

11+12 | 2011

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

## Hintergrund

Bedarfsplanung | Kleinräumige Analyse hilft nicht wirklich weiter

## Schwerpunkt

Konvergenz | Über 100.000 fordern gerechtere Verteilung

## Interview

Daniel Bahr | „Mehr Möglichkeiten zur Entscheidung für Organspende“

## Verordnungen

Heilmittel | Richtgrößen der meisten Fachgruppen steigen



Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

# Inhalt

## Schwerpunkt

---

- 2 Konvergenz: Über 100.000 zeichnen Petition

## Aktuell

---

- 4 Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe gestorben
- 4 Rudolf Henke neuer Präsident der ÄkNo
- 5 Kaum Startprobleme mit der eGesundheitskarte
- 6 Aus für Abrechnungsdaten auf Disketten
- 6 BKK für Heilberufe schließt Ende 2011
- 7 Was folgt nach dem Aus der Kodierrichtlinien?
- 8 Daniel Bahr: „Für eine Entscheidung zur Organspende“
- 10 Aktionsbündnis Organspende im Rheinland

## Praxisinfo

---

- 12 Kataraktvertrag Ersatzkassen
- 12 Neues Muster 10 für Laborüberweisungen
- 12 Vertrag Hautkrebs-screening unter 35 mit der Knappschaft
- 12 Keinen Arzt in Überweisungen vorgeben
- 13 Tonsillotomieverträge mit der AOK und Knappschaft
- 13 Homöopathie-Vertrag BKK Mobil Oil beendet
- 13 Ärzte müssen in Notfallpraxen durchgängig anwesend sein
- 13 Influenza: Land haftet für Impfschäden
- 14 Schutzimpfungs-Richtlinie angepasst

- 14 DAK-Teilnahmeerklärung Schizophrenie
- 14 Einige Kassen übernehmen Malariaphylaxe
- 14 Verordnung von Biopsiezangen
- 14 Sicherheitspapier nur für Formulare einsetzen
- 14 Psychotherapie: Ende schnell mitteilen
- 15 Version 2012 des ICD-10 im Internet abrufbar
- 15 Präventionsvertrag U10 und U11 mit der LKK NRW
- 15 BKK-Präventionsangebot U10 und U11
- 15 BKK-Vertrag Hautkrebs-screening unter 35
- 15 Richtlinie zur Empfängnisregelung geändert
- 15 EBM-Änderung zum 1. Oktober 2011
- 16 EBM-Änderungen zum 1. Januar 2012

## Verordnungsinfo

---

- 18 Pharmakotherapieberatungen in Nordrhein
- 20 Betäubungsmittel richtig verordnen
- 21 Flunitrazepam-Präparate auf BtM-Rezept verordnen
- 21 Olanzapin von der Me-too-Liste gestrichen
- 22 Heilmittel-Vereinbarung 2012: Mehr im Budget
- 23 Aktuelle AMNOG-Infos im Haus der Ärzteschaft
- 23 STIKO: Erstimpfung MMR und Varizellen trennen

## Hintergrund

---

- 24 Bedarfsplanung: Steuerungsmöglichkeiten reichen nicht
- 28 Niederlassen in Nordrhein

## Berichte

---

- 30 Vertreterversammlung für Konvergenz
- 34 Beratender Fachausschuss Hausärzte
- 35 Beratender Fachausschuss Psychotherapie
- 36 SAPV: Lebensqualität bis zum Ende
- 40 Europa im Dreiländereck

## Service

---

- 41 MRE: KV Nordrhein startet Fortbildungsreihe
- 43 Info-Paket zu Antibiotika-Verordnungen
- 44 Wie rechne ich Wegegelder ab?

## Bezirke

---

- 45 Mettmann gegen den Schlaganfall

## In Kürze

---

- 47 Online-CME-Angebote im Überblick
- 47 Intransparente Verbandstoffpreise – nicht mehr lange
- 47 Achtung: Neue Anschrift der KV Nordrhein
- 49 Schnelle Infos: Geben Sie uns Ihre Mail-Adresse
- 49 Zurückhaltend bei Antidepressiva
- 50 Veranstaltungen
- 52 Termine



## Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

das Jahr 2011 stand im Zeichen unseres Kampfes für die „Konvergenz“, also für ein angemessenes Honorar der Kolleginnen und Kollegen in Nordrhein-Westfalen. Im engen Schulterschluss mit den Vorstandskollegen der KV Westfalen-Lippe haben wir die eklatante Benachteiligung der ambulanten Versorgung in Nordrhein-Westfalen gegenüber dem Durchschnitt aller bundesdeutschen KVen auf die Agenda der Landes- und der Bundespolitik gebracht. Mit den anderen benachteiligten KVen auf Bundesebene haben wir in der LAVA-Gruppe für das gleiche Anliegen gestritten.

Wir haben für unseren Einsatz gegen die Benachteiligung einzelner Regionen viel Unterstützung erhalten. Aber dennoch bis zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe von KVNO aktuell – wenige Tage vor der Verabschiedung des Versorgungsstrukturgesetzes – keine verlässlichen Zusagen bekommen, dass der Gesetzgeber bereit ist, die Benachteiligung zu beenden.

Sollte es tatsächlich keine Regelung zur Konvergenz geben, so müssen wir der Politik schon heute ankündigen, dass dieses Thema nicht von der Agenda verschwinden wird. Wir werden nicht akzeptieren, dass für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung in Nordrhein-Westfalen deutlich

weniger Geld je Versichertem zur Verfügung steht als in den anderen Ländern.

Mit Ihrer Unterstützung und gemeinsam mit unseren Verbänden werden wir der Politik und der Bevölkerung bewusst machen, dass eine gerechte Verteilung der Mittel und die Zukunft der ambulanten Versorgung überall in Nordrhein-Westfalen zwei Seiten derselben Medaille sind.

Wir werden Sie per Schnell-Info über die Inhalte des Versorgungsstrukturgesetzes informieren, sobald der Deutsche Bundestag darüber abschließend beraten und abgestimmt hat. Trotz der noch ausstehenden Zustimmung durch den Bundesrat dürfte das Gesetz in der vom Bundestag zu beschließenden Fassung am 1. Januar 2012 in Kraft treten.

Wir wünschen Ihnen und Ihren Familien ein geruhiges Weihnachtsfest und ein gesundes, erfülltes und erfolgreiches Jahr 2012.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Peter Potthoff  
Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier  
Vorstand

## Über 100.000 zeichnen Petition – Minister Bahr sichert Prüfung zu

Mitte Oktober, nur rund sechs Wochen nach ihrem Start, hat die Petition für eine Anhebung der Honorare der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein-Westfalen auf den Bundesdurchschnitt über 100.000 Unterstützer gefunden. Die Forderung einer Anhebung der Ärzte-Honorare in den benachteiligten Regionen hat die Berliner Politik erreicht. Doch gewonnen ist noch nichts.

Für eine Anhörung vor dem Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages hätten bereits 50.000 Unterstützer gereicht. Tatsächlich zeichnete bis 20. Oktober mehr als die doppelte Zahl die Forderung.

### Noch kein Termin

Wann der Petent, der 1. Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), Dr. Wolfgang-Axel Dryden, seine Argumente für eine gesetzliche Regelung zur Anhebung der Honorare persönlich vortragen kann, steht noch nicht fest. Gleichwohl werten die Initiatoren die Aktion als großen Erfolg: Die Erwartungen der KVWL wie auch der KV Nordrhein und des Landesverbandes der Praxisnetze in NRW wurden um ein Vielfaches übertroffen.

Die große Zahl an Unterstützern verdeutlicht, wie dringlich und akut das Anliegen ist. Die Zahlen sprechen für sich: Im Bundesdurchschnitt zahlen die Kassen für ambulante Medizin 344 Euro pro Versicherten und Jahr; in Westfalen-Lippe sind es 318 Euro, in Nordrhein 328 Euro.

„100.000 Unterstützer sind eine klare Ansage an die Politik. Denn es wird kaum möglich sein, eine derart hohe Zahl von Stimmen einfach zu ignorieren. Wir fordern, dass der Gesetzgeber dieses Signal anerkennt und sich endlich um die Beseitigung der Versorgungsschieflage kümmert“, sagten Dryden, Dr. Peter Potthoff,

Vorsitzender des Vorstands der KV Nordrhein, und Dr. Heinrich Miks vom Landesverband der Praxisnetze. Die Initiatoren bedankten sich bei allen, die die Petition unterstützt haben.

### Vergütung anheben

Das Thema ist nicht nur auf dem Wege der Petition in Berlin angekommen, wo die ungerechte Verteilung der Gelder für die ambulante Versorgung ihren Ursprung hat – und wo sie nach dem Willen der KVen und der Praxisnetze in NRW auch beendet werden sollte. Sie wollen den Gesetzgeber drängen, die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung bundesweit zu vereinheitlichen, um gleiche Ausgangsbedingungen für die künftigen Honoraranpassungen zu schaffen – zumindest aber die benachteiligten Regionen auf den Bundesdurchschnitt anzuheben. „Eine solche Konvergenz der vertragsärztlichen Vergütung kann unter den gegebenen Bedingungen nur vom Bundesgesetzgeber durchgesetzt werden“, heißt es auf der Kampagnenhomepage.

Diese Forderung unterstützen sechs weitere KVen, die mit der KVWL und der KV Nordrhein in der sogenannten LAVA-Gruppe zusammengeschlossen sind; das Kürzel steht für: Länderübergreifender Angemessener Versorgungsanspruch. Vertreter der LAVA-KVen trafen sich Ende September mit Gesundheitsminister Daniel Bahr zu einem „ergebnisoffenen Meinungsaustausch“.

Im Mittelpunkt stand die Forderung der LAVA-KVen, im Rahmen der Gesetzgebung dafür zu sorgen, dass die für die ambulante Versorgung durch die Krankenkassen bereitgestellten finanziellen Mittel pro Versicherten und Jahr auf den gegenwärtigen bundesweiten Durchschnitt angehoben werden.

„Es ist nicht länger hinnehmbar, dass in Deutschland durch die Krankenkassen derart unterschiedliche Geldvolumina für die Versorgung der Patienten mit gleichen Erkrankungen zur Verfügung gestellt werden“, sagte Dr. Burkhard John, Vorsitzender der KV Sachsen-Anhalt. Dies führe unweigerlich zu einer medizinischen Versorgung von Patienten erster und zweiter Klasse, obwohl bundesweit einheitlich der gleiche Versorgungsanspruch der Versicherten bestehe.

### 500 Millionen Euro

Insgesamt würden dafür bundesweit rund 500 Millionen Euro benötigt. Dies sei ohne Erhöhung der Versichertenbeiträge oder Umverteilungen innerhalb des KV-Systems möglich. „Diese Finanzmittel haben die Kassen bereits entsprechend der Krankheitslast ihrer Versicherten aus dem Gesundheitsfonds erhalten, stellen diese jedoch nicht entsprechend für die ambulante Versorgung zur Verfügung. Dies ist ein Skandal, schließlich sind die Krankenkassen keine Sparkassen“, so John.

Obwohl die Kassen aus dem Gesundheitsfonds die Finanzmittel morbiditätsgewichtet erhielten, würden sie diese nach „altem Strickmuster“ und nicht nach Morbidität der Versicherten verteilen. Der Gesetzgeber sei gefordert, um im GKV-Versorgungsstrukturgesetz diesen Missstand zu „heilen“.

Dr. Volker Schrage, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Westfalen-Lippe, betonte die schon vorhandenen Versorgungsprobleme vor allem im hausärztlichen Bereich. Er übergab dem Minister ein Positionspapier, welches alle Vertreterversammlungen der LAVA-



KVen in den vergangenen Wochen verabschiedet hatten. Hierin wurde nochmals nachdrücklich die Angleichung der finanziellen Mittel für die ambulante Versorgung gefordert.

Gesundheitsminister Bahr wertete das Treffen als „informativ“ und einen „guten Argumentationsaustausch“. Er wolle prüfen, inwieweit die von den LAVA-Vertretern vorgetragenen Argumente Eingang in die parlamentarische Diskussion finden könnten.

### LAVA-KVen drohen mit Bundesverfassungsgericht

Doch bis Mitte November gab es keine Anzeichen für eine gesetzliche Regelung zur Anhebung der Honorare in den benachteiligten Regionen. „Sollte diese Chance einer gerechten Finanzierung erneut vergeben werden, strengen die LAVA-KVen über die jeweiligen Landesregierungen einen Normenkontrollantrag beim Bundesverfassungsgericht an“, kündigte Brandenburgs KV-Vorsitzender Dr. Hans-Joachim Helming nach einem Treffen der LAVA-Vertreter an.

Es sei politisch kurzsichtig, wenn die Chance, die sich mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz für eine Korrektur der Verteilung der Gelder für die ambulante Medizin biete, wieder einmal vertan würde, sagte Helming. „Diese Aussitzerei von Problemen seit vielen Jahren muss endlich ein Ende haben! Das Finanzdefizit in den Ländern der LAVA-KVen verschärft sich von Jahr zu Jahr weiter und muss dann mit einem viel größeren Aufwand als heute gelöst werden.“

Für eine angemessene Vergütung traten Vertreter der LAVA-Gruppe im Bundesgesundheitsministerium ein. Darunter aus Nordrhein Dr. Frank Bergmann (ganz links) und Dr. Peter Potthoff (Mitte).

Mehr Infos finden Sie auf der Kampagnen-Homepage unter [www.konvergenz-jetzt.de](http://www.konvergenz-jetzt.de)

## Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe gestorben



Anfang November starb der langjährige Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, im Alter von 71 Jahren nach kurzer schwerer Krankheit. Hoppe hat 18 Jahre lang bis zu seinem Tod an der Spitze der nordrheinischen Kammer gestanden. Zugleich war er von 1999 bis 2011 Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages.

Ärztekammer Nordrhein als Präsident und war auch in den KV-Gremien vertreten. Als außerordentliches Mitglied vertrat er acht Jahre lang die Interessen der Ärzteschaft in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und zwölf Jahre auf Landesebene in der KV Nordrhein.

Sein Lebenselixier war die Standespolitik und seine Leidenschaft der Arztberuf. Hoppe ging es um die Medizin und den Menschen, nie um die Macht. Er kämpfte für das vertrauensvolle, individuelle Patienten-Arzt-Verhältnis. Das System sollte für den Menschen da sein und nicht umgekehrt. Hoppe ist stets Arzt geblieben und hat sich seine Menschlichkeit bewahrt.

Von der bundespolitischen Bühne hatte er sich erst im Juni verabschiedet. Anfang der 70er Jahre entdeckte er seine Leidenschaft für die ärztliche Berufspolitik, die ihn nicht mehr los ließ. Mitte der 70er wurde er Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, zweiter Vorsitzender des Marburger Bundes und führte den Verband von 1979 bis 1989 als erster Vorsitzender. 1991 wurde er zum Vizepräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages gewählt, 1999 folgte das Amt des Präsidenten in beiden Gremien. Von 1993 bis zu seinem Tode führte er die

Er wurde von allen Seiten, Gegnern wie Mitstreitern, geschätzt für seine Aufrichtigkeit, seinen Anstand und seine Charakterstärke. Er war intelligent, warmherzig, stets bescheiden und doch unnachgiebig in der Sache. Die deutsche Ärzteschaft hat einen ihrer glaubwürdigsten Vertreter verloren. Im Rheinland und auf Bundesebene trauert die Ärzteschaft um einen außergewöhnlichen Kollegen.

## Rudolf Henke neuer Präsident der ÄkNo



Zum neuen Präsidenten der ÄkNo wählte die Kammerversammlung am 19. November Rudolf Henke, 57-jähriger Facharzt für Innere Medizin aus Aachen.

Henke engagiert sich seit über drei Jahrzehnten ehrenamtlich in gesundheits- und sozialpolitischen Fragen. Mit 27 Jahren wurde er 1981 Mitglied der Kammerversammlung der

ÄkNo, seit 1988 gehört er dem Kammervorstand an, seit 1995 ist er Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer. Einer breiteren Öffentlichkeit ist Henke bekannt durch seine Tätigkeit beim Marburger Bund, deren Vorsitzender er seit vier Jahren ist.

Henke ist Mitglied des Deutschen Bundestages und Mitglied des Ausschusses für Gesundheit. Als Direktkandidat der CDU gewann er bei der Bundestagswahl 2009 im Wahlkreis Aachen gegen die frühere Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD).

## Kaum Startprobleme in den Praxen – Streit um Vorstoß der Krankenkassen

Die Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) hat im Oktober begonnen. Die meisten rheinischen Praxen haben erste Erfahrungen mit der neuen Karte gemacht. Probleme gab es kaum.

Viele Praxen waren gut vorbereitet. Dazu haben auch die Testkarten beigetragen, die die KV Nordrhein seit Mitte August zur Verfügung gestellt hat. Gut 3.000 Praxen haben dieses Angebot genutzt.

Wie bei jeder Einführung neuer Technik gab es auch ein paar Anlaufschwierigkeiten. Ein Problem war der Umstand, dass auf dem Prozessorchip der eGK kein Enddatum der Gültigkeit zwingend vorgesehen ist. Dies ist der – frühestens in drei Jahren zu erwartenden – Online-Prüfung der eGK geschuldet. Dann soll die Gültigkeit bei jedem Arztbesuch über eine Onlineverbindung zur Kasse geprüft werden.

### Vereinzelte falsche Gültigkeiten

Im Vorgriff auf diese Funktion haben einige Krankenkassen (unter anderem die KKH Allianz) auf das Aufbringen des Gültigkeitsendes auf dem eGK-Chip verzichtet. Für diese Fälle sollten die Softwarehäuser den letzten Monat des Folgequartals in der Praxis-Software als Ende speichern, also beispielsweise beim Einlesen der eGK im November 2011 das Gültigkeitsende im März 2012. So gab es eine technische Lösung.

Doch die Praxen wussten nichts von dem künstlich generierten Endequartal, so dass vielfach Patienten mit den Worten verabschiedet wurden: „Ihre eGK ist nächstes Quartal schon wieder ungültig.“ Was wiederum zu Beschwerden der Versicherten bei ihrer Kasse führte... Unser Rat: Kümmern Sie sich nicht um das Enddatum der eGK im Praxisverwaltungssystem.

### AOK will eGK für alle

Bis Ende 2012 sollen 70 Prozent der Versicherten mit eGK ausgestattet werden – so steht es im letzten Entwurf des Versorgungstrukturgesetzes. Einige Kassen gehen noch weiter: Die AOK Rheinland-Hamburg hat angekündigt, dass sie bis Ostern 2013 ihre Versicherten komplett mit der eGK ausstatten wird.

Nicht ganz so schnell sind die ersten Online-eGK-Anwendungen zu erwarten. Die in der Konzeption und in Tests am weitesten fortgeschrittene Anwendung ist das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM). Damit ist die Onlineprüfung auf Gültigkeit der eGK gemeint. Die Gematik plant, die drei wichtigsten Anwendungen (VSDM, Notfalldatensatz und eArztbrief) gemeinsam zu starten, was kaum vor 2015 zu erwarten ist.

Das dauert den Kassen zu lange. Sie haben unter dem Titel „Alternative 2012“ vorgeschlagen, das VSDM deutlich vorzuziehen. Doch damit drohen die für die Ärzteschaft interessanten Anwendungen auf die lange Bank geschoben zu werden. Und noch etwas stört die ärztlichen Organisationen in der Gematik: Die „Alternative 2012“ sieht vor, dass das gesamte Projekt in die alleinige Verantwortung des GKV-Spitzenverbandes übergeht. Nun soll ein Schlichter einen gemeinsamen Nenner finden.



Techniker Krankenkasse

In den Praxen im Rheinland ist der Start der eGK weitgehend problemlos gelaufen.

## Aus für Abrechnungsdaten auf Disketten

Bereits seit Mitte 2011 ist die Zeit der Papierabrechnung vorbei – mit ganz wenigen Ausnahmen. Und mit dem vierten Quartal dieses Jahres endet auch die Ära der Diskettenabrechnung.

Disketten nur noch für die Abrechnung des vierten Quartals 2011 zugelassen. Ab 2012 sind als Trägermedien nur noch CD, DVD oder Blu-ray zugelassen.

Anfang 2011 waren es noch gut 7.500 Mitglieder, die ihre Abrechnungsdaten auf Diskette einreichten. Doch seit Jahren gibt es keine Ersatzteile mehr für die Loader, mit denen die KV Nordrhein die Disketten im Massenbetrieb eingelesen hat. Deswegen sind die

Wer seine Abrechnung auf diesen Datenträgern einreicht, zahlt 2011 einen Verwaltungskostensatz von 2,6 Prozent. Günstiger fahren Praxen, die ihre Abrechnungsdaten online über das KV-SafeNet oder D2D übermitteln: Ihr Satz liegt bei 2,5 Prozent. Wer die Gesamtaufstellung auch noch digital signiert, muss nur 2,3 Prozent Verwaltungskosten zahlen. „Das rechnet sich vor allem für umsatzstarke Praxen“, sagt Gilbert Mohr, Leiter der Abteilung IT in der Arztpraxis der KV Nordrhein.

### Kostenlose EDV-Beratung

Die KV Nordrhein bietet ihren Mitgliedern kostenlose EDV-Beratung an. Telefon 0211 5970 8075 mittwochs und donnerstags 14 bis 18 Uhr  
Infos zum Einsatz von EDV in der Praxis im Internet unter [praxis-it.kvno.de](http://praxis-it.kvno.de)

## BKK für Heilberufe schließt Ende 2011

Am 31. Dezember 2011 ist die Zeit der BKK für Heilberufe vorbei. Das Bundesversicherungsamt schließt die Kasse „wegen fehlender dauerhafter Leistungsfähigkeit“. Vertragsärzte müssen sich keine Sorgen um die Bezahlung ihrer Leistungen machen. Denn nach den Bestimmungen des fünften Sozialgesetzbuchs haften die anderen Krankenkassen, vorrangig die der jeweiligen Kassenart, in diesem Fall also die Gemeinschaft der Betriebskrankenkassen.

das 1. Quartal 2012 eine Übergangsregelung. Bis zum 31. März können Sie die Versicherten der BKK für Heilberufe auf Vorlage einer gültigen Krankenversicherungskarte (KVK) oder eines anderen Behandlungsnachweises behandeln. Die alten KVK können wie gewohnt eingelesen werden. Die Abrechnung im 1. Quartal funktioniert unverändert; auch Verordnungen können Sie wie gewohnt ausstellen.

### BKK für Heilberufe

Ausführliche Infos zur Schließung der BKK für Heilberufe im Internet unter [www.bkk.de](http://www.bkk.de)

KV | 111106

Die 113.000 Versicherten der BKK für Heilberufe und auch die Arbeitgeber der Mitglieder sind über die Schließung, über das Recht, in eine andere gesetzliche Kasse wechseln zu können, und die Wechselmodalitäten informiert. Die AOKen und Ersatzkassen haben angekündigt, dass sie den Mitgliedern der BKK für Heilberufe offen stehen. Viele BKKen haben um neue Mitglieder geworben.

Ab 1. April 2012 können die KVK der BKK für Heilberufe nicht mehr eingelesen werden, Behandlungen sind nicht mehr abrechenbar. Das gilt auch für Behandlungen auf Überweisung, selbst wenn der Schein vor dem 31. März ausgestellt wurde. Patienten, die eine Praxis mit einer Überweisung aufsuchen, die während ihrer Mitgliedschaft in der BKK für Heilberufe ausgestellt wurde, benötigen ab April einen neuen Schein mit den Angaben der neu gewählten Kasse.

Da bis zum Jahresanfang nicht alle Versicherten eine neue Kasse gewählt haben, gilt für

Bitte reichen Sie uns die noch nicht abgerechneten Behandlungsfälle aus Vorquartalen mit der Abrechnung des 4. Quartals 2011 ein.

## Was folgt nach dem Aus der Kodierrichtlinien?

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz wird die Verpflichtung, die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) in den Praxen anzuwenden, aus dem Sozialgesetzbuch gestrichen, noch ehe die bisherige Vorschrift wirksam wurde. Mit dem Aussetzen der AKR im September hat die Selbstverwaltung in Berlin den Willen der Politik bereits vorweggenommen.

Diese Entwicklung haben viele Kritiker der AKR mit Genugtuung aufgenommen. Der Verzicht könnte aber neue Probleme mit sich bringen. Denn die Fortentwicklung der ambulanten Vergütung erfolgt künftig im Takt mit der Morbidität der Versicherten. Ohne plausiblen Nachweis der Morbidität dürften daher vor allem diejenigen KVen, deren Vergütung je Versicherten schon heute unter dem Durchschnitt liegt, weiter an Boden verlieren – darunter Nordrhein und Westfalen-Lippe.

„Es gibt keinen Grund anzunehmen, dass die Versicherten in NRW gesünder sind und we-

niger Versorgung brauchen als die Menschen im Rest der Republik“, betont der Vorstandsvorsitzende der KV Nordrhein, Dr. Peter Potthoff. Doch die Annahme allein reicht nicht. Potthoff: „In Honorarverhandlungen werden wir dafür den Beleg liefern müssen.“

Das Aus der AKR dürfe daher nicht das Ende einer rationalen Diagnosen-Kodierung in den Praxen sein. Schließlich sei die grundsätzliche Verpflichtung, die Diagnosen nach ICD-10 anzugeben, nicht vom Tisch.



Mehr Morbidität, mehr Vergütung. Gutes Kodieren wird wichtiger für die Praxen.

### Korrektes Kodieren leicht gemacht

Die KV Nordrhein setzt – wie andere KVen – auf effektive Hilfen für ein unaufwändiges und dennoch korrektes Kodieren. Dazu zählen:

- Das Angebot einer individuellen Prüfung der ICD-Diagnosen mit der Abrechnung durch die KV Nordrhein. Diese gibt es seit dem 4. Quartal 2011.
  - Schulungen und Veranstaltungen in Kooperation mit den Berufsverbänden für Mitglieder und für Medizinische Fachangestellte ab dem 1. Quartal 2012.
  - Sogenannte Thesauren, die eine schnelle Suche nach den häufigsten Diagnose-Codes einer Fachgruppe ermöglichen. Es gibt sie als Schreibtischauflage und als handliche Version für die Kitteltasche; derzeit für Hausärzte, Urologen und Orthopäden. Weitere Fachgruppen folgen.
- Mit dem Update für das 1. Quartal 2012 werden die Praxisverwaltungssysteme an die neue Situation angepasst. Dafür gibt es zahlreiche Unterstützungsfunktionen, deren Benutzung freiwillig ist, darunter ein Diagnose-Thesaurus, der auch auf die Belange der Hausärzte zugeschnitten ist. Wichtig: Bereits vorgenommene Anpassungen und Bereinigungen von Bestandsdiagnosen können übernommen werden.
  - KVNO aktuell widmet dem Kodieren im neuen Jahr eine Serie fachgruppenspezifischer Beiträge zum Thema.

Die KV Nordrhein und die Kassenärztliche Bundesvereinigung informieren über ihre Unterstützungsangebote im Internet: [www.kvno.de](http://www.kvno.de) und [www.kbv.de](http://www.kbv.de) | **KV | 111107**

## „Mehr Möglichkeiten für eine Entscheidung zur Organspende“

Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr will die Organspende neu regeln. Deswegen hatte er die Fraktionsvorsitzenden der Parteien im Bundestag an einen Tisch gebeten. Mit Erfolg: Bis Jahresende werden sie einen gemeinsamen Gruppenantrag zur Organspende vorlegen. Danach soll jeder Bürger einmal im Leben mit der Frage konfrontiert werden, ob er zur Organspende bereit ist. Über seine Beweggründe und Ziele sprach der Gesundheitsminister mit KVNO aktuell.



Bundesregierung / Jesco Denzel

Daniel Bahr ist seit Mai 2011 Bundesgesundheitsminister. Zuvor war er als Parlamentarischer Staatssekretär im Gesundheitsministerium tätig. Seit 2001 gehört er dem FDP-Bundesvorstand an, seit 2002 ist er Mitglied des Deutschen Bundestages. Der 35-Jährige hat eine Banklehre absolviert, studierte Volkswirtschaft und arbeitete bei der Dresdner Bank (heute Commerzbank). Bahr ist leidenschaftlicher Läufer und Skifahrer. In seinem Wahlkreis Münster ist er Mitglied der Initiative: No panic for organics – sag Ja zur Organspende.

### *Besitzen Sie selbst einen Organspendeausweis?*

**Bahr:** Ich besitze seit vielen Jahren einen Organspendeausweis und trage ihn auch immer bei mir. Mein Wunsch ist, dass mehr Menschen sich für die Organspende entscheiden und dies mit einem

Organspendeausweis eindeutig dokumentieren. Nur so können wir den zahlreichen Patientinnen und Patienten wirklich helfen, die dringend auf ein Spenderorgan warten. Vielfach wird ein Spenderausweis Leben retten.

### *Sie wollen die Zahl von Organspendern durch eine gesetzliche Regelung vergrößern. Warum?*

**Bahr:** Viel zu viele Menschen in Deutschland warten auf ein Spenderorgan. Jährlich sterben in Deutschland mehrere tausend Menschen, weil sie kein geeignetes Spenderorgan bekommen. Gegenwärtig ist es so, dass die Entscheidung über eine Organspende zumeist in den Händen von Angehörigen liegt. Nämlich immer dann, wenn im Todesfalle keine Organspendeerklärung vorliegt. Diesen Zustand will ich ändern und erreichen, dass sich mehr

Menschen aktiv für eine Organspende entscheiden können.

### *Steigt mit mehr Information auch die Bereitschaft zur Organspende?*

**Bahr:** Ich bin überzeugt, dass eine Vielzahl von Informationsmöglichkeiten dazu führen wird, dass sich immer mehr Menschen dafür entscheiden, Organspender zu werden. Meine Erfahrungen zeigen, dass dort, wo gut informiert wird, die Organspendebereitschaft spürbar steigt. Eine aktuelle Studie der Techniker Krankenkasse zeigt eindrucksvoll, dass hier noch einiges zu tun ist. Demnach haben 82 Prozent der Deutschen keinen Organspendeausweis, weil sie sich noch nicht ausreichend informiert fühlen. Zur Information gehört auch, Gelegenheiten anzubieten, freiwillig und ohne Zwang einen Organspendeausweis auszufüllen.

### *Sie streben eine gesetzliche Änderung zu Organspenden bis zum kommenden Frühjahr an. Was planen Sie konkret?*

**Bahr:** Wir wollen sowohl die gesetzlichen wie die privaten Krankenkassen verpflichten, bei Ausgabe der neuen elektronischen Gesundheitskarte über das Thema Organspende zu informieren. Dazu gehört auch, einen Organspendeausweis anzubieten. Mit dieser Aufgabe werden wir die Kassen nicht allein lassen. Auch Bund und Länder sind gefordert, mehr Informationsangebote zu machen.

*Sind nicht auch organisatorische Verbesserungen nötig, um die Zahl der Transplantationen zu steigern? Zum Beispiel Transplantationsbeauftragte in allen großen Kliniken?*

**Bahr:** Diese Verbesserungen sind dringend nötig. Aus diesem Grund ist die Einrichtung von Transplantationsbeauftragten in den Kliniken im Gesetz auch ausdrücklich vorgesehen.

*Andere europäische Länder setzen auf die sogenannte Widerspruchslösung, bei der jeder im Todesfall zum Organspender wird, der dem nicht ausdrücklich widerspricht. Was halten Sie von dieser Regelung?*

**Bahr:** Die Widerspruchsregelung lehne ich ab. Machen wir uns nichts vor: Eine solche Regelung setzt auf die Faulheit der Menschen. Das ist einem solch sensiblen Thema nicht angemessen. Jeder soll die Chance haben, sich bewusst für diesen Akt der Nächstenliebe zu entscheiden und nach seinem Tode zum Lebensretter zu werden. Aber auch die Freiheit, sich dagegen zu entscheiden. Es ist meiner Meinung nach wichtig, dass Menschen einen Anlass haben, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen und nicht nur zufällig irgendwo in einem ganz anderen Zusammenhang.

## Organspender dringend gesucht

Viele kranke Menschen warten in Deutschland darauf, dass ihnen das gesunde Organ eines Organspenders eingepflanzt werden kann. Durchschnittlich sterben in Deutschland drei Patienten am Tag, bevor es zu einer lebensrettenden Operation kommt.

Organspendeausweise stehen im Internet bereit unter: [www.organspendeausweis.org](http://www.organspendeausweis.org)

Das Problem ist, dass es zu wenig Spender gibt. Bisher gilt die Regelung, dass der Spender vor seinem Tod seine Einwilligung zur Entnahme eines Organs gegeben haben muss. Dies kann jeder durch den Organspendeausweis mitteilen. Ansonsten liegt die Entscheidung bei den Angehörigen.



## Stadionwerbung und kirchlicher Segen

Was haben der 1. FC Köln, Bayer Leverkusen und Borussia Mönchengladbach gemeinsam? Fußballfans würden auf diese Frage eine lange Liste von Antworten liefern. Was aber nur wenige wissen dürften: Mit dem Slogan „Organspende rettet Leben“ werben alle drei rheinischen Rivalen für das gleiche Thema.



SPD-Fraktionschef Frank-Walter Steinmeier setzte sich bei der Auftaktveranstaltung des Aktionsbündnisses Organspende in Kevelaer für die Erklärungslösung ein. Er selbst spendete seiner Frau im vergangenen Jahr eine Niere.

Die Spendenbereitschaft zu erhöhen ist das Ziel des „Aktionsbündnisses Organspende im Rheinland“, das Werbung und Informationen in den Bundesliga-Stadien auf den Weg bringt. Die Fußballfans finden künftig auf ihren Plätzen zudem Infolyer und einen Spendeausweis.

### Stadioninfos und Zeitungsanzeigen

„Wir wollen, dass die Menschen sich mit dem Thema beschäftigen. Entscheiden muss es dann jeder für sich selbst“, sagt der Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland/Hamburg, Wilfried Jacobs. Die Kasse hat das Aktionsbündnis gemeinsam mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation ins Leben gerufen. Die Kampagne beschränkt sich nicht auf

Stadionwerbung; mit Beiträgen und Anzeigen will das Bündnis auch die großen Zeitungen der Region einbeziehen. Die AOK plant zudem, die Versicherten gezielt anzusprechen.

Das Aktionsbündnis präsentierte sich mit prominenter Unterstützung erstmals am 22. Oktober in Kevelaer. Redner war unter anderem SPD-Fraktionschef Frank-Walter Steinmeier. Der ehemalige Außenminister hatte im vergangenen Jahr seiner Frau eine Niere gespendet.

Nach seiner Auffassung reicht die 1997 eingeführte erweiterte Zustimmungslösung nicht

aus. Er trat für die sogenannte Erklärungslösung ein: Jeder Einzelne müsse sich zu seiner Spendenbereitschaft äußern. „Es ist klar, dass damit nicht jeder zum Organspender wird“, betonte Steinmeier. Dennoch würde die Erklärungslösung zu höheren Spenderzahlen führen.

Bereits heute gebe es Menschen, für die faktisch eine Erklärungspflicht existiere, sagte der Ärztliche Direktor des Universitätsklinikums Essen, Prof. Eckhard Nagel: nämlich die Angehörigen Sterbender, die Organe spenden könnten. Der Zwang, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen, treffe diese Menschen in einer Ausnahmesituation. „Ich glaube, dass der Gesetzgeber gut beraten ist, die Pflicht zur Entscheidung auf jeden Einzelnen zu übertragen.“ Viele Betroffene erhielten auf diesem Weg die Chance, ihr Leben wieder normal zu gestalten und die Lebensqualität deutlich zu erhöhen. „Transplantation ist die Möglichkeit, tatsächlich wiedergeboren zu werden“, sagte Nagel.

### Ein Akt der Nächstenliebe

Als „edle Tat der Nächstenliebe“ würdigte der Münsteraner Weihbischof Dieter Geerlings die Organspende. Indirekt nahm er Stellung zur aktiven Abfrage der Zustimmung: „Es ist in den Empfehlungen der Kirche nicht davon die Rede, dass man einen Menschen nicht fragen darf.“ Es müsse aber möglich sein, die Entscheidung auf später zu vertagen oder eine Erklärung rückgängig zu machen.



# www.kvno-portal.de

Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

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

Das KVNO-Portal steht allen Mitgliedern der KV Nordrhein kostenlos zur Verfügung. Ihre Zugangsdaten erhalten Sie unter [www.kvno-portal.de](http://www.kvno-portal.de)

## Kontakt

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

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

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

## Kataraktvertrag Ersatzkassen

Mit den Ersatzkassen wurde zum 1. Januar 2012 eine Anpassung der Gesamtpauschale je durchgeführter Kataraktoperation auf 709 Euro vereinbart. Darüber hinaus wurde eine Qualitätssicherungskommission unter Beteiligung von Kataraktoperateuren und Ersatzkassenvertretern gebildet, die die Vertragspartner beraten und Empfehlungen zur Weiterentwicklung des Vertrages aussprechen soll.

## Neues Muster 10 für Laborüberweisungen

Zum 1. Januar 2012 gibt es ein neues Muster 10 (Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung). Die Abrechnungsfelder entfallen, das Auftragsfeld ist drei Zeilen größer und in drei Bereiche Diagnose/Verdachtsdiagnose, Befund/Medikation und Auftrag unterteilt. Nach Möglichkeit sollten Sie die Diagnose als ICD-Code angeben, Klartext ist weiterhin zulässig. Die Auftragsleistungen sollten Sie mit EBM-Nummer oder präziser Leistungsbezeichnung eintragen.

Neu sind die Felder zur Angabe des Abnahmedatums und der Abnahmezeit sowie die Einführung eines Ankreuzfeldes „Paragraf 116b SGB V“ für den Fall, dass die Überweisung zur

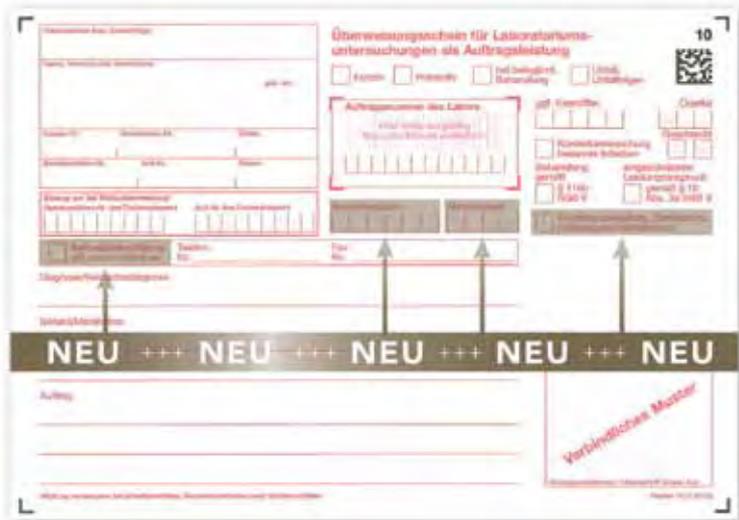
ambulanten Behandlung im Krankenhaus nötig ist. Weitere neue Felder sind für die Sonstigen Hilfen wie Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation und Empfängnisregelung, bei einem eingeschränkten Leistungsanspruch des Patienten und für die besonders eilige Befundübermittlung vorgesehen.

Bitte verwenden Sie ab 1. Januar nur noch das neue Muster 10 und vernichten Ihren Altbestand. Anfang Dezember stattet die KV Nordrhein alle niedergelassenen Praxen mit einer Grundausrüstung des neuen Musters 10 aus. Weitere Exemplare erhalten Sie wie gewohnt über den Formularversand.

## Vertrag Hautkrebscreening unter 35 mit der Knappschaft

Der bis zum Jahresende 2011 laufende Vertrag zum Hautkrebscreening für unter 35-Jährige der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit der Knappschaft wird zum 1. Januar 2012 abgelöst durch einen Vertrag der KV Nordrhein mit der Knappschaft. Die Abrechnung erfolgt wie bisher mit der EBM-Nr. 01745 alle zwei Jahre, die Vergütung beträgt 25 Euro; diese beinhaltet gegebenenfalls auch eine medizinisch notwendige Auflichtmikroskopie. Eine elektronische Dokumentation ist nicht erforderlich.

Das neue Muster 10.



## Keinen Arzt in Überweisungen vorgeben

Bei der Ausstellung von Überweisungsscheinen sollte kein bestimmter Arzt angegeben werden, um die freie Arztwahl des Patienten nicht zu beeinträchtigen. Bitte tragen Sie nur die zutreffende Gebietsbezeichnung (zum Beispiel Augenheilkunde) ein. Ausgenommen von dieser Regelung sind Überweisungen an einen ermächtigten Arzt oder an eine ermächtigte, ärztlich geleitete Einrichtung zur Durchführung bestimmter Untersuchungs- oder Behandlungs-

methoden. In diesen Fällen können Sie Namen und Anschrift des Ermächtigten angeben

## Tonsillotomieverträge mit der AOK und Knappschaft

Mit der AOK Rheinland/Hamburg und der Knappschaft wurden zum 1. Januar 2012 Tonsillotomieverträge für ambulante Operationen bei Kindern vom 2. bis zum vollendeten 7. Lebensjahr zur Verkleinerung der Gaumenmandel (Tonsillotomie) vereinbart. Die Honorare für die Operateure belaufen sich für die verschiedenen Eingriffe von 440 bis 600 Euro; die Anästhesisten erhalten für ihre Narkosen 150 Euro bzw. 185 Euro je Narkose. Konservativ tätige HNO-Ärzte erhalten für die zweite bzw. dritte postoperative Nachbehandlung pauschal jeweils 10 Euro. Die erste Nachbehandlung wird durch den Operateur erbracht. Die Honorare werden zusätzlich zu den Regelleistungsvolumen vergütet. Die Anästhesisten werden von den Operateuren per Überweisung mit Angabe der durchzuführenden Operation beauftragt.

*Den Vertrag mit den Symbolnummern für die Abrechnung und eine Übersicht der teilnehmenden BKKen finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV | 111113***

## Homöopathie-Vertrag BKK Mobil Oil beendet

Der aus 2008 stammende Homöopathie-Vertrag der BKK Mobil Oil läuft zum 31. Dezember 2011 aus. Ab 1. Januar 2012 sind Leistungen aus diesem Vertrag nicht mehr abrechnungsfähig.

## Ärzte müssen in Notfallpraxen durchgängig anwesend sein

Alle Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, während ihres Notfalldienstes durchgehend in einer zentralen Notfallpraxis anwesend zu sein, wenn sie dort im Rahmen des organisierten Notfalldienstes eingesetzt sind. Dies

hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden. (Az.: B 6 KA 23/10 R).

Nach der Entscheidung des BSG begründet die Formulierung in Paragraph 8 der Gemeinsamen Notfalldienstordnung von Kammer und KV Nordrhein „bei Bestehen einer Notfallpraxis sind die zum Notfalldienst herangezogenen Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, den Notfalldienst in der Notfallpraxis zu versehen“ hinreichend die Präsenzpflcht in der Notfallpraxis. Nach Ansicht der Kasseler Richter hat die Einrichtung einer Notfallpraxis den Sinn, eine sichere Anlaufstelle für die Patienten zu gewährleisten und einen Arzt/eine Ärztin in der Notfallpraxis direkt anzutreffen.

Gerade wenn eine Notfallpraxis am Krankenhaus oder in dessen unmittelbarem Einzugsbereich als ein allen Versicherten bekannter Ort eingerichtet sei, könne lediglich die ständige Anwesenheit eines Arztes in dieser Praxis die grundsätzlich nicht erwünschte direkte Inanspruchnahme der Klinik in Notfällen verhindern. Allein die Präsenz in der Notfallpraxis sei geeignet, die Sicherstellung des vertragsärztlichen Notfalldienstes in den sprechstundenfreien Zeiten zu gewährleisten. Dieses Urteil betrifft alle niedergelassenen und zur Durchführung des ärztlichen Notfalldienstes in einer Notfallpraxis zum Sitzdienst verpflichteten Ärzte während der Öffnungszeiten der Notfallpraxis.

## Land haftet für Impfschäden bei Influenza-Impfungen

Auch in dieser Impfsaison gilt der Runderlass des Landesgesundheitsministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen vom 19. Oktober 2009. Demnach sind alle Impfungen mit zugelassenen Impfstoffen gegen Influenzaerkrankungen öffentlich empfohlen, sofern diese die jeweils aktuellen von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Antigenkombinationen aufweisen und arzneimittelrechtlich zugelassen sind.



Das Land haftet bei Impfschäden.

Personen, die einen Impfschaden nach dieser öffentlich empfohlenen und in Nordrhein-Westfalen vorgenommenen Impfung erleiden, haben nach dem Infektionsschutz-Gesetz Anspruch auf Versorgung. Davon un-

berührt bleibt die ärztliche Sorgfaltspflicht bei der Indikationsstellung im Einzelfall (Beachtung der Kontraindikationen) und der Aufklärung.

## Schutzimpfungs-Richtlinie angepasst

Für die Kombinationsimpfung Masern-Mumps-Röteln bei Erwachsenen gibt es ab sofort mit der Ziffer 89301 eine neue Dokumentationsnummer in der Anlage 2 der Schutzimpfungs-Richtlinie. Mit dieser Ergänzung und den bestehenden Nummern sind damit alle Konstellationen bei den Impfungen gegen Masern, Mumps und Röteln im Erwachsenenalter erfasst. Bei der Pneumokokken-Impfung hat der Gemeinsame Bundesausschuss bei den Wiederholungsimpfungen, Nummer 89120R, den Indikationskreis bei den chronischen Erkrankungen der Änderung der STIKO-Empfehlung angepasst. Den Text für den Indikationsbereich bei der Nummer 89120 hat der Ausschuss unter Berücksichtigung des Vorschlags der Bundesärztekammer konkretisiert. Bitte beachten Sie hierzu auch Seite 23.

## DAK-Teilnahmeerklärung Schizophrenie

Bitte verwenden Sie beim DAK-Vertrag Schizophrenie nur die Teilnahmeerklärungen der DAK. Ein Muster der Erklärung zum Herunterladen steht im Internet bereit unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | KV | 111114

## Einige Kassen übernehmen Malariaprophylaxe

Einige gesetzliche Krankenkassen bieten ihren Versicherten über die Krankenversicherungskarte die Malariaprophylaxe als Satzungsleistung an. Bitte stellen Sie in diesen Fällen die Rezepte auf den Namen des Patienten und seiner Krankenkasse aus. Kennzeichnen Sie das Feld 8 (Impfstoffe), damit die Arzneimittel nicht Ihr Richtgrößenvolumen belasten.

Eine Übersicht der zusätzlich vereinbarten Impfleistungen finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | KV | 111114

## Verordnung von Biopsiezangen im Sprechstundenbedarf

Die KV Nordrhein hat mit den nordrheinischen Krankenkassen eine Änderung der Sprechstundenbedarfsvereinbarung zum 1. Oktober 2011 vereinbart (wir berichteten). Wir möchten noch einmal darauf hinweisen, dass dazu auch Biopsiezangen gehören, die Sie ab 1. Oktober über den Sprechstundenbedarf verordnen können.

## Sicherheitspapier nur für Formulare einsetzen

Sicherheitspapier soll nur im Rahmen der Blankoformularbedruckung zum Einsatz kommen, denn es ist relativ teuer. Sie sollten es ausschließlich für die Bedruckung der vertragsärztlichen Formulare verwenden – nicht für Arztbriefe, Privatrezepte oder ähnliches. Die Kosten des Sicherheitspapiers tragen die Krankenkassen.

## Psychotherapie: Ende schnell mitteilen

Bitte beachten Sie: Die Psychotherapievereinbarung (Paragraf 13 Abs. 1) verlangt, dass Therapeuten die Krankenkasse unverzüglich über die Beendigung oder den Abbruch einer Psychotherapie informieren.

## Version 2012 des ICD-10 im Internet abrufbar

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat die deutsche Fassung der Version 2012 der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) im Internet veröffentlicht. In die aktuelle Version sind knapp 80 Vorschläge von Fachgesellschaften, Ärzteschaft, Krankenkassen, Kliniken und Änderungen der Weltgesundheitsorganisation eingeflossen. Wichtige Neuerungen sind im Kommentar im Vorspann des Systematischen Verzeichnisses erläutert. Alle Änderungen sind im Detail in der Aktualisierungsliste enthalten. [KV | 111115](#)

## Präventionsvertrag U10 und U11 mit der LKK NRW

Mit der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) Nordrhein-Westfalen wurde zum 1. Januar 2012 eine Vereinbarung über weitere Präventionsuntersuchungen für Kinder U10 und U11 vereinbart. Die Teilnahmevoraussetzungen und die Vergütung sind analog zu den bereits bestehenden Verträgen mit anderen Krankenkassen. Die Vergütung von jeweils 50 Euro erfolgt zusätzlich zu den Regelleistungsvolumen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Informationen zu dem Vertrag finden Sie unter [www.kvno.de](#) | [KV | 111115](#)

## BKK-Präventionsangebot U10 und U11

Die beiden fusionierten BKKen Pfeifer & Langen und die ALP plus nehmen als BKK ALP plus weiterhin am BKK-Präventionsangebot U10 und U11 teil.

Eine aktualisierte Übersicht aller teilnehmenden Betriebskrankenkassen finden Sie unter [www.kvno.de](#) | [KV | 111115](#)

## BKK-Vertrag Hautkrebs-screening unter 35

Die BKK Gesundheit hat ihre Teilnahme am BKK-Vertrag Hautkrebscreening für unter 35-Jährige zum 31. März 2012 gekündigt, da sie zum 1. Januar 2012 mit der DAK fusioniert zur DAK-Gesundheit.

Die BKKen Pfeifer & Langen und die ALP plus fusionieren zum 1. Januar 2012 zur BKK ALP plus. Die BKK ALP plus nimmt weiterhin am Vertrag Hautkrebscreening für unter 35-Jährige teil.

Eine aktuelle Übersicht aller teilnehmenden BKKen finden Sie unter [www.kvno.de](#) | [KV | 111115](#)

## Richtlinie zur Empfängnisregelung geändert

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in der Richtlinie zur Empfängnisregelung die Regelung gestrichen, dass der Sitz eines Intrauterinpeppers (IUP) frühestens acht und spätestens 14 Tage nach Applikation überprüft werden soll. Die Festlegung eines bestimmten Zeitraumes für die Überprüfung des korrekten Sitzes einer IUP ist nicht sinnvoll. Denn der Zeitpunkt der Überprüfung kann unmittelbar nach der Insertion, je nach Situation aber auch später liegen.

## EBM-Änderung zum 1. Oktober 2011

### Leistungslegende der EBM-Nummer 33061 geändert

Die KV Nordrhein kann ab dem 1. Quartal 2012 die EBM-Nummer 33061 (Sonographische Untersuchung der Extremitätenver- und entsorgenden Gefäße mittels CW-Doppler-Verfahren an mindestens drei Ableitungsstellen je Extremität) nur noch einmal je Sitzung anerkennen. Bis 31. Dezember 2007 konnten Ärzte die Leistung je Extremität abrechnen, also bis zu viermal je Arzt-Patienten-Kontakt.

Doch bereits mit dem EBM 2008, also zum 1. Januar 2008, hatte sich die Leistungslegende der EBM-Nummer 33061 geändert, sodass sie nur noch einmal je Arzt-Patienten-Kontakt abrechenbar ist – unabhängig von der Anzahl der in derselben Sitzung untersuchten Gliedmaßen. Der Zusatz der Leistungslegende „je Extremität“ bezieht sich ausschließlich auf die Anzahl der Ableitungsorte und nicht auf die Berechnungsfähigkeit. Die Änderung der Leistungslegende bedeutet für viele Praxen einen Umsatzverlust. Die betroffenen Praxen hat die KV Nordrhein im Oktober informiert.

## EBM-Änderungen zum 1. Januar 2012

### Hyposensibilisierungsbehandlung: neue EBM-Nummer 30131

Die EBM-Nummer 30131 wird als Zuschlag zu der EBM-Nr. 30130 für jede weitere Hyposensibilisierungsbehandlung durch Injektion(en) in den EBM aufgenommen. Sie ist abrechenbar, wenn zu unterschiedlichen Zeiten am Behandlungstag voneinander getrennte Injektionen erforderlich sind, zum Beispiel bei Injektion verschiedener nicht mischbarer Allergene oder Cluster- oder Russ-Therapie.

Die EBM-Nr. 30131 beinhaltet die Hyposensibilisierungsbehandlung (Desensibilisierung) durch subkutane Allergeninjektion(en) und eine Nachbeobachtung von mindestens 30 Minuten Dauer. Sie ist mit Angabe des jeweiligen Injektionszeitpunkts bis zu viermal am Behandlungstag abrechnungsfähig. Der Behandlungszeitpunkt der Leistung nach der EBM-Nr. 30130 muss ebenfalls angegeben werden.

Die Gebührenordnungspositionen nach den Nrn. 30130 und 30131 können alle Vertragsärzte – soweit berufsrechtlich zulässig – abrechnen. Die Nummer 30131 ist mit 200 Punkten bewertet.

*Der vollständige Beschluss ist im Deutschen Ärzteblatt Heft 39/2011 veröffentlicht.*

### Leistungskatalog im Rahmen der künstlichen Befruchtung erweitert

Im Zusammenhang mit der künstlichen Befruchtung werden durch die gesetzliche Verordnung zur Testung von Keimzellspendern (TPG-Gewebeverordnung) weitere vertraglich vereinbarte Kostenpauschalen aufgenommen.

*Der vollständige Beschluss ist im Deutschen Ärzteblatt Heft 39/2011 veröffentlicht.*

### Fachärztliche Grundpauschalen neu bewertet

EBM-Nummer	Bewertung alt in Punkten	Bewertung neu in Punkten
09212	575	580
13392	555	560
13642	590	595
26211	465	470
26212	510	560

Der Bewertungsausschuss wird seinen Beschluss bis zum Jahr 2014 nach Bedarf jährlich überprüfen und über Anpassungen beschließen.

*Der vollständige Beschluss ist im Deutschen Ärzteblatt Heft 39/2011 veröffentlicht.*

### EBM-Nummern 01320 und 01321 aus der Präambel 19.1 gestrichen

Durch die Änderung können ermächtigte Ärzte, die in der Präambel 19.1 aufgeführt sind, ab 1. Januar 2012 die Konsiliarpauschalen nach der EBM-Nr. 19210 abrechnen, wenn ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

*Der vollständige Beschluss ist im Deutschen Ärzteblatt Heft 39/2011 veröffentlicht.*

### Strukturpauschale für konservativ tätige Augenärzte

Die EBM-Nr. 06225 kann in den Behandlungsfällen berechnet werden, in denen die augenärztliche Behandlung ausschließlich durch konservativ tätige Augenärzte erfolgt. Ein Augenarzt ist konservativ tätig wenn keine der Leistungen nach den EBM-Nrn. 31101 bis 31108, 31321 bis 31328, 31331 bis 31338, 31350, 31351, 31362, 36101 bis 36108, 36321 bis

36328, 36331 bis 36338, 36350, 36351 und keine Leistungen erbracht und berechnet wurden, die auf regionaler Ebene den obigen Leistungen entsprechen oder in regional vereinbarten Pauschalen enthalten sind.

Ebenfalls ist die Abrechnung der Strukturpauschale ausgeschlossen, wenn im Quartal Leistungen der intravitrealen Injektion und/oder der operativen intraokularen Medikamenteneinbringung abgerechnet wurden. Dies gilt auch, wenn im Rahmen der Kostenerstattung (Paragraf 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V) diese Leistungen unmittelbar mit dem Patienten abgerechnet werden.

In Berufsausübungsgemeinschaften mit operativ und konservativ tätigen Augenärzten kann die EBM-Nummer 06225 nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses nur abgerechnet werden, wenn ausschließlich konservativ tätige Augenärzte behandeln. Ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt mit dem konservativ tätigen Augenarzt ist Voraussetzung. Mit der Abgabe der Abrechnung erfolgt die Erklärung des Arztes, dass die genannten Voraussetzungen zur Abrechnung der EBM-Nr. 06225 für alle Behandlungsfälle, auch außerhalb der kollektivvertraglichen Versorgung, erfüllt worden sind.

*Der vollständige Beschluss ist im Deutschen Ärzteblatt Heft 39/2011 veröffentlicht.*

## Neue EBM-Nummern für HNO-Ärzte und Pädaudiologen

Für HNO-Ärzte und Pädaudiologen hat der Bewertungsausschuss neue EBM-Positionen beschlossen. Mit einem zusätzlichen Beschluss wird der Bewertungsausschuss zum 1. Januar 2012 spezielle Gebührenordnungspositionen für die Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern vorgeben.

Die Leistungen zur Hörmittelversorgung im EBM unterliegen der Qualitätssicherungsvereinbarung, die zum 1. Januar 2012 in Kraft treten soll. Wenn sie erst später in Kraft tritt, sind die neu geschaffenen Gebühren-

ordnungspositionen bis zum 31. März 2012 auch ohne Einhaltung spezifischer Vorgaben zur Qualitätssicherung berechnungsfähig. Für diese Leistungen wird der Honoraranteil für die Ärzte/Arztgruppen entsprechend erhöht.

*Der vollständige Beschluss ist im Deutschen Ärzteblatt Heft 39/2011 veröffentlicht.*

## Aufnahme weiterer Leistungen im Anhang 3 des EBM

Der Bewertungsausschuss hat 20 Leistungen in den Anhang 3 (Zeitaufwand der Leistungserbringung) des EBM aufgenommen.

*Der vollständige Beschluss ist im Deutschen Ärzteblatt Heft 39/2011 veröffentlicht. Sie finden ihn auch im Internet unter [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de) | KV 111117*

## Ansprechpartner



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

### Serviceteam Köln

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

### Serviceteam Düsseldorf

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

### Formularversand

Telefon 02151 3710 00  
Telefax 02151 9370 655  
E-Mail [formular.versand@kvno.de](mailto:formular.versand@kvno.de)

## Pharmakotherapieberatungen in Nordrhein – Eine Erfolgsstory

Beratung statt Regress – das ist das Leitmotiv der KV Nordrhein. Seit den neunziger Jahren bietet sie deswegen Pharmakotherapie-Beratungen an. Allein in den vergangenen sechs Jahren hat die KV fast 1.600 Ärztinnen und Ärzte beraten. Inzwischen kann sie dabei auf ganz aktuelle Verordnungsdaten zurückgreifen. Die beratenen Ärzte zeigen sich mit dem Angebot sehr zufrieden.

Anfangs, also Mitte der 90er Jahre, beruhen die Beratungen allein auf den Daten von Verordnungen für AOK-Patienten. Seit 2006 führten mehrere Kassen und die KV in Nordrhein gemeinsam individuelle Arztberatungen durch.

Die Basis bildeten praxisindividuelle Verordnungsdaten, die der BKK-Bundesverband kassenartenübergreifend zusammenstellte. KV und Kassen luden besonders Praxen ein, die nach der Richtgrößenprüfung ihr Richtgrößenvolumen überschritten, aber noch unter der Regressgrenze von 25 Prozent lagen.

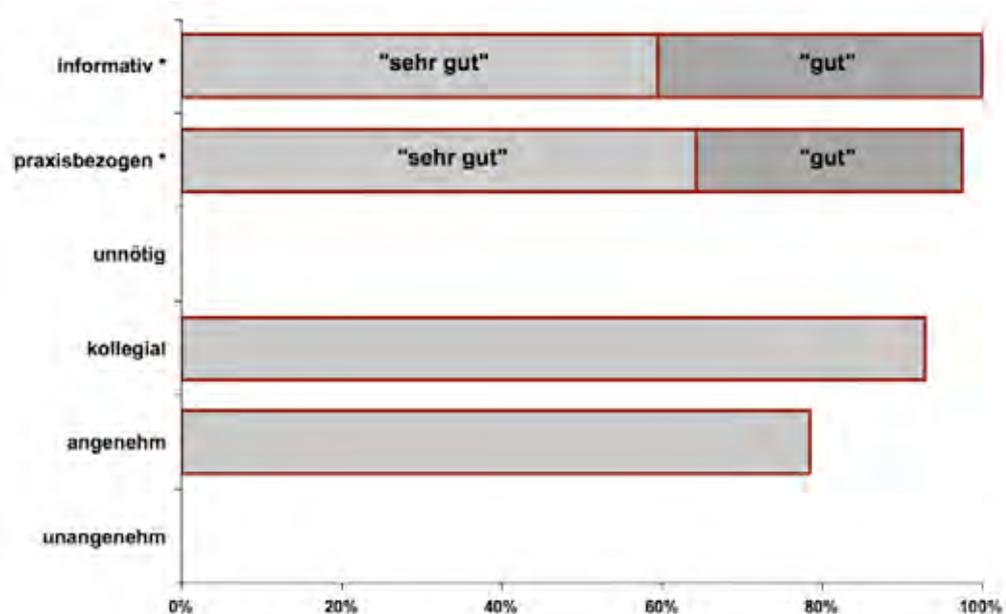
Nach der Auflösung des BKK-Bundesverbandes übernahm 2008 die „Zentrale Stelle Pharmakotherapie“, die Beratung, getragen von KV

und Kassen in Nordrhein. In die dort verwendeten Unterlagen, die sogenannten Dossiers, gingen die Verordnungsdaten aller Kassen ein.

Die Zentrale Stelle sprach nicht wie zuvor einzelne Vertragsärzte an, sondern kleine Gruppen. Ungefähr jeder zehnte eingeladene Arzt nahm die Gelegenheit zu einer Gruppenberatung wahr: Bis Ende des Jahres 2009 waren es 738 Vertragsärzte.

Seit 2010 führen Kassen und KV Nordrhein wieder Einzelberatungen durch; und wieder änderte sich die Datengrundlage: Die Beratungsunterlagen beruhen nun auf Verordnungsdaten, die die KVen direkt bei den Apothekenrechenzentren einkaufen. „Sie stehen eineinhalb Monate nach Quartalsende zur

### Kollegial, praxisbezogen und informativ



Die Auswertung von 42 Feedbackbögen aus 106 Beratungen zeigt: Die Ärzte sind mit den Beratungen zufrieden. Alle Befragten beurteilten den Informationsgehalt und den Praxisbezug der Beratungen als sehr gut oder gut. Kein Teilnehmer bezeichnete die Beratungen als unnötig oder unangenehm.

Verfügung und können somit für eine zeitnahe Beratung eingesetzt werden", sagt Dr. Holger Neye, Leiter der Abteilung Pharmakotherapieberatung der KV Nordrhein.

## Gute Noten für Gespräche

Die individuellen Pharmakotherapieberatungen sind kollegiale Dreiergespräche, die von einem niedergelassenen Arzt, einem Apotheker und

Heilmitteln, den die KV Nordrhein ebenfalls für neu niedergelassene Mitglieder anbietet.

Die Beratungsunterlagen zeigen die Verordnungsvolumina und die Fallzahlen der Praxis je Quartal. Arbeiten dort Ärzte verschiedener Fachgruppen, gibt es je Gruppe einen Verordnungsbericht. Zum Vergleich mit anderen Praxen weisen die Unterlagen die Altersstruktur

## Beratungsprojekte in Nordrhein

Projekt	Jahr	Anzahl Beratungen
BKK-BEK-Projekt	2005/2006	185
Kassenarten übergreifende Projekte I-III	2006-2008	533
Zentrale Stelle Pharmakotherapie, Gruppenberatungen	2008/2009	738
Praxisindividuelle Beratungen	seit 2010	131*

\*bis Sep 2011

dem zu beratenden Arzt oder der Praxis geführt werden. Rund 50 Berater bringen ihre Erfahrungen und ihr Wissen zur wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln ein, um Besonderheiten und Schwerpunkte zu analysieren, einen Vergleich zur Fachgruppe zu ziehen – und wenn möglich das Ordnungsverhalten in der jeweiligen Praxis zu verbessern. Die Beratung dauert eine bis eineinhalb Stunden und basiert auf standardisierten Beratungsunterlagen. Die beratene Praxis erhält ein Protokoll mit den wichtigsten Ergebnissen des Gespräches. Anonyme Befragungen über Feedbackbögen zeigen, dass die Ärzte die Beratungen ausschließlich als informativ, praxisbezogen, kollegial und angenehm beurteilen.

## Angebot für neue Mitglieder

Seit 2011 spricht die KV Nordrhein gezielt neu niedergelassene Hausärzte an. Da die Verordnungsdaten relativ schnell vorliegen, lädt die kassenärztliche Vereinigung die neuen Mitglieder etwa ein Jahr nach ihrer Niederlassung zu einem Gespräch ein. „Damit kommen wir unserem Ziel der Beratung vor Regress sehr viel näher“, erläutert Neye. Die individuellen Beratungen ergänzen das Angebot eines Einführungsworkshops zur Verordnung von Arznei- und

der Patienten in der Praxis/Fachgruppe auf, wie auch die durchschnittlichen Kosten je Arzneimittelpatient in einer Altersgruppe.

Weitere Tabellen gehen auf die jeweils vereinbarten Quotenziele (Generika-, Me-too- und DDD-Quoten), auf Hitlisten nach Handelsname (Standardaggregat) und nach Wirkstoff ein. Ferner enthalten die Unterlagen die verordneten Präparate nach ATC-Code.

Die KV Nordrhein will das Angebot weiter verbessern: In Kürze ist auch ein Patienten- und Mengenbezug möglich, so dass die Beratung auch auf anonymisierte Patientenprofile fokussieren kann. „Ab Anfang 2012 wollen wir sie auch für neue fachärztliche Mitglieder anbieten“, kündigt Neye an.

## Pharmakotherapie- und Heilmittelberatung

### Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail [pharma@kvno.de](mailto:pharma@kvno.de)

### Hilfsmittelberatung

Telefon 0211 5970 8070

Telefax 0211 5970 8287

E-Mail [patricia.shadiakhy@kvno.de](mailto:patricia.shadiakhy@kvno.de)

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

### Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396

Telefax 0211 5970 9396

E-Mail [margit.karls@kvno.de](mailto:margit.karls@kvno.de)

## Betäubungsmittel richtig verordnen

Einzelne Betriebskrankenkassen retaxieren derzeit vermehrt Betäubungsmittelrezepte (BtM-Rezepte) gegenüber Apotheken. Das beauftragte Rechenzentrum bemängelt formale Verstöße gegen die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV). Der Landesapothekerverband und die KV Nordrhein sind im Gespräch mit den beteiligten Betriebskrankenkassen.

Die betroffenen Apotheken werden „auf Null“ retaxiert, das heißt, sie müssen den kompletten Erstattungsbetrag zurückzahlen, wenn das BtM-Rezept formal falsch ausgestellt ist. Aufgrund der Beanstandungen bitten Apotheken vermehrt um Korrekturen durch den verordnenden Arzt. Die Beanstandungen sind jedoch nicht heilbar: BtM-Rezepte können nicht durch nachträgliche Änderungen korrigiert werden. Es ist auch nicht möglich, die Rezepte ein zweites Mal auf einem neuen Rezeptvordruck auszustellen, da das Arzneimittel bereits beliefert und gegenüber der Krankenkasse in Rechnung gestellt wurde.

Das korrekte Ausfüllen des BtM-Rezeptes wird in Paragraph 9 der BtMVV geregelt. Auf dem BtM-Rezept sind demnach anzugeben:

- Name, Vorname und Anschrift des Patienten, für den das Betäubungsmittel bestimmt ist
- Ausstellungsdatum
- Arzneimittelbezeichnung, soweit dadurch eine der nachstehenden Angaben nicht

eindeutig bestimmt ist, zusätzlich Bezeichnung und Gewichtsmenge des enthaltenen Betäubungsmittels je Packungseinheit, bei abgeteilten Zubereitungen je abgeteilter Form (zum Beispiel Tabletten) und Darreichungsform

- Menge des verschriebenen Arzneimittels in Gramm oder Milliliter, Stückzahl der abgeteilten Form
- Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesgabe oder im Falle, dass dem Patienten eine schriftliche Gebrauchsanweisung übergeben wurde, der Vermerk „Gemäß schriftlicher Anweisung“, bei Substitutionsmitteln auch die Reichdauer des Mittels in Tagen. (Achtung: Die Angabe „Gemäß schriftlicher Anweisung“ ist wörtlich zu verwenden. Vermerke wie „Gemäß ärztlicher Anweisung“ entsprechen nicht den Vorgaben der BtMVV.)
- Beim Überschreiten der Höchstmenge den Buchstaben „A“, bei Substitution „S“ und bei der sogenannten Wochenendregelung „Z“ und bei Notfallverschreibungen „N“ zusätzlich angeben
- Name des verschreibenden Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes, seine Berufsbezeichnung und Anschrift einschließlich Telefonnummer (bei mehreren Ärzten in einer Praxis den Namen des Verordners im Praxisstempel kenntlich machen oder zusätzlich vermerken)
- Bei Verordnungen für den Sprechstundenbedarf der Vermerk „Sprechstundenbedarf“ anstelle der Angaben in den Punkten 1 und 5
- Unterschrift des verschreibenden Arztes, im Vertretungsfall darüber hinaus der Vermerk „i.V.“. Gegebenenfalls den Namen des vertretenden Arztes zusätzlich zum Praxisstempel hinzufügen

Fehlt eine dieser Angaben, darf der Apotheker das Betäubungsmittel nicht abgeben. Die BtMVV regelt zudem, dass der verschreibende Arzt Änderungen auf allen Teilen des BtM-Re-

### Infos im Internet

Das richtige Verordnen von Schmerzplastern haben wir in KVNO aktuell 7+8/2010 beschrieben: [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | KV | 111120

Einen Fragen-Antworten-Katalog zur BtMVV stellt die Bundesapothekengesellschaft zur Verfügung: [www.bfarm.de](http://www.bfarm.de)

Die BtMVV finden Sie unter: [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de)

zepts vermerken und durch seine Unterschrift bestätigen muss.

Wenn ein Patient in einer Apotheke ein BtM-Rezept vorlegt, bei dem die notwendigen Angaben fehlen, kann der Apotheker nach Rücksprache mit dem verordnenden Arzt vor der Abgabe des Betäubungsmittels Änderungen

auf dem Rezept vornehmen. Nur das Ausstellungsdatum darf der Apotheker nicht selbst nachtragen oder korrigieren. Die Änderungen und Ergänzungen muss der Apotheker auf den Teilen I und II vermerken, der verschreibende Arzt auf dem Teil III des Rezepts. Die Rücksprache müssen Apotheker und Arzt auf den jeweiligen Teilen der Verordnung dokumentieren.

## Flunitrazepam-Präparate auf BtM-Rezept verordnen

Seit 1. November 2011 müssen Ärzte alle Flunitrazepam-haltigen Arzneimittel (Rohhypnol und entsprechende Generika) auf einem Betäubungsmittel-Rezept verordnen. Bisher konnten zumindest Zubereitungen, die bis zu 1 mg Flunitrazepam je Tablette enthielten,

auf einem Kassen- oder Privat Rezept verordnet werden. Diese Ausnahmeregelung hat der Gesetzgeber mit der 25. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung aufgehoben.

Mehr Infos im Internet unter

[www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV 111121**

## Olanzapin von der Me-too-Liste gestrichen

Für Olanzapin (Zyprexa) ist am 1. Oktober 2011 der Patentschutz abgelaufen. Das Präparat steht deswegen nicht mehr auf der Me-too-Liste. Nach Clozapin (Leponex, Generika), Amisulprid (Solian, Generika) und Risperidon (Risperdal, Generika) ist somit das vierte „atypische“ Neuroleptikum als Generikum verfügbar.

Die Kosten der 3,781 Millionen DDD (10 mg) von Olanzapin, die im vergangenen Jahr in Nordrhein auf Kassenrezept verordnet wurden, beliefen sich auf 30,9 Millionen Euro. Rund 20 Prozent der Dosen und etwa 28 Prozent der Kosten der atypischen Neuroleptika entfielen auf Olanzapin.

Ende 2008 waren vorübergehend Generika für Olanzapin verfügbar, die aufgrund von Patentstreitigkeiten wieder vom Markt genommen werden mussten. Der Hersteller Lilly hatte in einer Werbeaktion darauf aufmerksam gemacht, dass eine Rückumstellung auf das Original problemlos möglich sei. Daher sollte auch die Umstellung auf ein Generikum einfach sein.

Aus wirtschaftlichen Gründen empfiehlt die KV Nordrhein, wenn möglich gezielt ein preiswertes Olanzapin-Generikum zu verordnen. Aufgrund der unterschiedlichen Formulierungen (überzogene Tabletten bei Zyprexa, Filmtabletten bei den meisten Generika) können einige Präparate nicht in der Apotheke ausgetauscht werden, auch wenn der Arzt den Wechsel zulässt, also das Aut-idem-Kreuz nicht setzt. Schmelztabletten von Zyprexa und der Generika können gegeneinander ausgetauscht werden.

Kosten atypische Neuroleptika

	DDD [mg]	Dosierungsbeispiel [mg]	Kosten [Euro pro Tag]
Clozapin [Generika]	300	3x100	1,43
Amisulprid [Generika]	400	2x200	1,28
Risperidon [Generika]	5	2x3	0,54
Olanzapin [Generika]	10	2x5	1,68
Quetiapin [Seroquel]	400	2x200	7,26
Aripiprazol [Abilify]	15	1x15	8,90
Ziprasidon [Zeldox]	80	2x40	8,94
Paliperidon [Invega]	6	1x6	6,70
Sertindol [Serdolect]	16	1x16	5,90

Preise: Lauertaxe auf der Basis einer großen Packung, Stand: 15. November 2011

## Heilmittel-Vereinbarung 2012: Mehr im Budget

Das Ausgabenvolumen für Heilmittel steigt im kommenden Jahr auf 445 Millionen Euro. Für 2012 stimmten die Kassen einem Plus von 26 Millionen Euro zu, dies entspricht einer Steigerung von 6,2 Prozent.

Diese Steigerung hat erfreulicherweise die Folge, dass trotz der üblichen Wanderungs-

bewegungen der Patienten zwischen den Fachgruppen, die Richtgröße in keiner Gruppe nennenswert sinkt. In den meisten Gruppen steigen die Richtgrößen.

*Die Heilmittel- und Richtgrößenvereinbarung wird in der Januarausgabe des Rheinischen Ärzteblatts veröffentlicht; Sie finden sie auch im Internet unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | KV 111122*

### Heilmittelrichtgrößen 2012



Arztgruppe	Richtgröße 2012 AV/RV* (in Euro)
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	AV: 5,53 RV: 16,42
Chirurgie	AV: 12,14 RV: 17,06
einschließlich Gefäß-, Plastische, Unfall- und Visceralchirurgie	
HNO einschließlich Phoniatrie und Pädaudiologie	AV: 4,75 RV: 2,68
Innere Medizin (hausärztlich)	AV: 5,53 RV: 16,42
Innere Medizin (fachärztlich)	AV: 2,07 RV: 3,72
einschließlich Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	
Kinderheilkunde	AV: 23,63 RV: 31,56
Orthopädie	AV: 23,78 RV: 25,48
einschließlich orthopädischer Rheumatologie	

Im kommenden Jahr können die Ärzte Heilmittel für 445 Millionen Euro verordnen.

Für Fachgruppen, die in der Tabelle nicht aufgeführt sind, wurden keine Heilmittel-Richtgrößen vereinbart. Bei den fachärztlichen Internisten mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie (früher Teilgebiet „Rheumatologie“) bleibt die Richtgröße ausgesetzt.

## Aktuelle AMNOG-Infos im Haus der Ärzteschaft

Im Rahmen der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln hat der Gemeinsame Bundesausschuss Mitte August die erste Entscheidung getroffen. Arzneimittel mit dem neuen Wirkstoff „Pitavastatin“ werden in das Festbetragsystem überführt, da für diese Präparate eine therapeutische Verbesserung als nicht belegt gilt.

Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die pharmakologisch-therapeutisch vergleichbar mit Festbetragsarzneimitteln sind, müssen den medizinischen Zusatznutzen als therapeutische Verbesserung nachweisen, wenn sie aus der Festbetragsgruppe ausgegliedert werden sollen. Das bestimmt seit Jahresbeginn das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG), über das wir in KVNO aktuell ausführlich berichtet haben.

Die KV Nordrhein hat am 7. Oktober im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf eine Veranstaltung über die ersten Erfahrungen mit dem AMNOG und den Absichten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes durchgeführt, an der unter anderem der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Dr. Rainer Hess und der Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen



(IQWiG), Prof. Jürgen Windeler, teilgenommen haben.

Der Zeitpunkt für die Veranstaltung war gut gewählt, denn drei Tage zuvor hat der G-BA die erste frühe Nutzenbewertung veröffentlicht, die das IQWiG für den Wirkstoff Ticagrelor (Brilique) durchgeführt hatte. In der Indikation instabile Angina pectoris und Myokardinfarkt ohne ST-Streckenhebung (IA/NSTEMI), wurde ein Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen von Ticagrelor plus ASS gegenüber Clopidogrel plus ASS ermittelt. Der G-BA fasst in seiner Sitzung im Dezember hierzu einen Beschluss; dann verhandeln der Hersteller und der GKV-Spitzenverband einen Referenzpreis.

Diskutierten die ersten Erfahrungen mit dem AMNOG: Prof. W. Dieter Paar/Sanofi-Aventis (I.), Prof. Jürgen Windeler/IQWiG, Dr. Rainer Hess/G-BA, Günter van Aalst, Techniker Krankenkasse, MinR Ulrich Dietz, Bundesgesundheitsministerium und Dr. Peter Potthoff, KV Nordrhein.

## STIKO: Erstimpfung MMR und Varizellen trennen

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfiehlt, die erste Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln (MMR) und Varizellen (V) nicht mehr kombiniert als MMRV zu geben, sondern getrennt als MMR und Varizellen. Die zweite Impfung gegen diese vier Krankheiten könne dann wieder als Kombiimpfung MMRV erfolgen.

Für die Abrechnung bedeutet dies: Bei der ersten Impfung können Sie die Nummern 89301A und 89125A ansetzen, bei der zweiten Imp-

fung die Nummer 89401B. Die Impfstoffe sind als Sprechstundenbedarf bezugsfähig.

Der STIKO lagen vermehrte Meldungen von Fieberkrämpfen als Folge der ersten MMRV-Dosis vor. Zudem hat die European Medicines Agency (EMA) im Juni die Fachinformation des Lebendviruskombinationsimpfstoffes Priorix-Tetra gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen (MMRV) geändert. Die europäische Arzneimittelagentur rät dazu, Risikokinder nach Vierfachimpfung engmaschig zu überwachen.

*Der Hinweis ist im Epidemiologischen Bulletin Nr. 38 vom 26. September 2011 veröffentlicht. Sie finden ihn im Internet unter [www.rki.de](http://www.rki.de)*

# Steuerungsmöglichkeiten reichen nicht

Die seit 1993 geltende Bedarfsplanung im vertragsärztlichen Sektor läuft schon seit langem aus dem Ruder. Zwar ist es Absicht der Politik und der gemeinsamen Selbstverwaltung, die größten Mängel zu beheben und die Bedarfsplanung auch mit Hilfe gesetzlicher Maßnahmen (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) zielgenauer auszurichten, doch den sich abzeichnenden Ärztemangel wird auch eine kleinteiligere Planung nicht beheben.

So wie in Nordrhein-Westfalen, mit rund 18 Millionen Einwohnern das bevölkerungsreichste Bundesland, sieht es auch in vielen anderen KV-Bezirken und Regionen aus. Die akute oder drohende Unterversorgung mit Vertragsärzten lässt sich auch nicht mit noch so gut gemeinten Aktionen, gesetzlichen Änderungen und finanziellen Anreizen kurzfristig beheben.

Trotz wachsender Ärztezahl und nach dem ersten Anschein ausreichenden Niederlassungszahlen gibt es Ungleichgewichte und Schieflagen, wie eine aktuelle Analyse der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein dokumentiert. Deren Vorstand, Bernhard Brautmeier, exemplifizierte die Versorgungslage kürzlich anlässlich eines Symposiums vor jungen niedergelassenen Ärzten, initiiert von der Deutschen Bank und der Privatärztlichen Verrechnungsstelle Rhein-Ruhr.

An Rhein und Ruhr gibt es 27 Planungsbereiche, entsprechend der Zahl der Kreise und kreisfreien Städte im Bereich der KV Nordrhein. 14 Arztgruppen sind der gesetzlichen Bedarfsplanung unterworfen. Insgesamt gibt es also 378 „beplante“ Versorgungsbereiche, von denen allerdings nur 17 Bereiche für bestimmte Ärzte zur Niederlassung „offen“ sind: Neun regionale Planungsbezirke sind für die Niederlassung von Hausärzten ausgeschrieben und offen. Vier Bereiche sind für Fachärzte noch vakant und weitere vier Bereiche für Psychotherapeuten. Alle anderen 361 be-

planten Regionen sind für Neuniederlassungen gesperrt.

### 361 gesperrte Bereiche

Die Ohnmacht der KV als planungsverantwortliche Körperschaft manifestiert sich in der unterschiedlichen Verteilung der Fachärzte auf die einzelnen Planungsbereiche. Die Spreizung des jeweiligen Versorgungsgrades ist immens. Beispiele: Bei den Kinderärzten hat die Stadt Aachen mit einem Versorgungsgrad von 139,5 Prozent die höchste Versorgungsdichte, die geringste hingegen Düsseldorf mit 110,5 Prozent. Bei den Hausärzten hat Essen mit einem Versorgungsgrad von 124,3 Prozent den Spitzenplatz, die geringste hausärztliche Versorgungsdichte hat Wuppertal mit einem Versorgungsgrad von 98,7 Prozent.

Bei den spezialisierten Internisten ist Bonn der beliebteste Niederlassungsort – bei einem Versorgungsgrad von 216,2 Prozent. Die geringste Versorgungsdichte, aber dennoch knapp 30 Punkte über 100 Prozent, weist Solingen auf mit 129,0 Prozent Versorgungsgrad.

### Besetzungsprobleme auf dem Land

„Versorgungsnotstand“ herrscht vor allem in bevölkerungsarmen Landstrichen und beschäftigungsschwachen Regionen. So liegt der Versorgungsgrad bei Hausärzten im niederrheinischen Kranenburg (Kreis Kleve) bei 35 Prozent. Trotz finanzieller Anreize, beispielsweise einer Landesförderung in Höhe von 50.000 Euro,

und finanziellen Hilfen und Vermittlungsbemühungen der Kommune ist kein Hausarzt in die Region zu locken, geschweige denn eine Nachfolgeregelung für einen sich aus der Versorgung verabschiedenden Hausarzt zu finden.

In der Voreifelregion, etwa im südlichen Kreis Euskirchen, können dringend benötigte Hausarztpraxen nicht nachbesetzt werden. KV-Vorstand Brautmeier: „Die bisherige Bedarfsplanung kollabiert; die Planungsbereiche sind zu großräumig, und eine aktive Steuerung ist fast unmöglich.“

Ein weiteres Manko: Die Einteilung der Fachbietsgruppen (Arztgruppen) in der Bedarfsplanung ist bisher zu undifferenziert und zumeist realitätsfern. Beispiel: Bei spezialisierten Internisten wird nicht einmal in Hauptgebietgruppen unterschieden, wie etwa Kardiologen, Rheumatologen, Gastroenterologen, Pulmologen.

Bei den Nervenärzten wird nicht differenziert zwischen Neurologen und Psychiatern; Schwer-

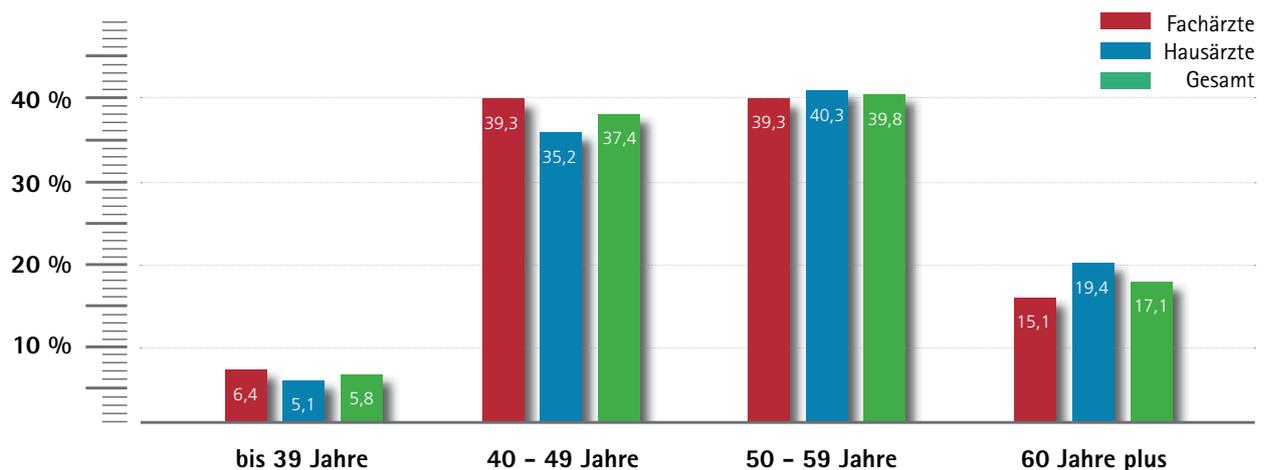
punkttätigkeiten von Arztgruppen werden also nicht berücksichtigt. Eine solche Kategorisierung wird der Dringlichkeit der Versorgung aber kaum gerecht. Die anderen Mängel der aktuellen Bedarfsplanung:

- Sie lässt den demographischen Wandel weitgehend außer Acht, sowohl bei der Bevölkerung als auch bei der immer älter werdenden ambulant tätigen Ärzteschaft.
- Sie kann überregionale Versorgungsbeziehungen, etwa die Mitversorgung benachbarter Planungsbezirke und Regionen, nicht annähernd realitätsgetreu abbilden.
- Sie identifiziert nicht die „idealen“ Standorte, die für eine flächendeckende Versorgung einer Region dringend zu besetzen sind.
- Die Ungleichverteilung der Ärzte in der Fläche wird nicht annähernd versorgungsbezogen berücksichtigt.

### Ärzte in den „besten Jahren“

Gravierend wirkt sich zudem das zunehmende Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte aus. Ende vergangenen Jahres waren in Nord-

### Altersstruktur der niedergelassenen nordrheinischen Vertragsärzte



Gezählt wurden nur niedergelassene Ärzte

- in eigener Praxis „mit Sitz“
- ohne angestellte Ärzte und ohne Jobsharer
- ohne psychotherapeutisch tätige Ärzte/Psychologen

Stand: 01.01.2010



In kleinräumiger Betrachtung weist Kranenburg einen hausärztlichen Versorgungsgrad von 35 Prozent auf. Doch trotz finanzieller Anreize des Landes und Hilfen der Gemeinde wurde bis dato kein Hausarzt für den Ort im Kreis Kleve gefunden.

rhein-Westfalen 2.905 niedergelassene Ärzte 60 Jahre und älter, davon 1.212 Hausärzte. 2 905 Ärzte entsprechen fast 20 Prozent der Vertragsärzte an Rhein und Ruhr.

2008 waren 21.830 Vertragsärzte 60 Jahre und älter (dies entspricht 18,1 Prozent aller berufstätigen Vertragsärzte). Aufgrund der demografischen Entwicklung wird der Ersatzbedarf an kurativ tätigen Vertragsärzten zwischen 2010 und 2015 auf 65.942 Ärzte (Ärzte im Krankenhaus: 32.701 und Vertragsärzte: 33.241), der erwartete ärztliche Nachwuchs auf 44.664 Ärzte prognostiziert.

### Begrenzte Steuerungsmöglichkeiten

Das Arsenal der Bedarfsplanungs- und Steuerungsmöglichkeiten der KV ist begrenzt. Seit vielen Jahren gibt es die Niederlassungsberatung der KV Nordrhein; sie steht allen interessierten Ärzten kostenfrei zur Verfügung. Die

Möglichkeiten, Zweigpraxen in unterversorgten Regionen zu gründen und Kooperationen auch mit Kliniken einzugehen, sind in der letzten Zeit auf der Basis der revidierten gesetzlichen Grundlagen (zum Beispiel: Vertragsarztrechtsänderungsgesetz) und der Rechtsprechung erweitert worden.

So ist die Genehmigung von Zweigpraxen inzwischen relativ unkompliziert. Auch kann die KV günstigere Fallzahlen vorgeben. Trotz der Möglichkeit, Zweigpraxen zu betreiben, ist immer noch die Rentabilität der Zweigpraxis für einen solchen Schritt ausschlaggebend, und diese hängt zunehmend von der (begrenzten) Privatklientel ab.

Bisher wenig erfolgversprechend war die Investitionsförderung in unterversorgten Regionen. Nur ein Schlag ins Wasser war beispielsweise das Hausarzt-Aktionsprogramm der Landesregierung. Auch die Kommunen können bei der Beschaffung von Praxisräumen (und eventuell deren Renovierung) vermitteln und ideell mithelfen; den Praxisbetrieb dauerhaft rentabel gestalten können sie aber nicht.

Die KV kann auch auf – allerdings nur leicht regulierend wirkende – „technische“ Maßnahmen der Bedarfsplanung zurückgreifen:

- Gewährung von Sonderbedarfszulassungen,
- Einführung eines Demografie-Faktors zur Anpassung der Verhältniszahlen an den Versorgungsbedarf (gemessen am Alter und der Morbidität der Bevölkerung),
- Möglicher Zuschnitt von Bezugsregionen im Rahmen der kleinräumigen Bedarfsplanung. So wird bei der KV Nordrhein erörtert, für die fachärztliche Versorgung einen Zuschnitt von 60.000 bis 100.000 Einwohnern vorzugeben, für die hausärztliche Versorgung eine Relation auf circa 10.000 Einwohner.

Vor allem innerhalb einer Planungsregion laufen die Verteilung und die Steuerung des

Zugangs auf freie Arztsitze oftmals aus dem Ruder. Der Bewerber auf einen vakant gewordenen Arztsitz wird zumeist einen guten Standort wählen, während andere Gebiete des Planungsbezirks weiter unbesetzt bleiben. Lange Wege und Wartezeiten sind für die Patienten die unangenehmen Folgen.

Zudem kann die KV nicht verhindern, dass ein Praxissitz innerhalb eines Planungsbereichs verlegt wird. Überhaupt nicht „dirigieren“ kann die KV Übernahmen von Praxissitzen in sozial schwachen Gebieten; hier limitiert die erzielbare Rentabilität die Anstrengungen. Auch ist es ein Wunschdenken, offene Planungsbereiche in unterversorgten Gebieten so zu subventionieren, dass Honorarabschlüsse bei Ärzten in überversorgten Regionen eine Umverteilung bewirken.

Einige noch nicht erprobte Lösungsansätze sind im GKV-Versorgungsstrukturgesetz verankert:

- Optionaler Praxisaufkauf durch die Kassenärztlichen Vereinigungen bei Überversorgung;
- Zulassung von Eigeneinrichtungen der KVen;
- Verzicht auf Honorarabstaffelung für Praxen in unterversorgten Bereichen;
- Einrichtung von Strukturfonds zur Finanzierung von Sicherstellungsmaßnahmen (0,1 Prozent der Gesamtvergütung);
- Bevorzugung von Interessenten einer Praxisübernahme, wenn diese sich zur Mitversorgung in benachbarten unterversorgten Regionen verpflichten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll verpflichtet werden, die Bedarfsplanungsrichtlinie so zu revidieren, dass diese grundsätzlich auf eine sektorenübergreifende und

kleinräumigere Versorgungsplanung umsteuert. Außerdem sollen die Länder durch Mitberatungsrechte im „Landesausschuss“ und durch Genehmigungsvorbehalte des Bedarfsplans durch die Landesregierung gestärkt werden (mit Recht zur Ersatzvornahme).

### Mythos „Überversorgung“

Der Mythos „Überversorgung“ wird landauf, landab in den Gazetten beschworen. KV-Vorstand Brautmeier stellte indes bei der Düsseldorfer Veranstaltung klar: Bei einer rechnerischen Überversorgung in Großstädten werden oftmals die Mitversorgungseffekte der Praxen für das Umland und einen oftmals größeren Einzugsbereich nicht berücksichtigt. Hinzu kommen die größer gewordene Mobilität der Patienten, die Spezialisierung der Versorgung und eine vermehrte Möglichkeit der Eröffnung von Zweigpraxen.

Das Phänomen der Überversorgung beruht oftmals auf einer zu starren Arzt-Einwohner-Relation der „alten“ Bedarfsplanung, die auch die Krankenkassen nicht mehr für up to date halten. Zudem wird der Wandel des Arztberufs, etwa die zunehmende Feminisierung, ignoriert ebenso wie geänderte Lebens- und Arbeitszeitmodelle der nachrückenden, jüngeren Ärztegeneration (Work-Life-Balance).

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, so die Prognose der KV Nordrhein, wirkt nur palliativ. Es dürfte sich im Hinblick auf eine bessere Verteilung und Steuerung der Vertragsärzte als eine stumpfe Waffe erweisen. Denn: Eine kleinteiligere Planung „definiert“ gegebenenfalls zusätzliche Unterversorgungstatbestände, beseitigt aber nicht den Mangel an (niederlassungsbereiten) Ärzten.

*Dr. Harald Clade, freier Journalist*

## Niederlassen in Nordrhein – eine attraktive Angelegenheit

Im vergangenen Jahr wagten gut 350 Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein den Sprung in die Niederlassung. Welche Vorstellungen verknüpfen sie mit der Tätigkeit in der eigenen Praxis? KVNO aktuell fragte bei einem Einführungslehrgang der KV Nordrhein nach.

Die Niederlassung in Nordrhein ist für viele Mediziner eine attraktive Option. Die Zahl der Mitglieder der KV Nordrhein wächst immer noch – was in den vergangenen Jahren nicht nur auf Zugänge von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zurückzuführen war.

Das Arbeiten in der Praxis ist aber auch für Ärzte offenbar attraktiv. Auch wenn die Statistik bei den Ärzten in eigener Praxis der vergangenen beiden Jahren eine rückläufige Entwicklung zeigt: Im Jahr 2010 ließen sich 352

Ärzte neu nieder, 443 verzichteten auf ihre Zulassung. Doch die Zahl der angestellten Ärzte steigt stark an, im laufenden Jahr um knapp 300. Unterm Strich nahm die Zahl der ambulant tätigen Mediziner in Nordrhein also leicht zu.

Wir wollten wissen, was die Niederlassung für Ärztinnen und Ärzte attraktiv macht. Deswegen fragten wir beim Einführungslehrgang der KV Nordrhein Mitte September in Düsseldorf nach den Erwartungen an die Arbeit als Vertragsarzt.

*Dr. Sebastian Weinspach  
Kinderarzt, Düsseldorf*



»Ich freue mich auf die neue Herausforderung in der Praxis, auf geregelte Arbeitszeiten und eine langfristige finanzielle Perspektive. Ich erwarte ein breites und spannendes Behandlungs-Spektrum. Da ich in einer Berufsausübungsgemeinschaft arbeite, bleibt mir das Teamwork erhalten. Das ist mir wichtig. Da ich hier auf Kolleginnen und Kollegen mit Erfahrung treffe, die mir beim

Erstellen der Abrechnung und in Bezug auf die anfallende Bürokratie helfen, fiel mir der Schritt sehr leicht.«

*Dr. Ertan Saracbasi-Zender  
Rheumatologe, Oberhausen*



»Die Neugründung einer Einzelpraxis nimmt einen schon in Beschlag. Angesichts der Vielzahl von unübersichtlichen Regelungen und EBM-Nummern fühle ich mich vor der ersten Abrechnung wie

vor der ersten Steuererklärung: Ich will keine Fehler machen und auch nichts verschenken. Schließlich trage ich auch die Verantwortung

für meine Angestellten. Mit Arbeitszeiten, die ich an eigene Bedürfnisse anpassen kann, werde ich mich aber sicher wohler fühlen als im Krankenhaus.⟨⟨

**Julia Kohlhaas**

Allgemeinmedizinerin, Mülheim an der Ruhr

» Ich steige mit gutem Gefühl in eine Gemeinschaftspraxis ein. Alleine hätte ich den Schritt

nicht gemacht, da wäre mir das finanzielle Risiko zu groß. So aber dürfte das selbständige Arbeiten die innere Zufriedenheit steigern; zumal mehr Zeit für meine beiden Kinder bleibt. Ich freue mich



auch, lange mit meinen Patienten verbunden zu sein. Ich hoffe, die Bürokratie ist weniger schlimm, als ich das vom Hörensagen kenne.⟨⟨

**Alexia Phytides**

Gynäkologin, Mülheim an der Ruhr

» Ich verbinde mit der Niederlassung die Hoffnung, viele neue Chancen nutzen zu können.

Etwa die Möglichkeit, die meisten Entscheidungen selbst zu fällen und mein Arbeitsumfeld voll formen zu können. Als Hausärztin für die Frau kann ich zum ersten Mal die meisten Patientinnen kontinuierlich begleiten. Wirtschaftliche Risiken schrecken mich nicht. Meine Kosten werde ich schon decken, und in der gynäkologischen Praxis gibt es etliche Möglichkeiten, mit Zusatzleistungen Umsatz zu machen.⟨⟨



**Ihr Ansprechpartner**

GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft mbH  
Viktoria König  
Telefon 0211 5970 8640  
Telefax 0211 52800 8639  
viktoria.koenig@kvno.de

Unter **www.kv-boerse.de** finden Sie den Partner Ihres Vertrauens.

## Für Konvergenz – Entwurf zur spezialärztlichen Versorgung kritisiert

Regelungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes standen im Mittelpunkt der Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein am 23. September. Die Delegierten sprachen sich für eine Anhebung der ambulanten Vergütung auf den Bundesdurchschnitt („Konvergenz“) aus.

Das Bundesgesundheitsministerium hält nach Worten des Vorstandsvorsitzenden der KV Nordrhein, Dr. Peter Potthoff, an seinem Plan fest, die ambulante spezialärztliche Versorgung einzuführen – auch gegen massiven Widerstand, beispielsweise der Bundesländer. Wenn Gesundheitsminister Daniel Bahr seinen Kurs durchsetze, dann entstünde ein „dritter Bereich“, prognostizierte Potthoff.

### **Ambulant, stationär und spezialärztlich?**

Die Versorgung gliedere sich dann in den ambulanten, stationären und spezialärztlichen Bereich. Dessen Ausgestaltung liege weitgehend in den Händen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Potthoff fürchtet gravierende Folgen für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen: „Wir müssten bis zu 15 Prozent unseres Verantwortungsbereichs abgeben.“

Die Delegierten forderten „eine Gleichstellung der Vertragsärzte gegenüber Kliniken“. Die Vergütungen dürften nicht zu Lasten der übrigen fachärztlichen Versorgung erfolgen. Auch die Qualitätsstandards müssten gleich sein. „Es kann nicht sein, dass in der Klinik ein Assistenzarzt spezialärztliche Leistungen übernimmt und diese sehr teuren Leistungen unkontrolliert erbracht werden“, sagte Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender der VV.

Eine Totalablehnung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung indes vollzogen die

Vertreter nicht. „Es gibt auch Facharztgruppen, die der Idee grundsätzlich positiv gegenüberstehen“, merkte Angelika Haus an, Vorsitzende des nordrheinischen Hartmannbundes.

### **Kampf um Konvergenz**

Der Vorstand der KV Nordrhein informierte die Delegierten über den Stand der Konvergenz-Kampagne, die eine extrem starke öffentliche Resonanz erfahren habe. Doch das Ziel, die Anhebung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (mGV), sei noch nicht erreicht.

„Die asymmetrische Verteilung der Honorarsteigerungen war ein Erfolg“, erläuterte Bernhard Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein. Die Gesamtvergütung sei um 5,4 Prozent im Vergleich zu 2010 gestiegen. „Es bleibt aber bei der Benachteiligung, sodass Nordrhein mit 330 Euro für die ambulante Versorgung pro Jahr und Versicherten auf dem drittletzten Platz steht.“

Damit wollen sich die Delegierten nicht zufriedengeben. Sie unterstützten einstimmig das Positionspapier der in der LAVA-Gruppe zusammengeschlossenen acht KVen, die den Gesetzgeber auffordern, die mGV noch in diesem Jahr auf den Bundesdurchschnitt anzuheben.

### **Honorarverteilung bleibt in Bewegung**

Die Honorarreform hat laut Brautmeier zu „starken Verwerfungen“ geführt. So verloren zum Beispiel über 80 Prozent der othopädi-

schen Praxen zwischen Ende 2008 und Ende 2010 an Umsatz. Auf der anderen Seite konnten rund drei Viertel der Neurologen im gleichen Zeitraum mehr Umsatz mit den gesetzlich Versicherten erzielen – aber auch hier gibt es bei einem Viertel der Praxen Umsatzverluste.

Der Trend deutlicher Umverteilungen setzt sich fort – ungeachtet des Anstiegs der Gesamtvergütung im laufenden Jahr. Rund zehn Prozent der Praxen in Nordrhein haben 15 Prozent und mehr ihres Umsatzes verloren; auf der anderen Seite stehen acht Prozent, die ein Umsatzplus von 30 Prozent und mehr verbuchten.

Die Honorarverteilung kommt nicht zur Ruhe. Für die von der Reform hart getroffene Gruppe der HNO-Ärzte gibt es nun neue EBM-Nummern. „Dies steigert das Honorar“, sagte Brautmeier, „aber auf Kosten der anderen Facharztgruppen.“ Denn die Gesamtvergütung erhöhe sich nicht, die Aktion ist also „für die Kassen finanzneutral“. Auch bei den Augenärzten gebe es Änderungen: Die Grundpauschale sinke um 30 Prozent, die konservativ tätigen Augenärzte profitierten aber von einer neuen „Strukturpauschale“.

### Ausblick 2012

An den Stellschrauben der Honorarverteilung drehen die Akteure weiter, wobei die Kassenärztlichen Vereinigungen möglicherweise mehr Autonomie genießen. Denn das GKV-Versorgungsstrukturgesetz sieht vor, dass sie die Honorare künftig wieder ohne Einverständnis der Kassen verteilen dürfen. Handlungsbedarf sieht Brautmeier 2012 zum Beispiel hinsichtlich der Zuschlagsregelungen für Kooperationsgemeinschaften. „Darüber werden wir nachdenken müssen.“

### KBV-ABDA-Modell abgelehnt

Das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) entwickelte Modell, das eine Verordnung von Wirkstoffen nach einem Medikationskatalog vorsieht,



Der Vorstand der KV Nordrhein, Bernhard Brautmeier (l.), und der Vorstandsvorsitzende, Dr. Peter Potthoff, erhielten große Unterstützung für den Kampf um Konvergenz.

lehnte die VV einmütig ab. „Wir Ärzte geben hier unsere Kompetenz ab“, warnte der Arzt und Diplom-Chemiker Dr. Rolf Ziskoven. Verdienen würde dagegen nur der Apotheker. Auch die Vorsitzende des nordrheinischen Hartmannbundes, Angelika Haus, kritisierte das Modell: „Ich bin strikt dagegen, auch weil die Haftungsfrage nicht geklärt ist.“

Ein klares Votum gab die VV für die jüngst von Seiten der Krankenkassen kritisierten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Einstimmig stellten die Delegierten fest, dass diese Leistungen geeignet seien, die Versorgung zu verbessern.

Außerdem votierten die Vertreter für die „nemensbezogene Direktabrechnung“. Dabei geht es darum, dass die Operationsleistungen des Kapitels 31 in den Unterlagen der KV Nordrhein transparenter dargestellt werden: patientennamensbezogen und mit Ausweis der Eurobeträge. „Ich will wissen, bei welchem Patienten welche Ziffern zu welchem Preis abgerechnet wurden“, sagte der Chirurg Dr. Manfred Weisweiler, Vorsitzender des beratenden Fachausschusses Fachärzte der KV Nordrhein. Das liefere das bisherige Verfahren nicht. Nun prüfen Juristen der KV Nord-

rhein und der Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Chirurgen, ob das Verfahren datenschutzrechtlich in Ordnung ist.

### Gegen Online-Anbindung

Die VV lehnte zudem die Online-Anbindung der Praxen ab, was sich aber nicht gegen die Online-Abrechnung richtete. Hier habe das Rheinland erheblichen Nachholbedarf, berichtete Brautmeier und kündigte an: „Wir können da nicht stehen bleiben.“ Während in Nord-

rhein lediglich knapp ein Drittel der Praxen online abrechnen, seien es in der Nachbar-KV Westfalen-Lippe immerhin 51 Prozent, die allein über das KV-Safenet abrechneten.

Insgesamt liege der Anteil der Online-Abrechner in Westfalen bei über 90 Prozent – so wie in den meisten anderen KV-Regionen. Die KV Nordrhein prüfe deswegen derzeit, den Mitgliedern weitere Möglichkeiten zur Online-Abrechnung zu ermöglichen.

## Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein fasste am 23. September 2011 folgende Beschlüsse:

### Spezialärztliche Versorgung: Vertragsärzte gleichstellen

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein fordert eine Gleichstellung der Vertragsärzte gegenüber Kliniken in der Versorgung von Erkrankungen, die aufgrund ihrer Art und Schwere eine spezialisierte fachärztliche Versorgung erforderlich machen. Diese Erkrankungen sind bereits im aktuell gültigen Paragraf 116b Sozialgesetzbuch V aufgeführt.

Die Neufassung des Paragrafen 116b im aktuellen Entwurf des Versorgungsstrukturgesetzes muss in jedem Fall sicherstellen, dass die Vergütungen in der zukünftigen spezialärztlichen Versorgung nicht zu Lasten der übrigen fachärztlichen Versorgung erfolgen. Zusätzlich zum Indikationskatalog ist zu operationalisieren, welche Patienten in den genannten Indikationen spezialisierter Angebote bedürfen.

Im Hinblick auf die zu erwartenden erheblichen finanziellen Auswirkungen und im Hinblick darauf, dass der neue Paragraf 116b hochspezialisierte hochpreisige Leistungsangebote regelt, muss durch angemessene Überweisungs- und Kooperationsanforderungen sichergestellt werden, dass ausschließlich diejenigen Patienten Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgungsebene in Anspruch nehmen, die dieser Leistungen auch bedürfen.

In jedem Fall ist sicherzustellen, dass sowohl in der Erbringung spezialfachärztlicher Leistungen in der Vertragsarztpraxis wie auch in der Krankenhausambulanz persönliche Leistungserbringung durch den spezialisierten Facharzt erfolgt. Ein allgemeiner Verweis auf „Facharztstandard“ wird diesem Qualitätsanspruch keinesfalls gerecht.

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein stellt daher folgende Forderungen an Gesetzgeber und ärztliche Selbstverwaltung:

- Keine Querfinanzierung der spezialisierten ärztlichen Versorgung durch die fachärztliche Grundversorgung
- Verpflichtende Kooperationsvereinbarungen und fachärztlicher Überweisungsvorbehalt bei Inanspruchnahme spezialärztlicher Versorgung

- Qualitätssicherung durch verpflichtende persönliche fachärztliche Leistungserbringung
- Operationalisierung der Leistungen in dreiseitigen Verträgen unter anderem mit Regelungen, welche Patienten der in Paragraf 116b genannten Indikationen spezialisierter Angebote bedürfen"

Antrag: Dres. Frank Bergmann, Bernd Bertram, Mike Dahm, Thomas Fischbach, Andreas Gassen, Angelika Haus, Jürgen Klein, Hans-Reinhard Pies, Joachim Wichmann, Rolf Ziskoven, Manfred Weisweiler

### Spezialärztliche Versorgung: Facharztstandard sichern

Die Vertreterversammlung fordert das Landesministerium und den Vorstand der KV Nordrhein auf, sich für eine sprachliche Klarstellung der andiskutierten spezialfachärztlichen Versorgung einzusetzen.

Die derzeitige Formulierung lässt eine gefährliche Unterschreitung des Facharztstandards möglich werden, da eine „spezialärztliche Versorgung“ im Weiterbildungsrecht als Qualitätsgarant nicht verankert ist.

Antrag: Dr. Oliver Funken, Bernd Zimmer

### Vergütung auf Bundesdurchschnitt anheben

Gemeinsames Positionspapier der Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Westfalen-Lippe

Die Kassenärztlichen Vereinigungen fordern den Gesetzgeber auf, eine Anhebung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (mGV) aller KV-Regionen auf mindestens den heutigen Bundesdurchschnitt noch in diesem Jahr gesetzlich zu fixieren. Die Angleichung der Vergütung aller unterdurchschnittlichen KV-Regionen muss in 2012 sockelwirksam erfolgen. Dies ist auch Inhalt eines einstimmigen Beschlusses der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 30. Mai 2011.

Mit der mGV wird die Grundversorgung der Bevölkerung finanziert. Wenn es nun unbestrittener politischer Konsens ist, dass die Grundversorgung überall in Deutschland mit einheitlicher Qualität und Verfügbarkeit zu gewährleisten ist, dann müssen in ganz Deutschland vergleichbare finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden. Das ist zur Zeit nicht der Fall. Diese Schieflage muss dringend und kurzfristig korrigiert werden! Die Aufgabe der Sicherstellung fordert gerade in Bundesländern mit geringerer Wirtschaftskraft angesichts der perspektivischen Herausforderungen wie Ärztemangel und Zunahme älterer Bürger (und damit an Morbidität) besondere strukturelle Anstrengungen. Dem trägt der Gesundheitsfonds mit einer Verteilung seiner Mittel auf die Kassen entsprechend der Morbidität der Versicherten und unabhängig von der finanziellen Stärke der Region Rechnung. Mit dieser länderneutralen und morbiditätsgetriebenen Orientierung der Kassenfinanzen steht die derzeitige Finanzierung der Grundversorgung in den Ländern jedoch nicht im Einklang.

Die Intention des Gesetzgebers, wonach zukünftig die regionale Morbidität die entscheidende Grundlage für die Anpassung der mGV je Bundesland und mithin je Kassenärztlicher Vereinigung darstellt, ist richtig. Dafür sind aber vergleichbare Startbedingungen erforderlich. Wird das aktuell bestehende Ungleichgewicht auf Dauer eingefroren, geht diese Schieflage zulasten der Patienten in den zurzeit unterfinanzierten Bundesländern.

*Antrag: Hauptausschuss der KV Nordrhein*

### Mehr Transparenz bei der Abrechnung

Die Abrechnung der Leistungen des Kapitels 31 soll in den Abrechnungsunterlagen der KV Nordrhein patientennamensbezogen und mit Ausweis der Eurobeträge dargestellt werden. Die Detailfragen sind im beratenden Ausschuss Fachärzte mit dem Vorstand abzustimmen. Die VV stellt fest, dass im Abrechnungsbescheid eine transparente, namensbezogene Auflistung in Eurobeträgen auch in Bezug auf die im Gesetz verankerte und von den Kassen stets geforderte Patientenquittung unerlässlich ist. Ein Abrechner muss durch den Abrechnungsbescheid in die Lage versetzt werden, diese mit vertretbarem Aufwand schnell, sicher und eindeutig zu kontrollieren und für den Patienten bereit zu halten. Eine namensbezogene Ausweisung der Eurobeträge in den Abrechnungsbescheiden von geeigneten Bereichen des Leistungsgeschehens wird von der VV nachdrücklich für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten gefordert und unterstützt.

*Antrag: Dres. Manfred Weisweiler, Harald Hofer, Christiane Friedländer, Rolf Ziskoven, Joachim Wichmann, Andreas Gassen, Ludger Wollring, Frank Bergmann*



Die Delegierten fassten Beschlüsse zu aktuellen Themen wie der geplanten ambulanten spezialärztlichen Versorgung und zu grundsätzlichen Aspekten wie den IGe-Leistungen.

### IGe-Leistungen verbessern Versorgung

Die VV der KV Nordrhein stellt fest, dass IGeL/Wahlleistungen geeignet sind, die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu verbessern und die im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgeführten Leistungen sinnvoll zu ergänzen bzw. zu optimieren. Das wird bewiesen durch die Tatsache, dass oftmals IGeL in den GKV-Katalog übernommen wurden.

*Antrag: Dres. Wieland Dietrich, Rolf Ziskoven, Lothar Rütz, Angelika Haus, Catherina Stauch, Martin Grauduszus, Heidemarie Pankow-Culot, Peter Loula*

### KBV/ABDA-Modell abgelehnt

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein lehnt das ABDA/KBV-Modell zur Medikamentenversorgung ab, da hier eine ärztliche Kompetenz abgegeben wird und die Ärzte weiterhin die Verantwortung für die Verordnungen tragen.

*Antrag: Dres. Rolf Ziskoven, Angelika Haus, Lothar Rütz, Wieland Dietrich, Gerd Ekkehard Höveler und andere*

### Gegen Online-Anbindung der Praxen

Unabhängig vom weiteren Verlauf der Implementierung einer „elektronischen Gesundheitskarte“ darf die Ablehnung der Online-Anbindung einer Arztpraxis an die Telematik-Infrastruktur im Sinne des Paragraphen 291 Sozialgesetzbuch V nicht zu einer Benachteiligung oder Diskriminierung in jeglicher Hinsicht führen. Diese Position ist bei Gesetzgebungsverfahren und Vertragsverhandlungen zu vertreten.

*Antrag: Dres. Ralph Krolewski, Oliver Funken, Jens Uwe Wasserberg, Peter Loula, Hans Wilhelm, Wieland Dietrich, Martin Grauduszus, Catherina Stauch*

## Sicherstellung im Fokus

In Fragen der hausärztlichen Versorgung lässt sich der Vorstand von Experten aus der Praxis beraten: den fünf Mitgliedern des Fachausschusses für die hausärztliche Versorgung. KVNO aktuell stellt den Ausschuss vor.

Die Sicherstellung der ambulanten hausärztlichen Versorgung ist ein wichtiges Thema auf der Agenda des Ausschusses. „Die demographische Entwicklung der Bevölkerung aber auch der Ärzteschaft selbst stellt das KV-System in seiner Arbeit für die künftige Sicherstellung einer flächendeckenden Patientenversorgung durch Allgemeinärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie hausärztliche Internisten vor eine gewaltige Herausforderung“, erklärt Dr. Thomas Fischbach, der Vorsitzende des Beratenden Fachausschusses für die hausärztliche Versorgung.

### Die Demografie-Falle

Die Bevölkerung werde immer älter, die Ärzteschaft weise ein viel zu hohes Durchschnitts-

alter auf und werde zunehmend von Frauen mit deren spezifischen Berufsanforderungen geprägt. „Unverständlicherweise nimmt die Gesundheitspolitik diese Entwicklungen bisher nicht ausreichend wahr“, sagt der Pädiateer aus Solingen. Auch die Förderung der ärztlichen Weiterbildung im hausärztlichen Versorgungsbereich ist im Fokus der fünf Ausschuss-Mitglieder.

Ein weiteres Top-Thema ist die möglichst gerechte Verteilung des gesetzlich begrenzten Honorars, sagt Hans-Peter Meuser, stellvertretender Vorsitzender des Fachausschusses. Hierzu macht der Ausschuss Vorschläge zur Modifizierung von Honorarverteilungsvertrag und EBM; diese sollten einerseits die berechtigten Interessen einzelner KV-Mitglieder oder Gruppen berücksichtigen, andererseits die berechtigten Interessen des Kollektivs vor nicht sachlich begründeten Einzelinteressen schützen. „Ein weiteres Anliegen ist uns, die Klarheit und Verständlichkeit der Honorar-Abrechnungen und der Veröffentlichungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zu verbessern“, sagt Meuser.

### Gute Zusammenarbeit

Aufgabe des Ausschusses ist die Beratung des Vorstandes in Fragen, die die Sicherstellung und Versorgung durch Hausärzte betreffen. Das klappt nach Ansicht des Vorsitzenden gut. Und auch im Ausschuss stimme die Chemie: konstruktiv und kollegial sei die Zusammenarbeit der Mitglieder der verschiedenen Hausarzt-Versorgungsbereiche, lobt Fischbach.

### Die Mitglieder des Hausarzt-Ausschusses



Dr. Thomas Fischbach  
Kinder- und Jugendarzt  
Vorsitzender (links)



Hans-Peter Meuser  
Allgemeinmediziner  
stellv. Vorsitzender  
(rechts)

Uwe Brock  
Internist

Dr. Jörg Hornivius  
Kinder- und Jugendarzt

Dr. Karl-Josef EBER  
Kinder- und Jugendarzt

#### Kontakt zum Ausschuss

KV Nordrhein | Tanja Ciftci | Telefon 0211 5970 8207  
Telefax 0211 5970 9207 | E-Mail [tanja.ciftci@kvno.de](mailto:tanja.ciftci@kvno.de)

## Drei Gruppen unter einem Dach

Ärztliche-, Psychologische Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP): drei Berufsgruppen sind im Fachausschuss Psychotherapie vereint.

Die PP und die KJP sind erst seit 1999 Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen. Den Weg ebnete der Gesetzgeber mit dem Psychotherapeutengesetz – und sah darin auch den Beratenden Fachausschuss Psychotherapie vor. Der hierfür nötige Prozess der Integration geht zu einem wesentlichen Teil auf die erfolgreiche Arbeit dieses Ausschusses zurück – und ist im besten Sinne als erfolgreich abgeschlossen zu bezeichnen.

In Paragraph 79b des Sozialgesetzbuchs V sind unter anderem Zusammensetzung, Rechte und Pflichten des Ausschusses geregelt. Dazu zählen zum Beispiel Stellungnahmen vor Entscheidungen der KVen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, wenn sie die wesentlichen Fragen der Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung berühren. Diese Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen. „Das gibt unserem Ausschuss ein besonderes Gewicht“, sagt Dr. Gabriele Friedrich-Meyer, Fachärztin für psychotherapeutische Medizin und derzeit Vorsitzende des Gremiums.

### Stimme der Psychotherapeuten

Zu Beginn einer Wahl werden zwei Vorsitzende – und zwar jeweils ein Vertreter der Psychologischen Psychotherapeuten/KJPLer und ein ärztlicher Vertreter gewählt. „Diese leiten im jährlichen Wechsel die Sitzungen des Ausschusses und vertreten ihn beispielsweise in der Vertreterversammlung“, erläutert Dr. Heribert Joisten, der als Psychologischer Psychotherapeut den Vorsitz im kommenden Jahr übernimmt.

Trotz unterschiedlicher Provenienz: Die Zusammenarbeit bezeichnen Friedrich-Meyer und Joisten als fruchtbar. Im Sinne des gesetzlichen Auftrages wird sich das Gremium auch in Zukunft mit zentralen Fragen der Honorarstruktur der Praxen und Versorgungsaspekten befassen. Dazu gehört auch der Versuch einer effizienteren Vermittlung von Therapieplätzen.

### Die Mitglieder des Psychotherapie-Ausschusses



Dr. Gabriele Friedrich-Meyer  
Ärztliche Psychotherapeutin



Dr. Heribert Joisten  
Psychologischer Psychotherapeut

#### Psychologische Psychotherapeuten

Dipl.-Psych. Dr. Paul Dohmen | Dipl.-Psych. Ursula Gersch  
Dipl.-Psych. Monika Konitzer | Dipl.-Psych. Barbara Lubisch

#### Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeut

Dipl.- Soz. Päd. Bernhard Moors

#### Ärztliche Psychotherapeuten

Dr. Mike Dahm, Facharzt für Psychiatrie  
Dr. Heiner Heister, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin  
Friedrich Neitscher, Facharzt für Psychiatrie,  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Christian Willnow, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Dr. Ulrich Breiden, Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeut

#### Kontakt zum Ausschuss

KV Nordrhein | Kristina Lazarz | Telefon 0211 5970 8211  
Telefax 0211 5970 9211 | E-Mail kristina.lazarz@kvno.de

# Ein dichtes Netz garantiert Lebensqualität bis zum Ende

Viele Schwerstkranke und Sterbende möchten die letzte Phase ihres Lebens zu Hause verbringen. Die Palliativmedizin kann ihnen diesen Wunsch erfüllen – in Nordrhein steht dafür eine nahezu flächendeckende ambulant-palliative Versorgung zur Verfügung. In besonders schwierigen Situationen helfen zudem vielerorts auch spezialisierte Palliative Care Teams.

„Oberstes Ziel ist es, ein Sterben zu Hause zu ermöglichen, wenn immer dies möglich und gewünscht wird. Hierzu ist es erforderlich, eine angemessene und flächendeckende, insbesondere auch qualitätsgesicherte ambulante Versorgung mit entsprechender palliativmedizinischer Infrastruktur zu entwickeln“ – so formuliert das 2005 verabschiedete Rahmenprogramm des Landes NRW das übergeordnete Ziel bei der Palliativversorgung.

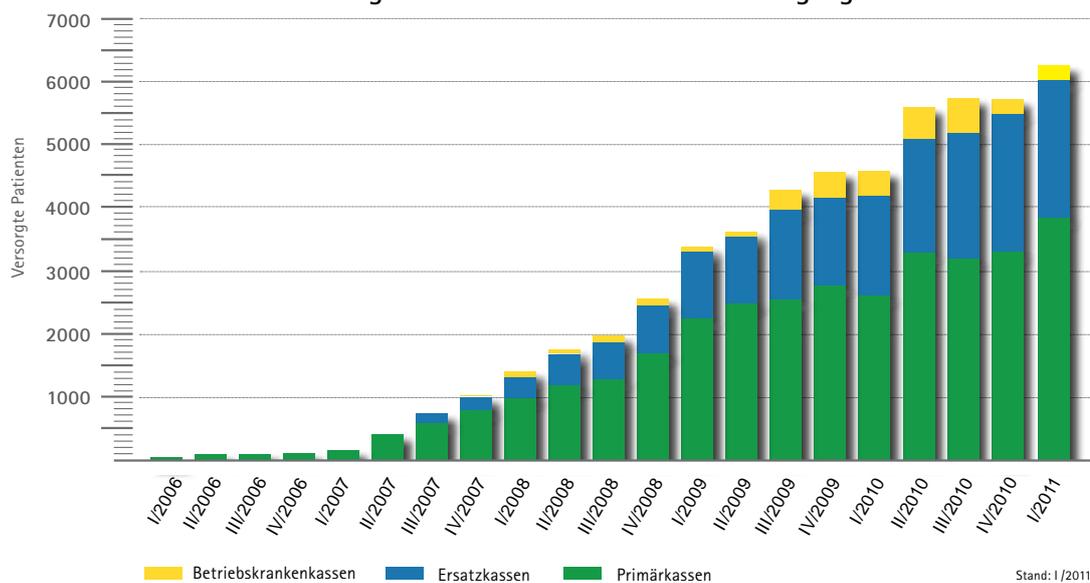
Gut fünf Jahre nachdem in Köln das erste Modellprojekt zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) initiiert wurde, ist in Nordrhein – auf Basis entsprechender Verträge mit den Primär- und Ersatzkassen – eine

nahezu flächendeckende ambulant-palliative Versorgungsstruktur entstanden: 34 regionale Palliativnetze betreuen schwerstkranke und sterbende Menschen vor Ort, medizinisch und pflegerisch umfassend.

### Über 1.400 Mediziner beteiligt

In den Netzen sind 1.100 Haus- und Fachärzte zusammengeschlossen, die alle über eine palliativmedizinische Basisqualifikation verfügen. Sie kooperieren eng mit den rund 300 qualifizierten Palliativmedizinern in den Netzen sowie mit den ambulanten Palliativpflegediensten und den örtlichen Hospizdiensten. Dank der Vielzahl der beteiligten Ärzte und der guten Zusammenarbeit stieg auch die Zahl

Patienten in der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung



Stand: I/2011

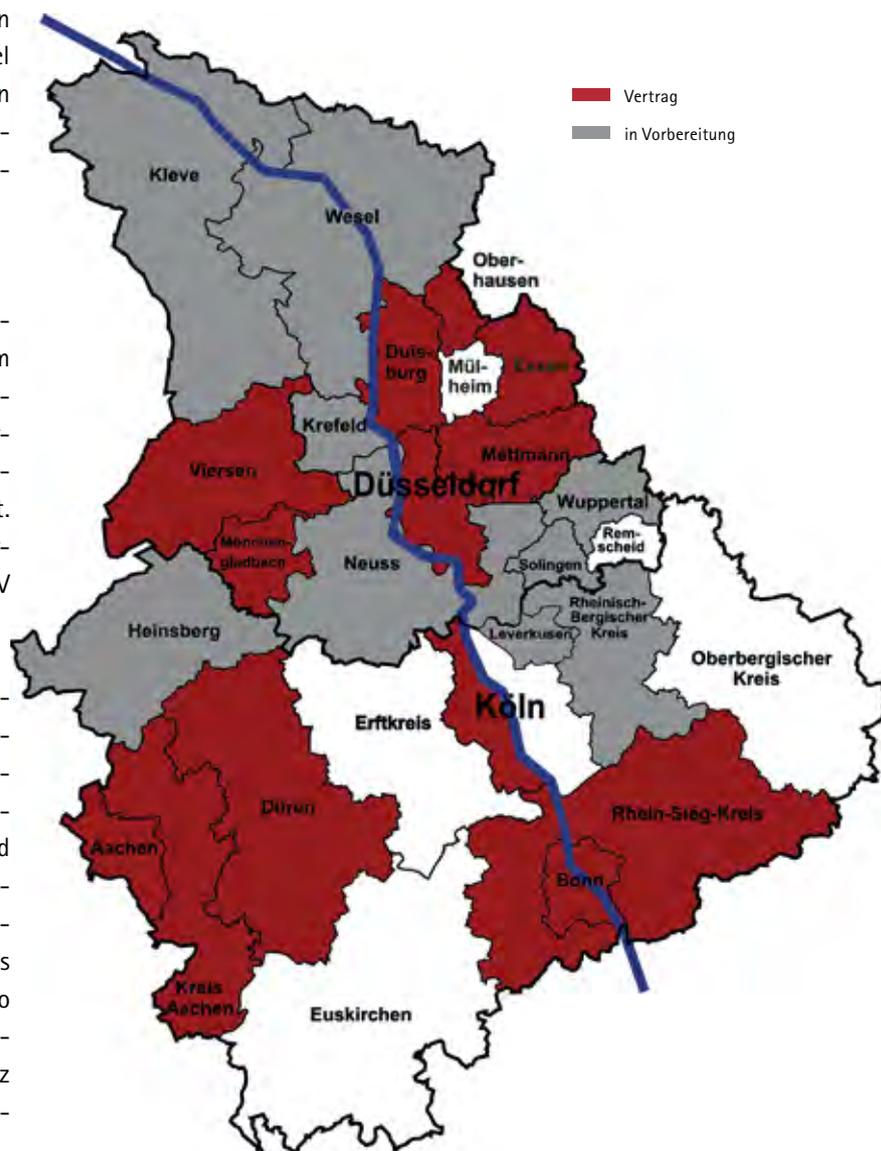
der Patienten, die ambulant palliativmedizinisch versorgt und begleitet wurden, in den vergangenen Jahren konstant an. „Dem Ziel des Rahmenprogramms sind wir inzwischen ein großes Stück näher gekommen sind“, resümiert Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein.

### Neuer Anspruch auf SAPV

Parallel zur Entwicklung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung, die auf dem Rahmenprogramm NRW basiert, hat der Bundesgesetzgeber 2007 einen Anspruch der Versicherten auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) im SGB V verankert. Dabei wurde die SAPV von Anfang an als Ergänzung und nicht als Alternative zur AAPV konzipiert.

Dies verdeutlicht auch die konkretisierende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die davon ausgeht, dass lediglich rund zehn Prozent aller Palliativpatienten SAPV-Leistungen benötigen. Dies sind Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten Erkrankung, bei denen ein hochkomplexes Symptomgeschehen und ein besonders aufwändiger Versorgungsbedarf vorliegt – so dass hier im Einzelfall eine spezifische palliativmedizinische und pflegerische Kompetenz sowie eine sehr enge interdisziplinäre Kooperation der Leistungserbringer nötig ist.

### Entwicklung und aktueller Stand SAPV



SAPV Team	Versorgte Region (Einwohner)	Startdatum
SAPV Niederberg UG	Mettmann-Nord (ca. 510.000)	01.09.09
AHPZ SAPV Wohnanlage Sophienhof gGmbH	Kreis Düren (ca. 280.000)	01.09.09
SAPV Home Care Aachen	Aachen Stadt und Kreis (ca. 500.000)	01.12.09
Palliative Care Team St. Josef-Hospital Troisdorf	Bonn/Rhein-Sieg rechtsrheinisch (ca. 530.000)	01.07.10
Palliative Care Team Bonn / Rhein-Sieg	Bonn/Rhein-Sieg linksrheinisch (ca. 480.000)	01.09.10
Palliative Care Team am Zentrum f. Palliativmedizin der Uniklinik Köln	Stadtgebiet Köln linksrheinisch	01.12.10
NPE Netzwerk Palliativmedizin Essen	Stadtgebiet Essen (ca. 574.000)	01.11.10
Palliative Care Team Duisburg	Duisburg und angrenzende Gebiete (ca. 600.000)	01.05.11
Home Care Linker Niederrhein	Mönchengladbach und Kreis Viersen (ca. 494.000)	01.07.11
Palliative Care Team Düsseldorf	Düsseldorf (ca. 586.000)	01.09.11
Palliative Care Team Oberhausen	Oberhausen (ca. 250.000)	01.10.11
<b>In Vorbereitung</b>		
Leverkusen   Rheinisch-Bergischer Kreis   Kreis Wesel/Kleve   Wuppertal/Solingen   Krefeld   Heinsberg   Mettmann-Süd		

## „SAPV ist nicht neben dem Normalgeschäft leistbar“

Seit dem 1. Juli gibt es eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in Mönchengladbach und dem Kreis Viersen. KVNO aktuell sprach mit Dr. Ulrich Grabenhorst, dem ärztlichen Leiter der Home Care Linker Niederrhein gGmbH, über den Start und das Nebeneinander von spezialisierter und allgemeiner ambulanter Palliativversorgung.

*Was sind Ihre bisherigen Erfahrungen nach den ersten drei Monaten?*



Dr. Ulrich Grabenhorst

**Grabenhorst:** Mit dem Start sind wir als Team insgesamt sehr zufrieden. Derzeit betreue ich gemeinsam mit meinen drei Kollegen und den sieben Palliativpflegerinnen acht bis zwölf SAPV-Patienten. Damit sind wir gut ausgelastet. Die meisten Patienten sind über niedergelassene Kolleginnen und Kollegen zu uns gekommen, oder aber weil sie selbst von uns gehört haben.

*Sind die hohen Qualitätsanforderungen an Personal und Strukturen der SAPV gerechtfertigt?*

**Grabenhorst:** Erst die geforderten Strukturen machen es möglich, dass wir uns in erster Linie auf die Versorgung von SAPV-Patienten konzentrieren und eine entsprechende Kompetenz vorhalten können. Die Hausbesuche zum Beispiel brauchen viel Zeit. Das kann nur klappen, weil wir alle deutlich reduzierte Sprechzeiten haben. Die SAPV „on top“ zum Normalgeschäft einer Versorgerpraxis – das ist meiner Erfahrung nach nicht leistbar.

*In welchem Verhältnis sehen Sie spezialisierte und allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV)?*

**Grabenhorst:** Ein Großteil der Schwerstkranken und Sterbenden wird auch in Zukunft im Rahmen der AAPV durch die Niedergelassenen versorgt werden. Daher muss die AAPV auf jeden Fall in der bewährten Form erhalten bleiben. Die SAPV ist eine Ergänzung dazu – und zwar für die Patienten mit einer sehr komplexen oder dramatisch erlebten Symptomatik bzw. für Patienten in einer sehr schwierigen persönlichen Situation.

*Wie lässt sich eine optimale Verzahnung von AAPV und SAPV erreichen?*

**Grabenhorst:** Zentral ist eine gute Vertrauensbasis. Der gegenseitige Respekt der Kolleginnen und Kollegen, die in der AAPV oder SAPV vor Ort tätig sind, ist meines Erachtens das A und O einer gut funktionierenden Palliativversorgung. Gleichzeitig sollten wir noch stärker den Patientenwillen in den Vordergrund stellen. Auch das hilft, unnötige Diskussionen und Reibereien zu verhindern.

Auf Grundlage der G-BA-Richtlinie hat die KV Nordrhein gemeinsam mit allen nordrheinischen Kassen 2009 einen SAPV-Rahmenvertrag geschlossen. Seither haben sich in Nordrhein elf sogenannte Palliative Care Teams etabliert; weitere Teams streben eine Teilnahme an.

Ein Palliative Care Team versorgt in Nordrhein ein Einzugsgebiet, in dem zwischen 250.000 und 550.000 Einwohner leben. Es besteht aus

mindestens drei qualifizierten Palliativmedizinern und mindestens vier Palliativpflegekräften.

Voraussetzung für die Teilnahme an der Versorgung ist neben der entsprechenden Qualifikation des Personals weiterhin auch die Sicherstellung einer 24-Stunden-Bereitschaft an sieben Tagen in der Woche. Dazu kommen Kooperationsverpflichtungen mit Hospizen bzw. ambulanten Hospizdiensten und örtli-

chen Apotheken – um die Sicherstellung einer optimalen Schmerztherapie zu gewährleisten.

Verordnet der betreuende Haus-, Fach- oder Krankenhaus-Arzt eine SAPV-Versorgung, so organisiert und leistet das Palliativ Care Team die häusliche Versorgung der schwerstkranken Patienten – unter Einbeziehung des bisher betreuenden Haus- oder Facharztes, der weiterhin in die Versorgung eingebunden werden kann.

### Etappenziel geschafft

Mit elf Palliative Care Teams hat die KV Nordrhein gemeinsam mit den nordrheinischen

Kassen in den vergangenen zwei Jahren zusätzlich zur flächendeckenden AAPV ein dichtes SAPV-Angebot aufbauen können. Dies gilt vor allem für den städtischen Bereich entlang der Rheinschiene.

Wo noch keine SAPV-Struktur vorhanden ist, arbeiten die Vertragspartner gemeinsam mit den Palliativmedizinerinnen in Nordrhein an weiteren Verträgen. Gleichzeitig können die Betroffenen in diesen Regionen auf die sehr gut ausgebauten und etablierten Strukturen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung zählen.

## Kommentar: Versorgungspolitisches Neuland

Die meisten Menschen wünschen sich, zu Hause sterben zu können. Die Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) war dafür ein wichtiger Schritt. Aber die darüber geführten Diskussionen haben zum Teil den Blick dafür verstellt, dass auch künftig die meisten Menschen an ihrem Lebensende vor allem durch Haus- und Fachärzte und die ambulanten Pflegedienste – in engem Zusammenwirken mit den Ehrenamtlichen aus den ambulanten Hospizdiensten sowie weiteren Professionen verschiedener Berufsgruppen – versorgt werden. Diese Basis der ambulanten Palliativversorgung bedarf der Qualifizierung, vernetzter Strukturen und nicht zuletzt einer angemessenen Finanzierung – die SAPV wird ohne sie nicht funktionieren können.

Mit dem Rahmenprogramm zur flächendeckenden ambulanten Palliativversorgung sind in NRW die Weichen für eine differenzierte, an den Bedürfnissen schwerstkranker und sterbender Menschen orientierte ambulante Palliativversorgung schon im Jahre 2005 gestellt worden. Eine solide Basisversorgung durch die Haus- und Fachärzte war dabei von vornherein von grundlegender Bedeutung, auch wenn Nordrhein und Westfalen-Lippe in der Umsetzung unterschiedliche Wege gingen.

Mit dem gestuften und zudem multiprofessionellen Ansatz, in den nun die allgemeine und spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu integrieren sind, betreten wir dabei in vielerlei Hinsicht versorgungspolitisches Neuland. Bundesweit lassen sich derzeit regional sehr unterschiedliche Entwicklungen feststellen. Dies kann eine Chance sein. Denn durch Benchmarking können – vor allem im Hinblick auf die Versorgungs- und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten – besonders erfolgreiche Ansätze identifiziert und Weiterentwicklungen im Sinne eines lernenden Systems gefördert werden.

Dabei gibt es Erfordernisse, die nicht disponibel sind und die bereits durch die Struktur der Verträge vorgegeben werden sollten: Dies gilt besonders für die notwendige Qualifizierung der beteiligten Berufsgruppen, eingeschlossen der beteiligten Haus- und Palliativärzte. Mit Blick auf die häufig außerordentlich komplexen Bedürfnisse der Patienten ist weiterhin die Zusammenarbeit in Teams und Netzwerken essentiell. Unverzichtbar ist schließlich auch die Evaluation der Ergebnisse, die Transparenz und möglichst auch eine überregionale Vergleichbarkeit ermöglicht.



Dr. Birgit Wehrauch,  
Staatsrätin a.D.,  
Vorstandsvorsitzende  
Deutscher Hospiz-  
und Palliativverband

## Europa im Dreiländereck

Einen Blick über den deutschen Tellerrand auf die Gesundheitssysteme der Niederländer und Belgier bot die KV Nordrhein bei einer Fortbildungsveranstaltung am 2. November in Aachen. „Bei allen Unterschieden haben die Systeme ein großes gemeinsames Problem: Immer weniger Erwerbstätige müssen eine Versorgung finanzieren, in der ein immer größerer Teil an älteren Menschen die Nachfrage steigen lässt“, sagte Moderator Dr. Frank Bergmann.



Fünf Referenten aus drei Ländern: Dr. Frank Bergmann (I.), Herman Verblackt, Dr. Remi Maier-Rigaud, Danny Havenith und Dr. Guido Klinkenberg.

Dass das deutsche System die Herausforderungen des medizinischen Fortschritts und des demografischen Wandels in den vergangenen Jahren gut gemeistert hat, stellte Sozialökonom Dr. Remi Maier-Rigaud von der Uni-

versität Köln klar. Die Gesamtausgaben für Gesundheit in Deutschland seien mit unter elf Prozent vom Bruttoinlandsprodukt relativ konstant geblieben – während sie im OECD-Durchschnitt spürbar steigen.

### Zufrieden mit Kostenerstattung

Staatliche Eingriffe, der drohende Ärztemangel und eine fehlende Regulierung etwa bei der Niederlassung seien die größten aktuellen Probleme in Belgien, berichteten der Direktor des St. Nikolaus-Hospitals in Eupen, Danny Havenith, und dessen Chefarzt Dr. Guido Klinkenberg. Positiv zeichne sich das belgische System durch den freien Zugang der Versicherten zu allen Ärzten aus. „Einen Unterschied zwischen Privat- und Kassenpatienten gibt es nicht“, berichtete Klinkenberg. Schließlich werde auch im Rahmen des Kostenerstattungssystems jede ärztliche Konsultation vergütet.

Die Belgier zeigen sich mit ihrem System in einer aktuellen Umfrage sehr zufrieden. Was für die deutschen Ärztinnen

und Ärzte im Technologiezentrum am Europaplatz umso erstaunlicher erschien, da zwei Drittel der Befragten angaben, wegen der Eigenbeteiligung an Gesundheitsleistungen andere Ausgaben zu reduzieren.

### 130.000 Euro Verdienst in Holland

In den Niederlanden regelt dagegen der Hausarzt den Zugang zu sämtlichen Leistungen des Gesundheitssystems. Seit 2006 sind alle Einwohner verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen und zahlen eine einheitliche Prämie. Diese beträgt rund 100 Euro pro Monat, der maximale Selbstbehalt liegt bei rund 220 Euro pro Jahr, berichtete der Hausarzt Herman Verblackt.

Darüber hinaus wird das niederländische System durch einen Fonds finanziert, der aus einkommensabhängigen Beiträgen der Arbeitgeber sowie aus Steuermitteln des Staates gespeist wird. Das niederländische Gesundheitssystem liefere „gute Qualität zu einem guten Preis“, so Verblackt.

Auch mit der Entlohnung zeigte sich der Hausarzt zufrieden: Nach Abzug der Praxiskosten verdiene man 105.000 Euro pro Jahr, dazu kämen noch die Einnahmen aus dem Notdienst. Dass die Arbeit in der Praxis gut zu bewältigen sei, dafür Sorge die Delegation von Leistungen an Praxis-Assistentinnen, die sogar eigene Sprechstunden anbieten würden.

Bergmanns Fazit: „Erstaunlich bleibt, dass die Gesamtausgaben für Gesundheit auch in einem sehr stark reglementierten System wie in den Niederlanden, wo kein Patient ohne Überweisung des Hausarztes einen Facharzt aufsuchen darf, nicht wesentlich geringer sind als in einem eher liberalen System mit freier Arztwahl und Kostenerstattung wie in Belgien oder in Deutschland.“

## KV Nordrhein startet Fortbildungsreihe

Mit rund 200 Ärzten aus Nordrhein fiel am 8. Oktober der Startschuss für die Fortbildungsreihe „Multiresistente Erreger in der ambulanten Versorgung – Verbreitung und Prävention“. Angesichts alarmierender Zahlen bei Multiresistenzen hat sich KV Nordrhein gemeinsam mit der KV Westfalen-Lippe dieses Thema auf die Fahnen geschrieben. Experten aus Forschung und Praxis diskutierten über Möglichkeiten, die Übertragungswege multiresistenter Erreger einzudämmen. Die Veranstaltung bildete gleichzeitig den Auftakt einer Fortbildungsreihe für Ärzte und Medizinische Fachangestellte.

Sowohl im Krankenhaus als auch in der ambulanten Versorgung stellen Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) und andere Erreger Ärzte und Pflegepersonal vor große Herausforderungen. Die Politik hat gehandelt. Das novellierte Infektionsschutzgesetz sieht vor, dass Ärzte für die ambulante Therapie von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patienten künftig eine Vergütung erhalten.

### Optionen für Ärzte

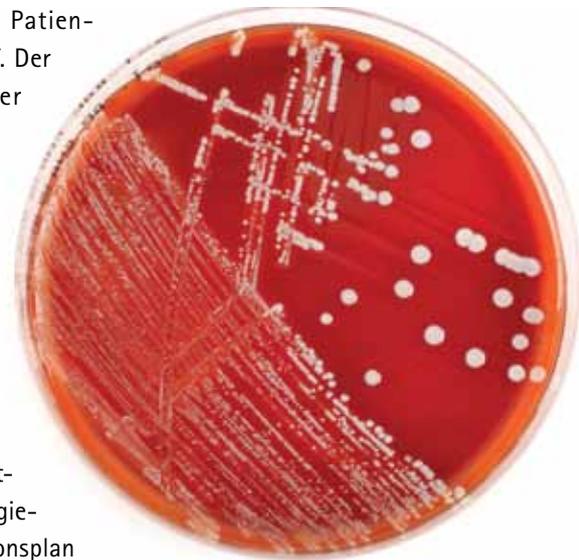
„Uns ist es wichtig, den niedergelassenen Ärzten in dieser unsicheren Situation soviel Unterstützung wie möglich zukommen zu lassen“, betonte Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. „Ich hoffe sehr, dass mit den Änderungen im Infektionsschutzgesetz nun endlich die richtigen Weichen gestellt werden und unsere Ärzte damit klare und wirtschaftliche Handlungsanweisungen zum Vorgehen mit be-

siedelten und infizierten Patienten erhalten“, so Potthoff. Der Vorstandsvorsitzende der KV Nordrhein begrüßte das Ziel des Gesetzgebers, den Fokus auf die Verbesserung der Hygienestandards zu legen und Antibiotika besonnen einzusetzen.

Die Fortbildungsreihe der KV Nordrhein fällt auf fruchtbaren Boden. Die Landesregierung hat jüngst den „Aktionsplan Hygiene“ ins Leben gerufen. „Mehr Aufklärung der Bevölkerung, Fortbildungen von Ärzten und Mitarbeitern des Gesundheitswesens und eine bessere Kooperation zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen sind Maßnahmen des Programms“, erläuterte Marlies Bredehorst, Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW.

### Einheitliche Hygiene-Standards

Selbst bei einem guten Screening-Verhalten der Krankenhäuser und optimalem Informationsfluss sei der MRSA-Status eines Patienten in der Arztpraxis nur zum Teil bekannt, erläuterte Dr. Roland Schulze-Röbbecke, Leiter der Euregionalen Akademie für Patientensi-



Kolonien von Staphylococcus aureus auf einer Agarplatte.

### Online-Umfrage:

#### Shakehands in der Praxis?

Wie handhaben Sie es mit der Handhygiene? Begrüßen Sie Ihre Patienten per Handschlag?

- Ja, in der Regel immer
- Nein, ich versuche das zu vermeiden.

Wir freuen uns auf Ihr Votum unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)  
KV | 111141

## MRSA-Resistenzen in Europa

Quelle: ECDC 2009



cherheit und Infektionsschutz des Universitätsklinikums Düsseldorf.

Einheitliche Hygienestandards und die korrekte Anwendung dieser Standards seien das A und O bei der Prävention von MRSA, aber auch von vielen anderen Erregern. Sie sollten als Präventionssystem etabliert werden, das:

- auf alle Patienten anzuwenden ist
- Schutz vor Blut, Körperflüssigkeiten, Sekreten und Ausscheidungen bietet
- das Risiko der Kontaktübertragung („Schmierinfektion“), insbesondere mit den Händen reduziert
- das Risiko der Übertragung durch Tröpfchen reduziert

## Restriktiver Einsatz von Antibiotika

Während der vergangenen 15 Jahre ist ein Anstieg des Anteils von MRSA an allen Staphylococcus aureus (Resistenzrate) in klinischen Isolaten von zwei auf etwa 20 Prozent beobachtet worden. „Die Resistenzraten unserer Nachbarn Niederlande und Dänemark sind deutlich niedriger. In beiden Ländern liegt sie seit Jahren stabil unter fünf Prozent“, berichtete Dr. Tim Eckmanns, Abteilung für Infektionsepidemiologie des Robert Koch-Instituts. Er appellierte, dass gemeinsam daran gearbeitet werden müsse, dass Antibiotika rational und evidenzbasiert eingesetzt werden.

Studien zeigten, dass eine direkte Korrelation zwischen Antibiotika-Verbrauch und Resistenz bestehe, unterstrich Prof. Colin MacKenzie vom Universitätsklinikum Düsseldorf. Er setzte sich für einen deutlich restriktiven Einsatz von Antibiotika ein.

## Fragen zu MRE?

Haben Sie weitere Fragen zum Thema Multiresistente Erreger (MRE)? Dann sprechen Sie uns an:

KV Nordrhein  
**Dr. Patricia Shadiakhy**  
Telefon 0211 5970 8070  
Telefax 0211 5970 8287  
E-Mail [patricia.shadiakhy@kvno.de](mailto:patricia.shadiakhy@kvno.de)

## MRE-Fortbildungen

Die Nordrheinische Akademie bietet regelmäßig Fortbildungen für Ärzte und Medizinische Fachangestellte zum Thema Multiresistente Erreger und Antibiotika-Therapie an. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an:

Nordrheinische Akademie  
**Anja Klaaßen**  
Telefon 0211 4302 2835  
Telefax 0211 4302 5835  
E-Mail [anja.klaassen@aekno.de](mailto:anja.klaassen@aekno.de)  
[www.akademie-nordrhein.de](http://www.akademie-nordrhein.de)

Impfen und Hygienemaßnahmen sollten verstärkt in den therapeutischen Fokus rücken. „Zwischen 30 und 50 Prozent der Antibiotika-Therapien sind falsch. Zum einen sind sie entweder nicht nötig oder es wird ein falsches Antibiotikum eingesetzt. Zum anderen werden sie entweder zu lange gegeben oder in einer

falschen Dosis“, so MacKenzie. Einfach sei die Entscheidung für den Arzt daher sicher nicht, sich für oder gegen einen Antibiotikumsatz auszusprechen.

Tipps zur Hygiene finden Sie im Internet unter [www.aktion-sauberehaende.de](http://www.aktion-sauberehaende.de) [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV | 111143**

## Krefelder Standard zum Schutz vor Infektionen mit multiresistenten Erregern

Die Krefelder Arbeitsgruppe Infektionsschutz der kommunalen Gesundheitskonferenz hat den Krefelder Standard zum Schutz vor Infektionen mit multiresistenten Erregern entwickelt. Er enthält Empfehlungen für die jeweils an der Patientenversorgung beteiligten Einrichtungen und Stellen des Krefelder Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, Rehabilitationseinrichtungen, psychiatrische Kliniken und Abteilungen, Arztpraxen, ambulante Therapieeinrichtungen, Krankentransportdienste und Bestattungsunternehmen) zum Umgang mit MRSA. Die Krefelder Gesundheitskonferenz empfiehlt dessen Anwendung.

Unter Punkt 6 des Standards finden Krefelder Ärzte das Formular „Anlage MRE/MRSA“, das bei Entlassung der Patienten mit entsprechendem Status auszufüllen und dem weiterbehandelnden Arzt, wenn nötig, dem Krankentransportdienst und dem Pflegedienst rechtzeitig zur Kenntnis zu bringen ist. Einrichtungen, die den Krefelder Standard zum Schutz vor Infektionen mit multiresistenten Erregern am Beispiel MRSA – auf freiwilliger Basis – in ihrem Hause einführen und umsetzen möchten, finden im Internet alle wichtigen Informationen.

Der Krefelder MRSA-Standard steht im Internet zur Verfügung unter [www.krefeld.de/mrsa-netzwerk](http://www.krefeld.de/mrsa-netzwerk) **KV | 111143**

## Info-Paket zu Antibiotika-Verordnungen



Dieser Ausgabe von KVNO aktuell liegt ein Sonderheft zum leitliniengerechten Einsatz von Antibiotika bei. Die Broschüre "Optimierung der Pharmakotherapie" wurde von der KV und den Verbänden der Kranken-

kassen Westfalen-Lippe erstellt und erscheint hier im Nachdruck.

Außerdem finden Sie als Beilage zum zurückhaltenden Einsatz von Antibiotika. Die KV Nordrhein hat die Information, die Sie zum Beispiel als Kopiervorlage nutzen können, zusammen mit den Verbänden der Krankenkassen im Rheinland erstellt.

**Antibiotika – nur wenn sie wirklich nötig sind**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Antibiotika sind wirksame Arzneimittel zur Behandlung bakterieller Erkrankungen. Ein gutes Antibiotikum wirkt schnell und spezifisch gegen die krank machenden Bakterien und es ist gut verträglich. Alle Antibiotika können jedoch Nebenwirkungen wie Bauchschmerzen oder Durchfall hervorrufen. Bei falscher Anwendung können sich zudem resistente, also unempfindliche Erreger entwickeln, gegen die das Antibiotikum bei einer weiteren Behandlung nicht mehr wirkt.

Damit sich möglichst wenige Resistenzen ausbilden können, müssen Antibiotika zu dem Erreger passen und lange genug und in der richtigen Dosierung eingenommen werden. Ihr Arzt versteht Ihnen das richtige Antibiotikum in der richtigen Menge und für die richtige Dosis.

Nicht immer sind Antibiotika angebracht. Bei Infektionen der oberen Atemwege wie einer Bronchitis und bei Mittelohrentzündungen handelt es sich meist um Infektionen durch Viren. Gegen diese wirken Antibiotika jedoch nicht. Zur Linderung der Krankheitssymptome helfen häufig Hausmittel und leichte Schmerzmittel. Auch bei leichten Infektionen der Harnwege wie Blasenentzündungen verschwinden die Beschwerden bei einer guten alkalischen Patienten von allein und Sie benötigen keine Antibiotika.

**Tipps zur Einnahme**

- Antibiotika sollen gezielt nur bei begründet vermuteten oder nachgewiesenen Infektionen durch Bakterien eingenommen werden.
- Bei Infektionen, die durch Viren verursacht werden, helfen Antibiotika nicht.
- Antibiotika können Nebenwirkungen haben.
- Zur Linderung der Beschwerden helfen bei leichten Infektionen häufig Hausmittel und leichte Schmerzmittel.
- Nehmen Sie Antibiotika nur ein, wenn Ihr Arzt sie Ihnen verschrieben hat. Nehmen Sie keine Antibiotika von Bekannten oder anderen, die Sie noch im Schrank liegen haben.
- Nehmen Sie Ihr verschriebenes Antibiotikum immer in der vorgeschriebenen Menge und über den festgelegten Behandlungszeitraum ein.
- Ihr Arzt berät Sie zum richtigen Umgang mit Antibiotika.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre Krankenkassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen in Nordrhein

## Wie rechne ich Wegegelder ab?

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im Oktober und November kamen viele Fragen von Praxen zu Wegegeldern und zur Abgabe der Online-Abrechnung.

*Gilt für die Online-Abrechnung mit Heilberuferausweis auch der achte Kalendertag des ersten Quartalsmonates als letzter Abgabetag?*

Nein, die Online-Abrechnung mit Heilberuferausweis können Sie auch später noch einreichen. Bei der Online-Abrechnung ist die Übermittlung der „Echtabrechnung“ vom 27. Tag des dritten Quartalsmonats bis zum zwölften Tag des ersten Monats im Folgequartal möglich – also fünf Tage später als die Abrechnung auf Datenträgern. Übrigens: Eine „Testabrech-

nung“ können Sie bereits ab dem 20. Tag des ersten Quartalsmonats jederzeit versenden.

*Wie rechne ich Wegegelder ab?*

Die Abrechnung von Wegegeld oder Wegepauschalen ist bei Primär- und Ersatzkassen gleich. Für jeden Besuch innerhalb von zwei Kilometern erhalten Sie eine Wegepauschale von 1,32 Euro bei Tag und 2,41 Euro bei Nacht.

Wenn die Entfernung von der Wohnung des Patienten zur Praxis mehr als zwei Kilometer beträgt, erhalten Sie sogenannte Wegegelder in Abhängigkeit von Art und Zeit des Besuchs. Je Doppelkilometer vergütet die KV Nordrhein:

- 1,85 Euro bei Besuchen/Visiten nach den EBM-Nummern: 01411, 01412, 01414 und 01100, 01414 und 01101, 01415
- 2,92 Euro bei Besuchen/Visiten nach den EBM-Nummern: 01410N, 01411N, 01412N, 01414N, 01414N und 01100 und 01414N und 01101, 01415N
- 1,52 Euro bei Besuchen nach 01410 und 01721 EBM

Der kürzeste befahrbare Weg ist maßgebend für die Kilometerzahl. Rechnen Sie dabei nur die einfache Entfernung an. Wenn der Patient zum Beispiel drei Kilometer entfernt wohnt, können Sie nur drei Kilometer berechnen – obwohl Sie noch zurückfahren müssen. Deswegen werden diese Strecken auch als Doppelkilometer bezeichnet. Bruchteile von 0,5 km und darüber können Sie auf volle Kilometer aufrunden. Wichtig: Tragen Sie bei Besuchen zwischen 19 und 7 Uhr hinter der EBM-Nr. ein „N“ (für Nacht) ein.

### Ansprechpartner



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

#### Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666

Telefax 0221 7763 6450

E-Mail [service.koeln@kvno.de](mailto:service.koeln@kvno.de)

#### Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888

Telefax 0211 5970 8889

E-Mail [service.duesseldorf@kvno.de](mailto:service.duesseldorf@kvno.de)

## Mettmann gegen den Schlaganfall

Beim Schlaganfall zählt jede Sekunde. Je früher er erkannt wird, je schneller die Therapie beginnt, umso besser sind die Chancen auf Heilung. Im Kreis Mettmann fand vom 10. bis 15. Oktober eine Aktionswoche zum Thema „Schlaganfall“ statt.



Darin informierten niedergelassene Ärzte, Therapeuten, Pflegeeinrichtungen und Kliniken über die Möglichkeiten der Früherkennung und der Rehabilitation – die sich in den vergangenen Jahren erheblich verbessert haben. „Uns geht es zum Beispiel darum, die Bevölkerung zu sensibilisieren, Vorboten dieses Notfalles zu erkennen und bei Gefahr das Richtige zu tun“, sagte der Mettmanner Neurologe Dr. Harald Brauer anlässlich der Eröffnung der Aktionswoche.

### Dritthäufigste Todesursache

Schlaganfälle sind die dritthäufigste Todesursache in Deutschland. 80 Prozent entstehen durch ein verschlossenes Blutgefäß im Gehirn. Jährlich erleiden in Deutschland rund 200 000

Menschen einen Schlaganfall – mit steigender Tendenz. Im Kreis Mettmann erleiden jährlich 1.200 bis 1.500 Menschen einen Schlaganfall. Ein Drittel davon stirbt innerhalb eines Jahres, ein Drittel trägt dauerhafte Behinderungen davon, ein Drittel kommt relativ unbeschadet davon.

„Neue Medikamente können dazu beitragen, das Schlaganfallrisiko besonders gefährdeter Patienten zu senken. Den größten Nutzen bringen aber Änderungen der Lebensweise“, betont Brauer. Risikofaktoren sind vor allem Bluthochdruck, Rauchen, Übergewicht, eine ungesunde Ernährung und zu wenig Bewegung. Alle Faktoren, die Menschen beeinflussen können.

Zum Abschluss der Aktionswoche informierten Ärztinnen und Ärzte auf den Marktplätzen des Kreises Mettmann.



„Jeder Mensch kann also vieles tun, um das Risiko gering zu halten“, so Dr. Ingo Winkelmann, Allgemeinmediziner in Wülfrath. Mit der Aktionswoche in Mettmann versuchen Ärzte, Pfleger und Therapeuten, diese Botschaft an die Bürgerinnen und Bürger zu tragen.

### Infostände und Symposium

Die Auftaktveranstaltung „Jede Sekunde zählt...“ markierte am 10. Oktober den Start der Aktionswoche. Bis zum 15. Oktober gab es mehrere Tage der Offenen Tür. So konnten sich Interessierte zum Beispiel in Therapiezentren des Kreises über Möglichkeiten der Physio- und Ergotherapie informieren, stellten Logopäden ihre Therapieansätze vor.

Die auf den Schlaganfall spezialisierten Kliniken im Kreis präsentierten ihre Diagnose- und Therapiestrategien in Akutsituationen, darunter das Evangelische Krankenhaus Mettmann mit seiner neuen Schlaganfalleinheit.

Die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen öffneten im Rahmen der Woche ebenfalls ihre Türen und stellten Hilfs- und Unterstützungsangebote für Schlaganfallpatienten vor.

Am 13. Oktober luden die Initiatoren zu einem Schlaganfall-Symposium. Hauptthema waren Strategien für die Schlaganfall-Versorgung im Kreis Mettmann. Experten stellten aktuelle und neue Möglichkeiten der neurologischen Akutversorgung und Reha, Therapieansätze, neue Versorgungskonzepte und Möglichkeiten der langfristigen Unterstützung vor.

Stefan Mies, Regionaldirektor der AOK Rheinland/Hamburg, und Bernhard Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein, würdigten vor allem das Engagement der Initiatoren vor Ort. Mit Martin Richter, Kreisdirektor Mettmann, signalisierten sie ihre Bereitschaft, weiterhin an der Verbesserung der Versorgungskette mitzuwirken.

Abschluss und Höhepunkt der Woche bildeten die Infostände auf dem Jubiläumsplatz in Mettmann und den Marktplätzen in den übrigen Städten des Kreises. Hier klärten Ärztinnen und Ärzte die Bürger über den Schlaganfall auf und führten verschiedene Risikotests durch. „Wir haben viel Aufmerksamkeit und den ganzen Kreis erreicht“ freut sich Brauer. Die Aktionswoche soll deswegen im kommenden Jahr wieder stattfinden.

## Online-CME-Angebote im Überblick

Fortbildungspunkte gibt es auch für Online-Studien. Eine Übersicht der Online-Angebote, mit denen Ärzte CME-Punkte erwerben können, hat das Ärztliche Zentrum für Qualität (ÄZQ) zusammengefasst. Die Linksammlung mit 361 Angeboten aus über 100 Themengebieten ist über die Arztbibliothek abrufbar.

„Bei der Suche nach passenden Fortbildungen ist es nicht immer leicht, die Angebote aufzuspüren, die ins eigene Fachgebiet passen und für den Erwerb von Fortbildungspunkten anerkannt sind. Diesem Umstand hilft nun die Arztbibliothek ab“, sagte Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). „Diese Form der Fortbil-

dung ermöglicht es Ärzten, sich zeit- und ortsunabhängig mit Hilfe von geprüften Informationen Wissen anzueignen oder aufzufrischen“, lobte der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Frank Ulrich Montgomery.

Die Arztbibliothek wird von der ÄZQ betreut; Träger sind die BÄK und die KBV. Das Wissensportal bietet eine themensortierte Linksammlung und qualitätsbewertete Leitlinien.

*Das Wissensportals mit der Übersicht über die Online-CME-Fortbildungen erreichen Sie unter [www.arztbibliothek.de](http://www.arztbibliothek.de) | KV | 111147*



## Intransparente Verbandstoffpreise – nicht mehr lange

In einer Faxaktion wenden sich zahlreiche Ärzte an die KV Nordrhein und bitten um Preistransparenz bei Verbandstoffen. Diese sollten beispielsweise in der Praxissoftware dargestellt werden. Derzeit stellt die Praxissoftware die Preise für Verbandstoffe (leider) nicht dar, so dass eine wirtschaftliche Auswahl der Produkte nur schwer möglich ist.

Die Kosten für Verbandstoffe gehen aber in das Arzneimittelbudget der Praxis ein. Wir haben nachgehakt: Nach Auskunft von einigen Softwareanbietern werden Verbandstoffprei-

se in der Praxissoftware nur dargestellt, wenn sie in der zugrunde liegenden AMIS-Datenbank verfügbar sind. Eine komplette Auflistung der Verbandstoffe mit den jeweils gültigen Preisen wäre mit vermehrtem Aufwand und zusätzlichen Kosten verbunden, so die Softwareanbieter.

Es gibt derzeit keine gesetzliche Verpflichtung, Preise für Verbandstoffe, Teststreifen und bilanzierte Diäten in der Praxissoftware darzustellen. Dies soll jedoch mit der nächsten Änderung des Arzneimittelgesetzes erfolgen.

## Achtung: Neue Anschrift der KV Nordrhein

Ab 30. Januar 2012 haben die Hauptstelle, die Bezirks- und die Kreisstelle Düsseldorf der KV Nordrhein eine neue Postadresse:

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**  
40182 Düsseldorf

Ab diesem Zeitpunkt gilt die KV Nordrhein als „Großempfänger“ und erhält eine eigene Postleitzahl. Die Straße und Hausnummer brauchen Sie künftig nicht mehr auf die Schreiben an die Stellen der KV Nordrhein in Düsseldorf einzufügen. Für die Bezirksstelle Köln und die Kreisstellen bleibt es bei den bekannten Postleitzahlen.

# Newsletter der KV Nordrhein – Schnelle und kompakte Infos für Sie

## KVNO-Ticker

Der gesundheitspolitische Nachrichtendienst der KV Nordrhein – inklusive aktueller Honorar-Informationen.

## Praxis & Patient

Neues zu aktuellen Entwicklungen in der ambulanten Versorgung in Nordrhein für Patienten – und die Praxishomepage.

## VIN – Verordnungsinfo Nordrhein

Der Newsletter liefert aktuelle Regelungen und praktische Tipps zum Verordnen von Arznei- und Heilmitteln.

## IT in der Praxis

Für Mitglieder der KV Nordrhein und Softwarehäuser, die Informationen über den Praxiscomputereinsatz wünschen.

## 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.



KVNO-Ticker

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Die Telematik-Plattform der Kassenärztlichen Vereinigungen

gute Versor-

> D2D-Newsletter  
8. Februar 2011

D2D-Statistik steigt  
Bundesweit exakt 11.232 A  
nutzten im Dezember 2010  
die D2D-User in Nordrhein.  
17,5% und Bremen mit 11,5,  
60 % der KVHB-Mitglieder.  
Nach wie vor die am stärksten  
325.000 Transaktionen im D2D-  
Nachrichten monatlich  
(Online-Abrechnung, eKonto)  
weit etwa 10.000 Sendungen



Praxis & Patient

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein



VIN VerordnungsInfo Nordrhein

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

### Verordnungshinweis

#### Dabigatran (Pradaxa) bei Vorhofflimmern

Der Thrombin-Hemmer Dabigatran ist seit 2008 in Deutschland zugelassen zur Primärprävention von venösen thromboembolischen Ereignissen bei erwachsenen Patienten nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkersatz. Das oral einzunehmende Dabigatran-Esteilat (Pradaxa) ist eine Alternative zu Heparin in der Nachsorge bei diesen Indikationen und sollte aus wirtschaftlichen Gründen nur bei Unverträglichkeit oder Kontraindikationen der niedermolekularen Heparine eingesetzt werden (1).

Seit September 2011 ist die Zulassung von Pradaxa auf die Anwendung bei Vorhofflimmern erweitert worden. Es kann eingesetzt werden zur Prävention von Schlaganfällen und systemischen Embolien bei erwachsenen Patienten mit nicht-valvulärem Vorhofflimmern und einem oder mehreren Risikofaktoren. Die Risikofaktoren sind:

- vorausgegangener Schlaganfall, TIA oder systemische Embolie
- LEV <40%
- symptomatische Herzinsuffizienz ≥ NYHA-Klasse 2
- Alter ≥ 75 Jahre
- Alter ≥ 65 Jahre und gleichzeitig Diabetes mellitus, KHK oder arterielle Hypertonie (2)

Das Präparat ist in der Indikation Vorhofflimmern seit 2010 in den USA in der 2x150 mg Dosierung zur Antithrombotik zugelassen worden. Die Anwendung wurde in der RELY-Studie in zwei verschiedenen Dosierungen an über 18.000 Patienten mit Vorhofflimmern und weiteren Risikofaktoren im Vergleich zu dem in den USA üblichen Warfarin getestet (3). Die durchschnittliche Beobachtungszeit betrug zwei Jahre. Die wichtigsten Ergebnisse der Studie sind in der Tabelle dargestellt.

Tabelle: Ergebnisse der RELY-Studie (Ausgaben in % pro Jahr)

	Dabigatran 2 x 150 mg	Dabigatran 2 x 110 mg	Warfarin
Primärer Endpunkt: Schlaganfall oder systemische Embolie	1,53 %	1,11 %	1,58 %
Schwere Blutung	2,71 %	3,11 %	3,38 %
Hämorrhagischer Schlaganfall	0,12 %	0,10 %	0,38 %
Mortalitätsrate	2,72 %	2,78 %	3,53 %
Tot	3,75 %	3,64 %	4,13 %

Die Warfarin-Patienten der Studie waren zu durchschnittlich 64 Prozent der Beobachtungszeit im richtigen INR-Bereich. Patienten mit geringer Kreatinin-Clearance oder Leberfunktionsstörungen, wurden von der Studie ausgeschlossen.

In den Dabigatran-Gruppen benutzten mehr Patienten die Studie frühzeitig im zweiten Jahr als in der Warfarin-Gruppe (17,8 und 11,2 % vs. 5,8 %), zum Teil wegen vermehrt auftretender Nebenwirkungen wie Dyspepsie und Oberbauchbeschwerden.

www.kvno.de

VIN VerordnungsInfo Nordrhein | 1. September 2011

NRW nicht

„... und das bundesweit.“  
Versorgungsgebietes für  
erhoffen sich die Kas-  
in Nordrhein-Westfalen  
in Förderung endlich ein-  
im Gesetzgeber gerecht,  
tipp stehen die Arztpra-  
sicherheitsrichtlinien.

Behandlung der Patien-  
genauso viel Geld zur  
tionen der Republik. Und  
r-Leistungen, die unse-  
nen Tag für Tag für ihre  
erbringen. Nicht  
in Dr. Peter Posthoff, Vor-  
sinn.

er  
Versorgung

benötigen eine beson-  
derung. Um dies in häus-  
setzt die spezialisierte  
W) auf ein sogenanntes  
sogenannten ambulanten  
im Palliative Care Team  
berieten Palliativ-Medizi-  
nischgeschulten. Ver-  
der Stützorganisation Aachen  
in Köln (linkshirnisch)

Praxis & Patient | Juli 2011

## Schnelle Infos: Geben Sie uns Ihre Mail-Adresse

Die KV Nordrhein würde Sie gerne effektiver informieren. Denn zum Beispiel im Falle einer Pandemie geht es um Geschwindigkeit. Am schnellsten sind die Praxen per E-Mail zu erreichen. Deswegen bitten wir Sie, Ihre E-Mail-Adresse, die im Mitgliederver-

zeichnis erscheint, zu kontrollieren. Ist diese falsch, teilen Sie bitte den Arztregistern telefonisch, per Fax oder E-Mail die richtige Adresse mit.

Das Meldeformular finden Sie im Internet unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV | 111149**



Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein  
Gute Versorgung. Gut organisiert.

**Antwortfax**

Bitte faxen oder schicken Sie diese Antwort an Ihre Bezirksstelle:

<p><b>Bezirksstelle Düsseldorf</b></p> <p>Ansprechperson: Telefonnummer: 9 4474 Düsseldorf Telefax: 0211 5979 8555 E-Mail: <a href="mailto:arztregister.duesseldorf@kvno.de">arztregister.duesseldorf@kvno.de</a></p>	<p><b>Bezirksstelle Köln</b></p> <p>Ansprechperson: Telefonnummer: 10-16 50667 Köln Telefax: 0221 7963 8550 E-Mail: <a href="mailto:arztregister.koeln@kvno.de">arztregister.koeln@kvno.de</a></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Die KV Nordrhein möchte alle Praxen gerne effektiver informieren. Denn zum Beispiel im Falle einer Pandemie geht es um Schnelligkeit. Bitte teilen Sie uns Ihre Fax-Nummer und - falls vorhanden - Ihre E-Mail-Adresse mit. Zudem bieten wir Ihnen an, diese Angaben im Online-Verzeichnis der Ärzte und Psychotherapeuten zu veröffentlichen. (Angaben bitte gut lesbar eintragen)

Meine E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_  
Meine Fax-Nummer: \_\_\_\_\_

## Zurückhaltend bei Antidepressiva

Der Gebrauch von Antidepressiva ist innerhalb der Europäischen Union (EU) in Portugal am höchsten. Das geht aus einem „Eurobarometer“ hervor, also einer Meinungsumfrage der Europäischen Kommission. Demnach hatten im Untersuchungszeitraum 2010 rund 15 Prozent der Befragten angegeben, in den vergangenen zwölf Monaten Antidepressiva genommen zu haben – mehr als doppelt so viele wie im Durchschnitt der EU (sieben Prozent). Litauen (elf Prozent) steht an zweiter Stelle, gefolgt von Frankreich und Malta (je zehn Prozent). In Griechenland und Deutschland gaben die wenigsten an, Medikamente gegen Depressionen genutzt zu haben (je drei Prozent).

Das könnte natürlich positiv zu werden sein: Deutsche Ärzte überlegen sehr genau, bevor sie die Antidepressiva verordnen. Nach Ansicht von Dr. Frank

Bergmann, dem Vorsitzenden des Berufsverbands Deutscher Nervenärzte, könnte sie allerdings auch Ausdruck der Unterversorgung depressiver Patienten in Deutschland sein. So hätten zum Beispiel Untersuchungen des Kompetenznetzes Depression auf die häufig unterdosierte und vor allem zu früh beendete Psychopharmakotherapie mit damit einhergehender hoher Rückfallgefährdung hingewiesen.



## DDD-Quoten zum Abruf bereit

Die DDD-Quoten der einzelnen Praxen für das erste Halbjahr 2011 sind im KVNO-Portal abrufbar; die KV Nordrhein verschickt sie außerdem per Brief. Diese Quoten sind Bestandteil der Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2011. Außer den bis zu vier DDD-Quoten je Fachgruppe enthält die Vereinbarung auch Generika- und Me-too-Quoten.

Anders als bisher werden die DDD-Quoten je Praxis und Fachgruppe ausgewertet. Das

heißt, wenn mehrere Ärzte einer Fachgruppe in einer Praxis tätig sind, erhalten sie einen Bericht, bei unterschiedlichen Fachgruppen in einer Praxis gibt es mehrere Berichte.

Wer eine oder mehrere Quoten verfehlt, dem bieten KV und Kassen ein Beratungsgespräch an. Da dies im ersten Halbjahr jedoch sehr viele Praxen betreffen würde, müssen sich die Vertragspartner nun darauf verständigen, welche Praxen sie primär einladen wollen.

Mehr Infos zu den  
Arzneimittel-Quoten  
im Internet  
unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)  
**KV 111150**

## Qualitätszirkel suchen Mitglieder

**Thema** Effektivitätsoptimierung von Psychotherapie  
**Kontakt** Dr. Matthias Lang  
Kaiser-Wilhelm-Ring 6-8  
50678 Köln  
Telefon 0221 5607 499  
Telefax 0221 560 498  
praxis@dr-matthias-lang.de  
**Termin** nach Vereinbarung  
**Ort** nach Vereinbarung

**Thema** Eye Movement Desensitization and Reprocessing  
**Kontakt** Dipl.-Psych. Anne-Marie Plumpe-Dieterich  
Dönhoffstraße 40  
51373 Leverkusen  
Telefon 0214 5008 810  
E-Mail [ampd@gmx.de](mailto:ampd@gmx.de)  
**Termin** 1 x pro Monat  
**Ort** wechselnd (Teilnehmer)

**Thema** Palliativnetz Kevelaer-Weeze  
**Kontakt** Ursula Starke  
Dorfplatz 2  
47624 Kevelaer  
Telefon 02832 709 33  
Telefax 02832 799 509  
**Termin** 4 - 5 pro Jahr, 20 Uhr  
**Ort** Kevelaer

**Thema** Fußnetz Essen  
**Kontakt** Dr. Anna Katharina Trocha  
Klinisches Diabeteszentrum  
Elisabeth Krankenhaus Essen  
Klara-Kopp-Weg 1  
45138 Essen  
Telefon 0201 4364 570  
Telefax 0201 4364 571  
**Termin** 4 x pro Jahr, 19-22 Uhr  
**Ort** Essen

**Thema** Strukturierte hausärztliche Versorgung  
**Kontakt** Martin Stankowski  
Rüdelstraße 9  
50737 Köln  
Telefon 0221 741 145  
Telefax 0221 748 520  
E-mail [info@stankowski.de](mailto:info@stankowski.de)  
**Termin** 5 - 6 pro Jahr  
**Ort** Praxis Stankowski/Schoberth

**Thema** Rhein-KaLi  
**Kontakt** Frank Strelow  
Rheinberger Straße 82  
47495 Rheinberg  
Telefon 02843 4366  
**Termin** dienstags oder mittwochs  
**Ort** Rheinberg

**Thema** Psychoanalytische Objektbeziehungstheorien  
**Kontakt** Christel Freitag-Rütten  
Pelmannstraße 60  
45131 Essen  
Telefon 0201 705 188  
**Termin** jeden 3. Mittwoch/Monat  
**Ort** Praxis Dipl.-Psych.  
Dieter Tenbrink, Essen

**Thema** Muskelzentrum Nordrhein  
**Kontakt** PD Dr. Eva Neuen-Jacob  
Institut für Neuropathologie  
Moorenstraße 5  
40225 Düsseldorf  
Telefon 0211 8118 662  
Telefax 0211 8117 804  
**Termin** 3 - 4 pro Jahr  
**Ort** Muskelzentrum Nordrhein

### Infos über elektronische Qualitätszirkel (eOZ)

Im KVNO-Portal haben Sie die Möglichkeit, Qualitätszirkel elektronisch zu verwalten. Über die Details würden wir Sie gerne informieren. Wir planen dazu kostenfreie Info-Veranstaltungen für Vertragsärzte, Psychotherapeuten und natürlich Qualitätszirkel-Moderatoren. Die Termine finden nach Vereinbarung statt.

### Kontakt

**Ilma Reißner-Gislason**  
Telefon 0211 5970 8110  
**Katharina Ernst**  
Telefon 0211 5970 8361  
Telefax 0211 5970 8160  
E-Mail [qualitaetszirkel@kvno.de](mailto:qualitaetszirkel@kvno.de)

## Infomarkt der KV Nordrhein

Experten der KV Nordrhein beantworten an den Infoständen Ihre Fragen rund um den Praxisalltag:

- Niederlassungsberatung
- KV-Börse – Kooperationspartner und Praxisnachfolger online finden
- Betriebswirtschaftliche Orientierung mit dem KV-Praxis-Check
- Tipps zum Verordnen von Hilfsmitteln und von Arznei- und Heilmitteln
- IT in der Praxis
- Honorar
- KOSA – Kooperationen mit Selbsthilfegruppen
- Serviceteams – Ansprechpartner bei allen Fragen aus dem Praxisalltag
- KVNO-Portal: Online-Dienste für Praxen in Nordrhein
- Internetangebot der KV Nordrhein

**Termin** Mittwoch, 11. Januar 2012  
14 bis 17 Uhr  
**Ort** Bezirksstelle Köln  
Sedanstraße 10-16  
50668 Köln  
(Eine Anmeldung ist

## KBV: Versorgungsinnovation 2012

Zum dritten Mal veranstaltet die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Versorgungsmesse für Ärzte, Kassenvertreter und Entscheidungsträger aus Politik und Verwaltung. Im Focus der Messe stehen Angebote und Lösungen, die Vernetzung und Kooperation in besonderer Weise umzusetzen.

Themenschwerpunkt ist die wohnortnahe Versorgung im Hinblick auf den demografischen Wandel. Vorgestellt und diskutiert werden

sollen innovative Projekte und neue Ideen für Kooperationen zwischen Ärzten, Pflegepersonal und weiteren Beteiligten aus der ambulanten Versorgung.

Im Mittelpunkt stehen Präventionsangebote, Versorgungsprogramme, Polymedikation und indikationsbezogene Kooperationen. Dazu waren Ärzte, Psychotherapeuten und Träger aufgegrufen, sich mit ihren Ideen von vernetzten Strukturen zu bewerben.

**Termin** 27. bis 29. Februar 2012  
**Ort** dbb forum berlin  
Friedrichstr. 169/170  
10117 Berlin  
[www.versorgungsmesse.net](http://www.versorgungsmesse.net)

**BEWERBUNGSSCHLUSS  
FÜR AUSSTELLER:  
15. NOVEMBER 2011**

**KBV**

**KBV Messe**  
Versorgungsinnovation 2012

**27. BIS 29. FEBRUAR 2012 BERLIN | WWW.VERSORGUNGSMESSE.NET**

## Termine

■	11.01.2012	KV Nordrhein: „Infomarkt“, Köln
	8.02.2012	Nordrheinische Akademie: „Versorgungsstrukturgesetz 2012“, Düsseldorf
■	15.02.2012	KV Nordrhein: „Rational und rationell verordnen“, Düsseldorf
	22.02.2012	IQN: „Mögliche Behandlungsfehler bei der Diagnostik und Therapie zerebraler Symptomatik“, Düsseldorf
■	9.03.2012	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
	14./15.03.2012	Gesundheitskongress des Westens, Köln
■	28.03.2012	KV Nordrhein: „Infomarkt“, Düsseldorf
	28.03.2012	GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft mbH: „Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis“, Düsseldorf
■	28.03.2012	KV Nordrhein / Rheinische Post: RP-Sprechstunde „Schlafstörungen“, Düsseldorf
	18.04.2012	GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft mbH: „Praxiswertermittlung“, Düsseldorf
■	18.04.2012	KV Nordrhein: „Problematik bei der intraoperativen Lagerung – Kompartysyndrom“, Düsseldorf
■	21.04.2012	KV Nordrhein: „Onlineabrechnung mit der KV Nordrhein“, Köln
	25.04.2012	GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft mbH: „Honorarverteilung, Abrechnung, Regelleistungsvolumina“, Düsseldorf
■	28.04.2012	KV Nordrhein: „Onlineabrechnung mit der KV Nordrhein“, Düsseldorf
■	5.05.2012	KV Nordrhein: „Nordrheinischer Praxisbörsentag“, Düsseldorf
■	16.05.2012	KV Nordrhein: „Rational und rationell verordnen“, Düsseldorf

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)

# Impressum

## Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

## Redaktion

Frank Naundorf (verantwortlich)  
Karin Hamacher

## Redaktionsbeirat

Dr. Peter Potthoff, Bernd Brautmeier,  
Frank Naundorf

## Druck

Echo Verlag, Köln

## Satz

Merzhäuser | grafik+design, Bonn

## Anschrift der Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf  
Telefon 0211 5970 8106  
Telefax 0211 5970 8100  
E-Mail [redaktion@kvno.de](mailto:redaktion@kvno.de)

## Ansprechpartner

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

## Serviceteam Köln

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

## Serviceteam Düsseldorf

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

## Formularversand

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

„KVNO aktuell“ erscheint als Mitteilungsorgan für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 22 700

Die mit dem Namen des Verfassers gekennzeichneten Beiträge geben die Meinung des Autors, aber nicht unbedingt die Ansicht der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte übernimmt die Redaktion keine Gewähr.

Vorschau „KVNO ■ aktuell“ 1+2 | 2012

## ■ Versorgungsstrukturgesetz:

### Die neuen Regeln ab 2012

## ■ Online-Abrechnung:

### Viele Vorteile für Anwender

## ■ Service:

### So sichern Sie die Daten in Ihrer Praxis

## ■ Überblick:

### Krankenfahrten richtig verordnen

## ■ Antibiotika:

### Frühes Absetzen kann sinnvoll sein

Die nächste Ausgabe von „KVNO aktuell“

erscheint am 8. Februar 2012.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Tersteegenstraße 9 · 40474 Düsseldorf  
E-Mail [redaktion@kvno.de](mailto:redaktion@kvno.de)  
Tel. 0211 5970 0 · Fax 0211 5970 8100

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



**Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.