrina Turowski
Nonnenwerthstraße 59
50973 Köln
Telefon 0221 5103 358
Termin mittwochs 19 Uhr
alle 6-8 Wochen
Ort Köln-Sülz/Meckenheim

Thema Psychotherapie/Fallkonferenz
Kontakt Dipl.-Psych. Tamara Hilger
Alter Schulweg 21
51429 Bergisch Gladbach
Telefon 02204 837 05
E-Mail tamara.hilger@gmx.de
Termin 3. Mittwoch im Monat
19.30 Uhr
Ort wechselnd in Praxen

Thema Fallkonferenz (Verhaltenstherapie und EMDR)
Kontakt Dipl.-Psych. Annemarie Plumpe-Dieterich
Dönhoffstraße 40
51373 Leverkusen
Telefon 0214 500 8810
Termin 6 x pro Jahr
Ort Leverkusen und Köln

Thema Arbeitskreis Traumatherapie
Kontakt Gisela Vigener-Emonds
Oppenhofallee 49
52066 Aachen
Telefon 0241 4758 5416
Termin alle 2 Monate
19.30 – 22.30 Uhr
Ort Oppenhofallee 49, Aachen

Kontakt

KV Nordrhein
Ilma Reißner-Gislason
Telefon 0211 5970 8110
Katharina Ernst
Telefon 0211 5970 8361
Telefax 0211 5970 8160
E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de

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

Infomarkt für Medizinische Fachangestellte

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

- Abrechnungsfragen
- IGeL-Abrechnungen
- Impfungen
- Verträge
- Qualitätsmanagement
- Praxisgebühr
- Hilfsmittel
- D2D-Abrechnung

Termin 18. Mai 2011, 13 bis 17 Uhr
Ort Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein,
Sedanstraße 10-16, 50668 Köln

MFA-Fortbildungen: Operieren, Pharmakotherapie und IGe-Leistungen

Die Abrechnung von Leistungen aus dem EBM-Kapitel 31, aus dem AOP-Vertrag und Fallbeispiele aus Praxen von Orthopäden, Chirurgen und Augenärzten 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 (MFA). Mit Richtgrößen und den rechtlichen Grundlagen der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln befasst sich die Veranstaltung „Pharmakotherapie“.

Die Seminare finden Mittwochs von 15 bis 17.30 Uhr statt.

Thema	Termin	Ort
Ambulantes Operieren	11. Mai 2011	Kreisstelle Aachen, Habsburgerallee 13, 52064 Aachen
Pharmakotherapie	18. Mai 2011	Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Word-Einführung	28. Mai 2011	Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Ambulantes Operieren	1. Juni 2011	Bezirksstelle Köln, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln
Ambulantes Operieren	15. Juni 2011	Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Abrechnung Hausärzte	22. Juni 2011	Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
IGe-Leistungen	29. Juni 2011	Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Anmeldung
Nordrheinische Akademie
Tersteegenstraße 3
40474 Düsseldorf
Telefon 0211 4302 2835
Telefax 0211 4302 2809
E-Mail akademie@kvno.de

Termine

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	KVNO-Forum: „Hygiene und Infektionen“, Düsseldorf
■ 7.5.2011	KV Nordrhein: „5. Nordrheinischer Praxisbörsentag“, Düsseldorf
■ 11.5.2011	KV Nordrhein: „MFA-Fortbildung – Ambulantes Operieren (Orthopädie/Chirurgie)“, Aachen
11.-13.5.2011	Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2011, Berlin
11.5.2011	Hauptstadtkongress: Tag der Niedergelassenen 2011, Berlin
■ 18.5.2011	KV Nordrhein: „MFA-Fortbildung – Pharmakotherapie“, Düsseldorf
■ 18.5.2011	KV Nordrhein: „Infomarkt für Medizinische Fachangestellte“, Köln
■ 18.5.2011	KVNO-Forum: „Fachärztliche Versorgung in Pflegeheimen“, Düsseldorf
21.5.2011	Nordrheinische Akademie für Fort- und Weiterbildung: „Fortbildungsprogramm Hautkrebs-Screening“, Düsseldorf
■ 21.5.2011	KV Nordrhein: „Evidenzbasierte Internetrecherchen“, Düsseldorf
■ 25.5.2011	Mitgliederversammlung der Kreisstelle Viersen der KV Nordrhein, Viersen
■ 28.5.2011	KV Nordrhein: „Word-Einführung für Mitglieder“, Düsseldorf
■ 28.5.2011	KV Nordrhein: „Word-Einführung für MFA“, Düsseldorf
31.5.-3.6.2011	Bundesärztekammer: „114. Deutscher Ärztetag“, Kiel
■ 1.6.2011	KV Nordrhein: „MFA-Fortbildung – Ambulantes Operieren (Augenärzte)“, Köln
■ 8.6.2011	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 15.6.2011	KV Nordrhein: „MFA-Fortbildung – Ambulantes Operieren (Augenärzte)“, Düsseldorf
■ 18.6.2011	KV Nordrhein und Selbsthilfeorganisationen: „13. Round Table“, Düsseldorf
■ 22.6.2011	KV Nordrhein: „MFA-Fortbildung – Abrechnung Hausärzte“, Düsseldorf
■ 29.6.2011	KV Nordrhein: „MFA-Fortbildung – Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“, Krefeld
■ 29.6.2011	KVNO Consult: „Praxisabgabe aus Sicht des abgebenden Arztes optimieren“, Düsseldorf
■ 29.6.2011	KV Nordrhein: „MFA-Veranstaltung – IGe-Leistung“, Düsseldorf
■ 1.7.2011	KVNO-Forum: „Behandlungsstandards und –konzepte in der Onkologie II“, Düsseldorf
■ 6.7.2011	KV Nordrhein: „MFA-Fortbildung – Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“, Eschweiler
■ 8.7.2011	KVNO-Forum: „Psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen“, Düsseldorf
■ 13.7.2011	Mitgliederversammlung der Kreisstelle Oberbergischer Kreis der KV Nordrhein, Wiehl
■ 20.7.2011	KV Nordrhein: „MFA-Fortbildung – Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“, Aachen
■ 14.9.2011	KV Nordrhein: „Infomarkt für Medizinische Fachangestellte“, Düsseldorf
■ 16.9.2011	KVNO-Forum: „Infektionen und ihre Rolle bei der Entstehung von Krebserkrankungen“, Düsseldorf
■ 23.9.2011	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 28.9.2011	KV Nordrhein: „MFA-Fortbildung – Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis, Moers
■ 30.9.2011	KVNO focus-Veranstaltung: „Zukunftsperspektive im Gesundheitswesen – Versorgungsstrukturgesetz“, Düsseldorf
■ 14.10.2011	KVNO-Forum: „Vaskuläre und degenerative ZNS-Erkrankungen“, Düsseldorf
■ 9.11.2011	KVNO-Forum: „Integrierte Versorgung in der Onkologie“, Düsseldorf
■ 16.11.2011	Mitgliederversammlung der Kreisstelle Remscheid der KV Nordrhein, Remscheid
■ 3.12.2011	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf

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

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Redaktion:

Ruth Bahners (verantwortlich)
Frank Naundorf, Karin Hamacher

Redaktionsbeirat:

Dr. Peter Potthoff, Bernd Brautmeier, Ruth Bahners

Druck:

Echo Verlag, Köln

Satz:

BCS, Düsseldorf

Anschrift der Redaktion:

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

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
eingesandte Manuskripte übernimmt die Redaktion keine Gewähr.

■ **Abrechnung:
Möglichkeiten
zur Übertragung**

■ **BSG:
Urteil über
Zweigpraxen**

■ **Daten:
Sicherung
in der Praxis**

■ **Überblick:
Krankenfahrten
richtig verordnen**

■ **Infektionen:
Gefahr durch
Multiresistenzen**

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.