

■ Schwerpunkt

Honorar

Neuregelung für
Haus- und Heimbefuche

■ Hintergrund

DMP

Beste Kooperation
der Praxen im Rheinland

■ Aktuell

Notdienst

Arztrufzentrale auch für
Westfalen-Lippe zuständig

■ Praxisinfo

Schizophrenie

Vertrag auch für
Versicherte der DAK



Kassennärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

- 1 Editorial

Schwerpunkt

- 2 Extrabudgetäre Leistungen – Wachstum begrenzt
- 2 Strengere Regeln für Zuschläge von Kooperationen
- 3 Neuregelung für Haus- und Heimbefuche
- 3 Versorgerpraxen vor Honorarverlusten schützen
- 3 Mehr Gehalt für Medizinische Fachangestellte

Aktuell

- 4 Agenda des Vorstands: „Wir kämpfen weiter für gerechte Honorare“
- 6 Neue EBM-Nummern für SAPV-Verordnungen
- 6 SAPV jetzt auch in Essen
- 7 Neue Aut-idem-Regelung gilt seit 1. Januar 2011: Arzneimittel-Austausch erweitert
- 8 Notdienst in Nordrhein-Westfalen rückt zusammen: Arzttrufzentrale auch für Westfalen-Lippe zuständig
- 9 Ab dem zweiten Quartal 2011 nur noch per CD oder online: Das Ende der Papierabrechnung

Berichte

- 16 Disease-Management-Programme in Nordrhein: Chronikerprogramme helfen den Patienten
- 20 Versorgungsassistentinnen entlasten den Praxisinhaber: Die zweite EVA-Staffel erreicht das Ziel
- 22 19. Landesgesundheitskonferenz: Vernetzte Hilfe für psychisch kranke Kinder
- 24 Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein: Gemeinsame Einrichtung von Kammer und KV – Das IQN unterstützt Kliniken und Praxen

Service

- 26 Euregio Rhein-Maas mobilisiert gegen MRSA
- 27 Dr. Heinz-Rudi Ocklenburg gestorben
- 28 Aktuelle Fragen an die Serviceteams – und deren Antworten: Die Bereitschaftspauschale gibt es noch

Praxisinfo

- 10 DAK tritt Schizophrenie-Vertrag bei
- 10 Praxisgebühr Hausarztvertrag BKK Vereinigte Deutsche Nickel-Werke
- 10 Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining geändert
- 10 Einfacher abrechnen bei Patienten mit der europäischen KVK EHIC
- 10 Vordruck-Änderungen zum 1. April 2011
- 11 Änderungen des EBM
- 11 Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse
- 11 Cave: Branchenbucheinträge sorgfältig prüfen

Arzneimittelfo

- 12 Höhere Herstellerrabatte halten Arzneimittelausgaben stabil
- 13 Aktuelle Änderungen der Me-too-Liste
- 13 Priscus-Liste: Manches Medikament für Senioren ungeeignet
- 14 Hilfsmittel-Verordnungen: Ein kostenträchtiges Thema



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

den Start ins neue Jahr dominieren bekannte Themen. Zum Beispiel der drohende Landärztemangel, dem Gesundheitsminister Rösler mit einem Versorgungsgesetz beikommen will, die kommenden Kodierrichtlinien oder das Dauerthema Honorar. Vermutlich haben Sie darüber schon das eine oder andere gelesen. Zu Recht rücken die Medien das Augenmerk auf diese Themen. Und auch wir haben diese Themen im Blick.

Bedauerlich ist aber, dass viele andere Themen in der Berichterstattung auf der Strecke bleiben, die ebenfalls von großer Bedeutung sind. Da ist zum Beispiel das Thema Qualität in der Versorgung. Werden Mängel vermutet, ist die Aufmerksamkeit da. Aber leider nur dann.

Außerhalb der Praxen scheint sich kaum jemand für die Qualität zu interessieren, die dort täglich geleistet wird. Dabei ist die hoch. Das zeigt zum Beispiel der Qualitätsbericht über die Disease-Management-Programme. Die Ergebnisse sind in allen Bereichen hervorragend, die Qualitätsziele werden im Rheinland fast überall übertroffen. (Und das trotz der gekürzten Vergütung, die Sie im vergangenen Jahr hinnehmen mussten.)

Selbst den Vergleich mit anderen Regionen müssen wir nicht scheuen. Im Gegenteil. Bei der Kooperation der Praxen sind wir in Nordrhein Spitze, was der Vergleich mit anderen KV-Regionen zeigt. Das hilft den Patienten.

Die ausgezeichnete Qualität ist nicht auf die Chronikerprogramme beschränkt. Dies weist der alljährliche Qualitätsbericht nach. In über 50 Bereichen, von A wie Akupunktur bis Z wie Zytologie, belegen Daten die Qualität der Versorgung.

In Diagnose, Therapie und Management entwickelt sich die ambulante Versorgung stets weiter. Dafür sorgen Sie in Ihren Praxen. Damit steht Patientinnen und Patienten eine gute Versorgung flächendeckend mit freiem Zugang zur Verfügung.

Auf diese Leistung können Sie stolz sein. Leider ist dies eins der Themen, die bei der Berichterstattung meist auf der Strecke bleiben. Wir finden sie aber wichtig. Und räumen ihnen zumindest in unseren Medien Platz ein. Bevor uns bald wieder die bekannten Themen dominieren.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

Bernd Brautmeier
Vorstand

Extrabudgetäre Leistungen – Wachstum begrenzt

Ärzte dürfen die Zahl der extrabudgetären Leistungen nur noch beschränkt steigern. Das Wachstum hat der Gesetzgeber für das Jahr 2011 mit dem GKV-Finanzierungsgesetz begrenzt. Davon betroffen sind zum Beispiel ambulante Operationen oder Leistungen im Rahmen der Disease-Management-Programme (DMP). Zwar fällt die Regelung, auf die sich die Krankenkassenverbände und die KV Nordrhein verständigt haben, in Teilen besser aus, als es die strenge Gesetzesvorschrift vorgesehen hatte. Doch die Beschränkung an sich bleibt bestehen.

Im Rheinland können alle DMP-Vergütungen und die Erstattung von Wegegeldern und Wegepauschalen im kommenden Jahr um bis zu zehn Prozent mengenmäßig steigen. Die Zahl für Leistungen der Strahlentherapie und kurative Vakuumstanzbiopsien um fünf Prozent.

Für alle Leistungen des ambulanten Operierens ist eine um fünf Prozent höhere Leistungsmenge als 2010 möglich. In 2011 laufen die Zuschläge zu den ambulanten Operationen des Zentrumsvertrages unverändert mit 0,7442 Cent weiter. Der Zuschlag für ambulante Operationen nach § 115 b des Sozialgesetzbuchs V liegt 2011

mit 0,19995 Cent nur noch halb so hoch wie im Vorjahr. Das konnte trotz intensiver Verhandlungen nicht verhindert werden. Die maximale gesetzliche Steigerungsrate von 0,9 Prozent bei extrabudgetären Leistungen gilt für folgende Leistungen:

- Sozialpsychiatrische Auffangkonzepktion
- Belegärztliche Leistungen nach Kapitel 36 des EBM
- EBM-Nr. 13311 (Systematische fibrinolytische Therapie arterieller oder venöser Thrombosen bei belegärztlicher Behandlung)
- EBM-Nr. 17370 (Radiojodtherapie)
- Leistungen der Geburtshilfe nach Abschnitt 8.4
- Leistungen der künstlichen Befruchtung
- Leistungen der Substitutionsbehandlung mit Ausnahme der Diarmorphin-gestützten Behandlung
- Telefonkosten nach der EBM-Nr. 80230

Ausgenommen von der Begrenzung sind die Dialyse-Sachkosten, das Impfen und alle Präventions- und Früherkennungsleistungen, also Krebsfrüherkennung Männer und Frauen, Früherkennung Kinder, Hautkrebscreening und Gesundheitsuntersuchung/Check up.

Strengere Regeln für Zuschläge von Kooperationen

Ärzte in Kooperationen (Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren) erhalten ab 1. Juli nur noch dann einen Zuschlag auf ihr Regelleistungsvolumen (RLV), wenn sie auch de facto kooperieren. Hintergrund für die Neuregelung war, dass es offenbar zunehmend standort- und arztgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften gibt, die aufgrund der räumlichen Distanz kaum gemeinsame Patienten behandeln. Sie erhalten aber bis dato einen RLV-Zuschlag von fünf Prozent je beteiligter Arztgruppe. Ab 1. Juli spielt neben dem Aspekt der arztgruppenübergreifenden Tätigkeit auch der sogenannte Kooperationsgrad, also die Anzahl der gemeinsam behandelten Fälle, eine Rolle für den Zuschlag.

Die Regelungen im Einzelnen:

- Bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften wird das praxisbezogene RLV um zehn Prozent erhöht.
- Bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe wird das praxisbezogene RLV um zehn Prozent erhöht, wenn ein Kooperationsgrad von mindestens zehn Prozent erreicht wird.
- Bei fach- und schwerpunktübergreifenden Praxen ist maximal ein Zuschlag von 40 Prozent möglich, wenn der Kooperationsgrad mindestens 40 Prozent beträgt.

Neuregelung für Haus- und Heimbefuche

Die Hausbesuche und Besuche in Alten- und Pflegeheimen werden ab 1. April aus dem Regelleistungsvolumen (RLV) herausgenommen. Dies gilt allerdings nur für bestimmte Besuchsleistungen. Das hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Krankenkassen vereinbart.

Gleichzeitig sind folgende EBM-Änderungen verhandelt worden:

- Für den Krankenbesuch (EBM-Nr. 01410) erhalten Haus- und Fachärzte künftig 600 Punkte; derzeit sind es 440 Punkte.
- Für den Besuch eines weiteren Kranken (EBM-Nr. 01413) sind es ab 1. April 300 Punkte; bis dato liegt die Bewertung bei 215 Punkten.
- Die Bewertung der EBM-Nr. 01415 (Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen) bleibt bei 1545 Punkten.

Das Honorar erhalten Ärztinnen und Ärzte somit ab 1. April außerhalb der RLV. Aber: Die RLV-Volumen sind um diese Besuchsleistungen zu bereinigen. Im haus- wie auch im fachärztlichen Versorgungsbereich müssen die KVen per Vorwegabzug nun Geld für die zu erwartende Vergütung der Besuchsleistungen zurückstellen.

Der Bewertungsausschuss fordert KVen und Krankenkassen außerdem auf, „geeignete Maßnahmen zur Vermeidung ungewollter Ausweitungen der Besuchstätigkeit“ zu treffen. In Nordrhein werden mehrere Besuchsleistungen bereits seit dem vierten Quartal 2010 außerhalb der RLV-Vergütung bezahlt.

Die Regelung muss nun an den Beschluss des Bewertungsausschusses angepasst werden. Wir informieren Sie in der März-Ausgabe von KVNO aktuell.

Versorgerpraxen vor Honorarverlusten schützen

Der Bewertungsausschuss hat klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen vor Ort einen Ausgleich vereinbaren können, wenn einzelne Facharztgruppen überproportional Honorar verlieren. Im Mittelpunkt stehen die Gruppen der fachärztlichen Grundver-

sorgung. Dazu zählen unter anderem Orthopäden, Augenärzte, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte und Pädaudiologen. Für sie können die Vertragspartner auf Landesebene Vorwegabzüge aus dem Honorarzuwachs für 2011 beschließen. Das hat die KV Nordrhein bereits in der Vergangenheit getan.

Mehr Gehalt für Medizinische Fachangestellte

Die Tarifgehälter für Medizinische Fachangestellte (MFA) steigen; die Höhe der Steigerung hängt von der Berufserfahrung ab. Sie liegt zwischen 1,25 und fünf Prozent. Das haben der Verband medizinischer Fachberufe und die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen von Medizinischen Fachangestellten / Arzthelferinnen vereinbart. Das größte Plus machen mit fünf Prozent die MFA in den ersten drei Berufsjahren. Die Tarifgehälter liegen nun in den Tätigkeitsgruppen I und II bei 1.495 beziehungsweise 1.570 Euro. Die MFA im vierten bis sechsten Jahr erhalten rund 2,6 Prozent mehr.

Ja nach Qualifikation können die Helferinnen vier Tätigkeitsgruppen erreichen, deren Gehälter auf 1.595 bis 1.914 Euro steigen. In den anderen Gehaltsgruppen steigt das Gehalt um 1,25 Prozent. Auszubildende erhalten 30 Euro pro Jahr mehr. Bei der betrieblichen Altersversorgung erhöht sich der Arbeitgeberbeitrag ab Anfang Juli 2011 um zehn Euro. Er beträgt somit für Auszubildende nach der Probezeit und Beschäftigte mit mindestens 18 Wochenstunden 30 Euro und für Beschäftigte mit weniger als 18 Wochenstunden 20 Euro. Der Tarifvertrag gilt rückwirkend ab ersten Januar und gilt bis Ende 2011.

„Wir kämpfen weiter für gerechte Honorare“

Am 1. Januar trat das alte Vorstandsduo Dr. Peter Potthoff und Bernd Brautmeier in die neue Amtsphase ein. Der Gynäkologe und der Kaufmann leiten die Geschicke der KV Nordrhein in den kommenden sechs Jahren. Über ihre Pläne für das laufende Jahr sprachen sie mit KVNO aktuell.

Lassen Sie uns zunächst zurückblicken. Wie würden Sie Ihre Arbeit im vergangenen Jahr bewerten?

Potthoff: Gemessen an der Ausgangslage waren wir erfolgreich. Wir haben mit einem Honorarplus von 120 Millionen Euro die höchste Steigerung unter allen KVen herausgeholt.

Dennoch stehen in Nordrhein in diesem Jahr nur 329 Euro für die ambulante Versorgung eines Patienten zur Verfügung; im Bundesdurchschnitt sind es rund 345 Euro.

Brautmeier: Das darf so natürlich auf keinen Fall bleiben. Wir kämpfen weiter für gerechte Honorare; in der Selbstverwaltung, auf politischer Ebene und juristisch treten wir für eine Angleichung ein. Unsere Klage gegen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband der Krankenkassen wegen der Honorarreform 2009 läuft weiter.

Gesundheitsminister Philipp Rösler hat für 2011 eine echte Honorarreform angekündigt: einfacher und transparenter soll die Abrechnung werden. Schafft er das?

Potthoff: Als Ziel finde ich das sehr gut. Eine transparente Abrechnung allein nutzt den Kolleginnen und Kollegen allerdings wenig, wenn die Vergütung in der Summe in Nordrhein viel zu gering ist. Es fehlt schlicht das Geld im System. Schauen Sie auf die Begrenzung des Wachstums

für extrabudgetär bezahlte Leistungen: Das stammt aus dem Hause Rösler und gilt in diesem Jahr. Das steht in krassem Widerspruch zu seinen eigenen Zielen.

Sie haben sich mehr Transparenz auf die Fahnen geschrieben. Wie soll das konkret funktionieren?

Brautmeier: Ein Baustein sind die Vorstandsausschüsse, die wir für wichtige Bereiche eingeführt haben: Kodieren, Recht, Arzneimittel und Telematik. Hier arbeiten wir als Vorstand mit Mitgliedern der Vertreterversammlung und Mitarbeitern der Verwaltung zusammen.

Den Ausschuss Telematik gibt es ja schon seit einem Jahr. Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?

Brautmeier: Gute. Wir profitieren von der Kompetenz der mitarbeitenden Ärzte und Psychotherapeuten und demokratisieren gleichzeitig die Arbeit der KV.

Eine Ihrer Forderungen lautet: Mehr Nachhaltigkeit. Was bedeutet das konkret?

Potthoff: Lassen Sie mich das am Beispiel Honorar erläutern. Die Angemessenheit der ärztlichen Vergütung bemisst sich nicht nur an der Höhe, sondern auch an ihrer Verlässlichkeit. Doch davon sind wir in der vertragsärztlichen Vergütung weit entfernt. Besonders die im Quartalsrhythmus schwankenden Regelleistungsvolumina erwecken bei vielen Kolleginnen und Kollegen eher den Eindruck eines Basars denn eines seriösen Entgeltsystems.

Was wir brauchen sind verlässliche wirtschaftliche Daten. Nur damit können wir auf solide Weise unsere Praxen führen, unsere Medizinischen Fachangestellten verantwortungsvoll ausbilden und in eine moderne Ausstattung investieren.

Wie wollen Sie das erreichen?

Potthoff: Die Regelleistungsvolumen könnten zum Beispiel für ein Jahr gelten. Das würde die Planungssicherheit für die Praxen deutlich erhöhen. Derzeit sind es vor allem Berliner Bestimmungen, die die Nachhaltigkeit unterlaufen. Wir tragen unsere Forderung deswegen in die Hauptstadt.

Man hört immer wieder von der kleinräumigen Bedarfsplanung? Wann kommt die denn und was ändert sich dadurch?

Brautmeier: Das Thema wird zurzeit diskutiert. Wie die Bedarfsplanung aber künftig genau aussehen wird, ist

noch völlig offen. Neue Regelungen stehen voraussichtlich erst 2013 an.

Löst die neue Bedarfsplanung dann das Problem der Sicherstellung?

Potthoff: Bestimmt nicht allein. Angesichts des demographischen Wandels und drohenden Ärztemangels müssen wir über neue Versorgungsmodelle nachdenken, zum Beispiel für alte Menschen oder Heimpatienten. Besonders in ländlichen Gebieten werden Kooperationen immer wichtiger.

Still ist es um die Hausarztverträge in Nordrhein geworden. Passiert da noch etwas?

Brautmeier: Das hoffen wir. Der Hausärzteverband hat die Entscheidungen des Schiedsamtes ruhend gestellt. Seit September ist somit nichts passiert. Das blockiert derzeit alle Verhandlungen. Wir würden gerne Verträge abschließen, die allen Hausarztpraxen im Rheinland zusätzliche Einnahmen ermöglichen.



Vorstandsvorsitzender Dr. Peter Potthoff (63) ist als Gynäkologe in Bad Honnef niedergelassen. Mit Brautmeier bildete er seit Anfang 2010 den Vorstand der KV Nordrhein.



Bernd Brautmeier (55) war 18 Jahre lang Hauptgeschäftsführer der KV Nordrhein. Der Kaufmann ist das erste nichtärztliche Vorstandsmitglied in der Geschichte der KV Nordrhein.

Neue EBM-Nummern für SAPV-Verordnungen

Ab 1. April 2011 gibt es im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) neue Nummern für die Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung (SAPV). Die neuen EBM-Nrn. 01425 und 01426 ersetzen die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40860 und 40862. Die Nr. 01425 EBM ist für die Erstverordnung der SAPV abrechnungsfähig. Die Leistung ist mit 715 Punkten / 25,10 Euro bewertet; das Honorar erhalten Praxen außerhalb des Regelleistungsvolumens (RLV) und der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung.

Für die Folgeverordnung zur Fortführung der SAPV dient die Nr. 01426 EBM; sie ist höchstens zweimal im Quartal berechnungsfähig. Die Leistung ist mit 430 Punkten / 15,07 Euro bewertet; auch hier erhalten Praxen das extrabudgetär und unbegrenzt. Bei durchgängiger Behandlung dürfen nach der Richtlinie des Gemeinsamen

Bundesausschusses nach der Erstverordnung nur noch Folgeverordnungen ausgestellt werden, auch wenn ein neues Quartal begonnen hat. Wird die Behandlung unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt eine erneute Behandlungsbedürftigkeit festgestellt, dann stellen Sie bitte eine Erstverordnung aus. Zur Abrechnung der neuen EBM-Nrn. 01425 und 01426 benötigen Sie die Berechtigung, die EBM-Nummern der Kapitel 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 25, 26 und/oder 27 abzurechnen.

Mehr Infos zur SAPV unter www.kvno.de [KV110106](#)

EBM-Nummer	Kurzlegende	Bewertung
01425	Erstverordnung der SAPV	715 Punkte (25,10 Euro)
01426	Folgeverordnung zur Fortführung der SAPV	430 Punkte (15,07 Euro)

SAPV jetzt auch in Essen

Seit November 2010 gibt es auch in Essen eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Bereits in sieben Regionen in Nordrhein bestehen entsprechende Vertragsabschlüsse.

Schwerstkranke und Sterbende möchten die letzte Phase ihres Lebens zu Hause verbringen. Die Palliativversorgung kann ihnen diesen Wunsch erfüllen – in besonders schwierigen Fällen ist die SAPV nötig. „Die SAPV ergänzt das bereits bestehende Angebot der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung“, sagt Walter Dolff, Vorsitzender der Kreisstelle Essen der KV Nordrhein. Ihr primäres Ziel ist es, unnötige Krankenhauseinweisungen von Patienten mit einer rasch fortschreitenden und zum Tode führenden Erkrankung zu vermeiden. Dies soll mit Hilfe eines Palliative Care Team (PCT) erreicht werden.

Ein solches Team besteht aus mindestens drei qualifizierten Palliativ-Medizinern und mindestens vier Palliativ-

Pflegekräften. Das Angebot gilt für alle Patienten. Die Verträge haben die AOK Rheinland/Hamburg, der Verband der Ersatzkassen, die BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft NRW, die Vereinigte IKK, die Knappschaft und die Landwirtschaftliche Krankenkasse geschlossen.

Vertragspartner in Essen sind die KV Nordrhein und das Netzwerk Palliativmedizin Essen/AG der ATZ GmbH. Jeder niedergelassene Haus- und Facharzt kann die SAPV für einen Zeitraum von maximal dreimal 28 Tagen unter Verwendung des Vordrucks 63 verordnen.

Im Bedarfsfall kann das multiprofessionelle PCT mit palliativ qualifizierten Fachkräften (unter anderem Psychoonkologen) erweitert werden. „Mit Ausnahme der Vollversorgung können die an der allgemeinen Palliativversorgung teilnehmenden Hausärzte weiterhin ihre Leistungen im Rahmen der jeweiligen Verträge der ambulanten Palliativversorgung abrechnen“, so Dolff.

Arzneimittel-Austausch erweitert

Seit Jahresbeginn gelten neue Regeln für den Austausch von Medikamenten durch den Apotheker. Die Bestimmungen enthält das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes, kurz AMNOG. Sie betreffen die Packungsgröße und den Indikationsbereich. Neu ist zudem eine Regelung zur Kostenerstattung.

Für die Packungsgröße ist ab 1. Januar 2011 die Normierung (N1, N2, N3) ausschlaggebend. Somit können beispielsweise auch 100er gegen 98er Packungen ausgetauscht werden, wenn sie in Wirkstoff, Dosierung, Darreichungsform und Indikation übereinstimmen. Bisher musste die Stückzahl identisch sein, was Hersteller nutzen, um den Austausch zu erschweren.

Für die Packungsgrößen gelten sogenannte Spannbreiten. Diese beträgt beispielsweise für Omeprazol: N1 = 16 bis 24 Stück, N2 = 44 bis 55 Stück, N3 = 95 bis 100 Stück. Wenn Sie die Packungsgröße mit N1, N2 oder N3 verordnen, kann der Apotheker innerhalb dieser Grenzen abgeben. Wenn Sie nur die Stückzahl angeben und diese außerhalb der N-Bereiche liegt, kann der Apotheker nur gegen eine identische Stückzahl austauschen.

Wir empfehlen, die Packungsgröße mit N1, N2 oder N3 ohne Angabe der Stückzahl zu verordnen und den Austausch zuzulassen, also kein Kreuz zu setzen. In der Übergangsphase wird es vermehrt zu Rückfragen und Änderungswünschen der Apotheker kommen, wenn beispielsweise Rabattverträge nur unter Angabe der jeweiligen Stückzahl bedient werden können.

Indikationsbereich

Der Gesetzgeber hat den Austausch vereinfacht. Es reicht nun aus, wenn das verordnete und das abgegebene Präparat nur ein gleiches Anwendungsgebiet haben. Bisher musste das Austausch-Präparat für den gleichen Indikationsbereich zugelassen sein. Wenn beispielsweise der verordnete Betablocker zur Behandlung der Hypertonie

und Herzinsuffizienz zugelassen ist, so darf er auch gegen ein Präparat ausgetauscht werden, das nur für die Indikation Hypertonie zugelassen ist. Wirkstoff, Dosierung, Darreichungsform und Packungsgröße müssen natürlich übereinstimmen.

Kostenerstattung

Patienten können ab 1. Januar 2011 im Rahmen von aut idem ein Arzneimittel wählen, für das kein Rabattvertrag geschlossen wurde. Voraussetzung ist auch hier, dass der Arzt den Austausch zulässt (kein Kreuz gesetzt). Der Patient muss in diesem Fall anfallende Mehrkosten selbst tragen. In medizinisch begründeten Fällen kann der Arzt weiterhin ein Aut-idem-Kreuz setzen und den Austausch auch im Rahmen der Mehrkostenregelung verhindern.



Die neue Regelung zu den Packungsgrößen macht Apotheken Schwierigkeiten.

Der Patient bezahlt das selbst gewählte Arzneimittel zunächst komplett aus eigener Tasche. Seine gesetzliche Krankenkasse zahlt im Rahmen der Kostenerstattung den Differenzbetrag, wobei Rabatte berücksichtigt werden müssen. Die Einzelheiten des Verfahrens regeln Krankenkassen und Apotheken.

Arztrufzentrale auch für Westfalen-Lippe zuständig

Die Arztrufzentrale der KV Nordrhein in Duisburg, die bislang lediglich für Patienten und Ärzte im Rheinland zuständig war, steht ab 1. Februar 17,9 Millionen Menschen in ganz Nordrhein-Westfalen zur Verfügung.

Wie kam es dazu? Die KV Westfalen-Lippe hat den Notdienst neu strukturiert. Auch dort gibt es künftig zentrale Notdienstpraxen, zum Start im Februar sind es 67 Einheiten. Wie in Nordrhein sollte es auch ein zentrales Call-Center geben, das Anrufern die Adressen und Öffnungszeiten der nächsten Notdienstpraxis mitteilt und die Hausbesuche koordiniert.

Eingespieltes Team

Die KV Westfalen-Lippe ging nach einer geeigneten Einrichtung auf die Suche – und wurde in Nordrhein fündig. Die Wahl fiel auf die Arztrufzentrale in Duisburg. „Wir haben uns für die Zentrale in Duisburg entschieden, weil diese aus unserer Sicht die besten Vorausset-

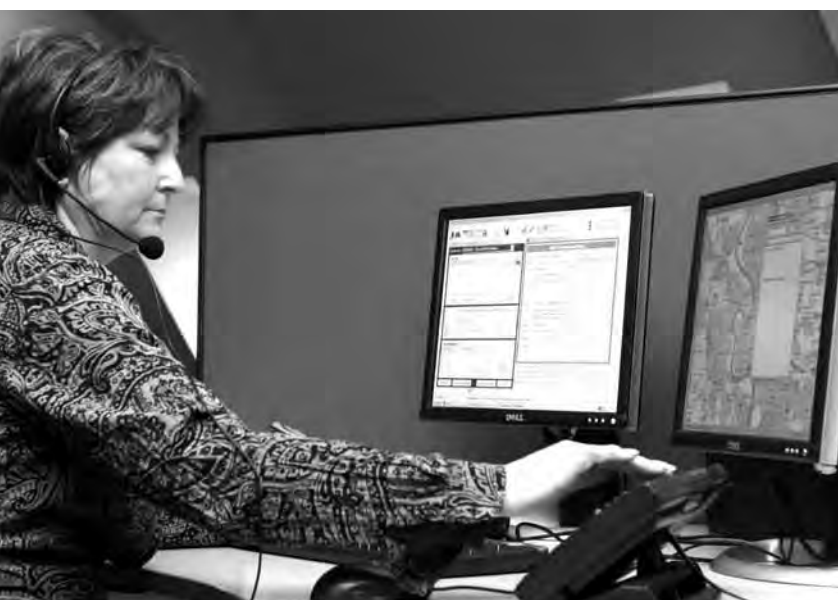
zungen hatte. Sie kennt das Geschäft, und die Mitarbeiter haben viel Erfahrung,“ erläutert Dr. Thomas Kriedel, Vorstand der KV Westfalen-Lippe.

Um die neue Aufgabe bewältigen zu können, musste Duisburg aufstocken. Investitionen in neue Technik, Telefonleitungen, Kartenmaterial und in die Schulung der bis dato 150 Mitarbeiter waren nötig. Zudem sind bislang acht neue Mitarbeiter eingestellt worden. Trotz dieser und weiteren geplanten Neueinstellungen: Mittelfristig sollen die Kosten für den Notdienst der KV Nordrhein sinken.

Wie klappt der Übergang?

„Wir sind jetzt gut gerüstet“, sagt Frank Bausch, Geschäftsführer der Notdienst- und Bürgerberatungs GmbH (NDBB), die die Arztrufzentrale bislang betrieben hat. Dennoch könnte es in den ersten Wochen zu längeren Wartezeiten auch für die Anrufer aus Nordrhein kommen, fürchtet Bausch.

Auch gesellschaftsrechtlich gibt es Änderungen: Das Duisburger Call-Center wird aus der NDBB ausgegliedert und firmiert dann als Arztrufzentrale NRW GmbH, die beiden KVen zu gleichen Teilen gehört. „Damit werden zum ersten Mal in Deutschland die Anrufe der Patienten im Notdienst KV-übergreifend entgegengenommen und Hausbesuche koordiniert“, sagt Bernd Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein. Leiter der Arztrufzentrale NRW ist Dr. Michael Klein. Der Volkswirt hat bereits mehrere Call-Center aufgebaut und geleitet.



Mehr als 700.000 Anrufe gingen 2010 bei der Arztrufzentrale ein.

Ab dem zweiten Quartal 2011 nur noch per CD oder online

Das Ende der Papierabrechnung

In Nordrhein gibt es derzeit noch 510 Praxen, die auf Papier abrechnen. Ab dem zweiten Quartal 2011 ist das nicht mehr möglich. Das Sozialgesetzbuch lässt dann nur die EDV-Abrechnung zu.

Die Abrechnung des zweiten Quartals 2011 ist an die Kassenärztliche Vereinigung „im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln“. So steht es in § 295 des Sozialgesetzbuchs V. Betroffen sind grundsätzlich alle Mitglieder der KV Nordrhein.

Etliche Ausnahmen

Es gibt aber auch Ausnahmen: Wer vor dem 1. Januar 1946 geboren wurde, kann weiter eine papierene Abrechnung einreichen, ein Antrag ist nicht nötig. Das geht aber auch längstens bis zum Beginn der flächendeckenden Einführung der Online-Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte. Das dürfte noch mindestens zwei Jahre dauern.

Weiter auf Papier abrechnen dürften zudem:

- Privatärzte, die am kassenärztlichen Notdienst teilnehmen und ihre Abrechnung via Notfallschein (Muster 19) einreichen
- Notfallambulanzen, die via Notfallschein abrechnen
- Polikliniken, die ihre Abrechnung via Poliklinikberechtigungsschein (Muster 210) einreichen.

Weitere Ausnahmen sind möglich, aber nur nach Genehmigung. Dafür ist ein schriftlicher Antrag bei Ihrer Bezirksstelle nötig. Stellen können ihn Mitglieder, die

- in diesem Jahr 63 Jahre alt werden
- in diesem Jahr 60 Jahre alt werden und im Schnitt der vergangenen vier Quartale weniger als 200 Fälle abgerechnet haben
- beabsichtigen die Praxis innerhalb des kommenden Jahres abzugeben (Genehmigung für maximal ein Jahr)

- die in den nächsten vier Quartalen eine Praxis-EDV anschaffen werden (Genehmigung befristet)

Diskette adé

Demnächst endet eine weitere Ära. Nicht per Dekret, sondern weil sie technisch ausstirbt: die Diskettenabrechnung. Seit Jahren gibt es keine Ersatzteile mehr für die Diskettenloader, mit denen die Disketten im Massenbetrieb eingelesen werden. Die Loader sind bald nicht mehr einsatzfähig. Deswegen lässt die KV Nordrhein Disketten nur noch bis zur Abrechnung des vierten Quartals 2011 zu. Ab 2012 geht es nur noch per CD oder Online.

Im Gegensatz zu anderen Regionen: Einen Zwang zur Online-Abrechnung gibt es im Rheinland nicht. Die KV Nordrhein agiert weiter nach dem Motto: fördern statt fordern. Wer seine Abrechnung auf CD einreicht, dessen Verwaltungskostensatz beträgt 2,6 Prozent. Der Verwaltungskostensatz für Ärzte und Psychotherapeuten, die ihre Abrechnungsdaten online über das KV-SafeNet oder D2D übermitteln, liegt bei 2,5 Prozent. Wer die Gesamtaufstellung auch noch digital signiert, muss nur Verwaltungskosten von 2,3 Prozent zahlen. Mohr: „Das rechnet sich vor allem für umsatzstarke Praxen.“

EDV-Beratung

Die KV Nordrhein bietet ihren Mitgliedern kostenlose EDV-Beratung an.

Telefon 0211 5970 8075

mittwochs und donnerstags 14 bis 18 Uhr

Informationen zum Erwerb und Anmeldung eines Praxisverwaltungssystems finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KV110109](#)

DAK tritt Schizophrenie-Vertrag bei

Die DAK ist zum 1. Januar 2011 dem Schizophrenie-Vertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg beigetreten. Damit können auch DAK-Versicherte von den vereinbarten Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit Schizophrenie profitieren. Das Honorar erhalten die Teilnehmer extrabudgetär. Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten, die bereits an dem Vertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg teilnehmen, benötigen keine neue Genehmigung. Wer in den Vertrag einsteigen möchte, sendet die unterschriebene Teilnahmeerklärung bitte an seine Bezirksstelle.

Infos und Teilnahmeerklärung finden Sie unter www.kvno.de [KV110110](#)

Praxisgebühr Hausarztvertrag BKK Vereinigte Deutsche Nickel-Werke

Versicherte der BKK Vereinigte Deutsche Nickel-Werke, die am Hausarztvertrag der BKKen teilnehmen, müssen ab 1. März 2011 wieder die Praxisgebühr bezahlen. Im ersten Quartal 2011 trifft dies die Versicherten, die ab 1. März erstmalig im Quartal eine Praxis aufsuchen.

Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining geändert

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining aufgrund eines Urteils des Bundessozialgerichts zum 1. Januar 2011 angepasst. Hintergrund der Gerichtsentscheidung war, dass eine Beschränkung der Leistungsdauer von Funktionstraining nicht zulässig ist. Die wichtigsten Änderungen in Kürze:

- Alle Angaben über die Leistungsdauer haben einen Klammerzusatz erhalten: Richtwert. Damit soll die Aufhebung einer Leistungsbegrenzung deutlich gemacht werden.
- Neuer Bestandteil des Rehabilitationssports sind „Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins“.
- Erweiterung der Indikationen für Rehabilitationssport in Herzgruppen.
- Weitere Verordnungen müssen begründet werden.

Die bisherigen Formulare für die Verordnungen können Sie im ersten Quartal 2011 noch verwenden. Neue Formulare sollen ab dem zweiten Quartal 2011 zur Verfügung stehen.

Sie finden die neue Rahmenvereinbarung und eine synoptische Gegenüberstellung der alten und neuen Fassung unter www.kvno.de [KV110110](#)

Einfacher abrechnen bei Patienten mit der europäischen KVK EHC

Praxen, die relativ häufig von ausländischen Patienten mit der Europäischen Krankenversicherungskarte EHC aufgesucht werden, können die Abrechnung der Leistungen künftig vereinfachen. Die AOK Rheinland/Hamburg, die die meisten Fälle betreut, hat im Internet das EHC-Portal eingerichtet.

Das Portal gibt es seit fünf Jahren und wird bisher von den Krankenhäusern genutzt. Nun können auch Arztpraxen an dem Verfahren teilnehmen. Eine Kurzbeschreibung zum EHC-Portal und eine Checkliste für Anwender erklären, wie das Portal funktioniert und wie Sie sich anmelden können.

Die Kurzbeschreibung und die Checkliste finden Sie unter www.kvno.de [KV110110](#)

Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse

Die Änderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse sind am 1. Januar 2011 mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft getreten (wir berichteten).

Vordruck-Änderungen zum 1. April 2011

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Krankenkassen haben zum 1. April 2011 einige Änderungen bei den Vordrucken beschlossen.

Muster 5 (Abrechnungsschein) und **Muster 6** (Überweisungsschein)

Dieses Kombinationsformular (Vorderseite Muster 5, Rückseite Muster 6) wurde für die ab dem 2. Quartal 2011 verpflichtende elektronische Abrechnung von der KBV und dem Spitzenverband der Kassen überarbeitet. Das Muster 5 wurde nicht geändert. Bei dem Muster 6 wurde das Abrechnungsfeld neu gestaltet. Der Überweisungsschein verbleibt zukünftig ausschließlich beim Empfänger. Der Empfänger rechnet seine Leistungen elektronisch per Diskette/CD oder D2D mit seiner Bezirksstelle ab. Neu ist, dass bei Behandlungen nach § 16 Abs. 3a SGB V (Ruhe des Anspruchs) – siehe Erläuterungen zu Muster 85 – eine entsprechende Kennzeichnung durch die Praxis notwendig ist. Eine Abrechnung auf Papier ist ab dem zweiten Quartal 2011 ausgeschlossen. Die Papierabrechnung ist nur noch in wenigen Ausnahmefällen möglich. Bitte beachten Sie hierzu auch den Artikel auf Seite 9 dieser Ausgabe von KVNO aktuell.

Muster 10 (Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistungen)
Dieses Formular wird sich voraussichtlich zum 1. Juli 2011 ändern. Wir werden darüber informieren.

Muster 56 (Antrag auf Kostenübernahme für Rehabilitationssport/Funktionstraining)
Auch beim Muster 56 werden Anpassungen erfolgen. Das neue Muster 56 lag bei Redaktionsschluss noch nicht vor.

Muster 71/71a (Zweitmeinungsverfahren)
Aufgrund der Einführung des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) entfallen diese beiden Muster seit 1. Januar 2011. Damit entfällt auch die Abrechnung der EBM-Nummern 40865, 40866, 40867 und 40868.

Muster 80 (Dokumentation des Behandlungsanspruchs von im Ausland Versicherten)
Hier erfolgte eine redaktionelle Überarbeitung.

Muster 85 (Nachweis der Anspruchsberechtigung bei Ruhen des Anspruchs gemäß § 16 Abs. 3a SGB V)
Dieses neue Formular wird nur von den Kassen ausgefüllt und dient der Information des Vertragsarztes, wonach Versicherte, die mit ihrem Krankenkassenbeitrag mehr als zwei Monate im Rückstand sind, nur noch einen eingeschränkten Anspruch auf Leistungen der Krankenkasse haben. Ausschließlich Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten und Leistungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind, können Sie in diesen Fällen noch zu Lasten der Kasse abrechnen.

Mit Ausnahme der Muster 10 und 80 dürfen die alten Vordrucke ab 1. April 2011 nicht mehr verwendet werden. Eine Erstaussattung der Muster 5/6 und 56 senden wir Ihnen voraussichtlich Mitte März ohne separate Anforderung direkt zu.

Änderungen des EBM

Neue EBM-Nrn. 01425 und 01426 für die Verordnung der SAPV ab 1. April 2011

Die Informationen zu diesen neuen EBM-Nummern sowie zu den durch die neuen EBM-Nrn. ersetzten Kostenpauschalen 40860 und 40862, finden Sie in dieser Ausgabe von KVNO aktuell auf Seite 6.

Bereitschaftspauschale EBM-Nr. 01435 weiter abrechnungsfähig

Die Abrechnungsfähigkeit der EBM-Nr. 01435 Bereitschaftspauschale war vom Bewertungsausschuss ursprünglich bis zum 31. Dezember 2010 befristet worden. Die Befristung ist beendet, so dass die EBM-Nummer 01435 wieder abrechnungsfähig ist.

Änderung der Bewertung EBM-Nr. 11334 – Untersuchung auf Hämochromatose

Die Bewertung der zum 1. Januar 2011 neu eingeführten EBM-Nummer 11334 – Untersuchung auf Hämochromatose – wird zum 1. April 2011 von 1774 Punkten auf 1455 Punkte geändert.

Cave: Branchenbucheinträge sorgfältig prüfen

Wieder werden die Praxen von Korrekturofferten überschwemmt. Aktuell sind es das Gelbe Branchenbuch, die Neue Robinsonliste, die Gewerbeauskunft-Zentrale und das Verzeichnis der Mediziner mit Postanschrift in Lissabon.

In der Regel wird um die kostenlose Bestätigung der Grunddaten gebeten. Im Kleingedruckten versteckt sich dann der Hinweis, dass mit der Unterschrift ein kostenpflichtiger, oft mehrere hundert Euro teurer Eintrag bestätigt wird. Bitte prüfen Sie daher solche Angebote sehr sorgfältig, bevor Sie Ihre Unterschrift darunter setzen. Die KV Nordrhein empfiehlt, auf derartige „Korrekturofferten“ nicht zu reagieren.

Aktuelle Cave-Meldungen finden Sie unter www.kvno.de [KV110111](#)

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Höhere Herstellerrabatte halten Arzneimittelausgaben stabil

In Nordrhein lagen die Arzneimittelausgaben in 2010 bei knapp 3,28 Milliarden Euro, rund 53 Millionen Euro mehr als im Vorjahr (plus 1,66 Prozent). Das geht aus Berechnungen der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) hervor.

Der Anstieg hätte höher ausfallen können. Die moderate Steigerung liegt vor allem am höheren Herstellerrabatt. Der stieg im August 2010 von sechs auf 16 Prozent – und verringerte damit die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen deutlich. Die im GKV-Änderungsgesetz fixierte Regelung betrifft Arzneimittel ohne Festbetrag und gilt ein Jahr, also bis August 2011. In diesem Zeitraum soll der höhere Rabatt die Kosten der Krankenkassen bundesweit um über eine Milliarde Euro senken. Bezogen auf Nordrhein sind das immer noch gut 100 Millionen Euro.

Die Arzneimittelumsätze nach definierten Tagesdosen (DDD) sind im vergangenen Jahr gestiegen. Im ersten Halbjahr 2010 wurden in Nordrhein zwei Milliarden Dosen zu Lasten der gesetzlichen Kassen verordnet, was einem Anstieg gegenüber dem Vorjahr von zehn Prozent entspricht.

Zu den umsatzstärksten Fertigarzneimitteln gehörten im ersten Halbjahr 2010 die Antiasthmatika/ Broncholytika Spiriva, Symbicort und Viani (50,1 Millionen Euro), die Biologics Humira, Enbrel, Remicade (39,1 Millionen Euro) oder die Psychopharmaka Seroquel, Zyprexa, Risperdal (38,1 Millionen Euro). Für Zytostatika-Zubereitungen zahlten die Kassen von Januar bis Juli 2010 in Nordrhein 143,8 Millionen Euro.

Ohne erhöhten Zwangsrabatt wären die Arzneimittelkosten bundesweit wesentlich stärker gestiegen. Dies zeigen die Zahlen des GKV-Arzneimittelindex (GAmSi) für das erste Halbjahr 2010. Zehn Arzneimittel-Gruppen lassen sich nach GAmSi als Kostentreiber identifizieren. In diesem Zeitraum sind sie für 87 Prozent des Kostenanstiegs bei Fertigarzneimitteln in Nordrhein verantwortlich.

Die Umsatzanstiege sind einerseits in großen Indikationsgruppen zu beobachten, andererseits bei den Spezialpräparaten. Während bei den ACE-Hemmern und Angiotensin-II-Antagonisten, den Antidiabetika und Psychopharmaka die Umsatzsteigerungen fast ausschließlich durch größere Mengen erklärt werden können, kommt der Umsatzanstieg bei den Analgetika und Antibiotika durch einen Wechsel auf teure Arzneimittel innerhalb der Gruppen zustande. Bei den Spezialpräparaten tragen zudem gestiegene Preise zum Umsatzanstieg bei.

Fazit: Die Veränderungen bei den Arzneimittelausgaben entstehen durch Mehrverordnungen zum Beispiel aufgrund des demographischen Effekts und durch Verordnungen von neuen und teureren Arzneimitteln bei gleicher Indikation. Bei einzelnen Präparaten spielen zumindest in der ersten Jahreshälfte 2010 auch Preiserhöhungen eine Rolle. Unterm Strich steigen die Ausgaben wegen des gesteigerten Herstellerrabattes kaum.

Umsatzsteigerungen im ersten Halbjahr 2010 in Nordrhein

Arzneimittelgruppe (nach Rote Liste)	Umsatzsteigerung	
	in Prozent	Mio. Euro
ACE-Hemmer und Angiotensin-II-Antagonisten	7,2	6,9
Analgetika und Migränemittel	8,8	7,1
Antibiotika und Chemotherapeutika	8,9	9,9
Antidiabetika	9,0	7,8
Bronchospasmolytika und Antiasthmatika	10,7	10,3
Hämatologika	42,4	42,6
Immuntherapeutika und Zytokine	12,3	17,3
Kontrastmittel und Diagnostika	22,3	7,9
Psychopharmaka, Hypnotika und Sedativa	6,8	7,3
Zytostatika (incl. Endokrine Therapie)	9,5	8,12
GKV-Fertigarzneimittelmarkt insgesamt	9,3	144,02

Quelle: GAmSi

Aktuelle Änderungen der Me-too-Liste

Auf die Me-too-Liste 2011 sind insgesamt neun neue Präparate aufgenommen worden. Zehn Präparate wurden 2010 meist wegen Patentablaufs von der Liste gestrichen, drei davon erst Ende Dezember,

sodass sie auf der Übersicht fehlen, die Sie mit der Dezember-Ausgabe von KVNO aktuell erhalten haben. Es handelt sich dabei um Actonel, Curatoderm Salbe und Flutivate.

Kein Me-too mehr

Die Tabelle listet die Präparate, die 2010 von der Me-too-Liste gestrichen wurden.

Me-too-Präparat	Wirkstoff	Von der Me-too-Liste gestrichen	Me-too-Präparat	Wirkstoff	Von der Me-too-Liste gestrichen
Actonel	Risedronsäure	22.12.2010	Fareston	Toremifen	22.11.2010
Betoptima	Betaxolol	22.11.2010	Flutivate	Fluticason	17.12.2010
Carmen/ Corifeo	Lercanidipin	1.4.2010	Nexium	Esomeprazol	1.9.2010
Curatoderm Salbe	Tacalcitol	17.12.2010	Xusal	Levocetirizin	15.07.2010
Cymbalta	Duloxetin	31.12.2010			

Priscus-Liste: Manches Medikament für Senioren ungeeignet

Die im August 2010 veröffentlichte Priscus-Liste stuft 83 Medikamente als für Senioren ungeeignet ein, da sie höhere Risiken mit sich bringen. Sie ist die erste Liste ihrer Art, die dem deutschen Arzneimittelmarkt angepasst wurde und bietet deswegen Vorteile gegenüber internationalen Listen.

Die Verordnung von Arzneimitteln bei älteren Patienten ist häufig durch Multimorbidität und damit verbundener Polymedikation gekennzeichnet. Veränderungen der Pharmakokinetik und -dynamik im Alter führen zu mehr unerwünschten Arzneimittelwirkungen. Leitlinien gehen nur selten auf die adäquate Medikation älterer Patienten ein. Hingegen führen internationale Arzneimittellisten, wie die amerikanische Beers-Liste, potentiell inadäquate Medikationen bei älteren Patienten auf.

Die Verordnung dieser Mittel kann in Einzelfällen angezeigt oder ohne Alternativen sein. Amerikanische Studien zeigten jedoch, dass die Einnahme von Medikamen-

ten, die die Beers-Liste aufführt, mit einem erhöhten Hospitalisierungsrisiko bei älteren Menschen einhergeht. Nachgewiesen wurde auch ein höheres Sturzrisiko und höhere Therapiekosten aufgrund von vermehrten Arztbesuchen oder Krankenhausaufenthalten.

Einzelne Krankenkassen haben angekündigt, entweder ihre Patienten oder die verordnenden Ärzte zu informieren, wenn vermehrt Arzneimittel der Priscus-Liste verordnet werden.

Die Priscus-Liste (von lat. priscus = altherwürdig) wurde im Rahmen eines sogenannten Delphi-Verfahrens entwickelt. Grundlage waren vier internationale Listen potentiell inadäquater Medikationen (PIM) und eine zusätzliche Literaturrecherche. Von den 131 Arzneistoffen wurden nach Expertenbefragungen 83 Arzneistoffe aus 18 Arzneistoffklassen für Deutschland als PIM identifiziert.

Die Wirkstoffe, Alternativen und Dosierungshinweise finden Sie im Internet unter www.priscus.net

Hilfsmittel-Verordnungen: Ein kostenträchtiges Thema

Auf mehr als sechs Milliarden Euro dürften sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Hilfsmittel im Jahr 2010 belaufen. Sie stellen somit einen großen Kostenblock in der ambulanten Versorgung dar.

Doch alle reden von möglichen Einsparungen bei Arzneimitteln. Dabei steht so manches Hilfsmittel-Rezept für vierstellige Euro-Ausgaben, die nicht immer dem Budget für die ambulante Versorgung zur Last fallen müssten. Denn für etliche Rollatoren, Hublifter oder spezielle Bandagen sind andere Träger zuständig, etwa die Unfallversicherung.

Den verordnenden Ärzten kommt eine besondere Rolle zu, denn sie kennen sehr häufig die aktuelle Situation beim Patienten und können durch korrekte Rezeptur für eine sachgerechte Kostenverteilung bei den Hilfsmitteln sorgen. So könnten Mittel freigesetzt werden, die für ärztliche Honorare gebraucht würden.

Es gibt eine ganze Reihe von Fällen, in denen andere Träger die Kosten für Gehhilfen, Rollstuhl oder Gelenkstützen übernehmen.

Die wichtigsten Konstellationen im Überblick:

Pflegehilfsmittel: Das sind all die Mittel, die für pflegebedürftige Patienten verordnet werden. Für sie dürfen keine Rezepte nach Muster 16 (das normale rosafarbene Rezeptformular) ausgestellt werden. Hier ist nämlich die Pflegekasse zuständig – und nicht die Krankenkasse. Die Pflegekasse kann mit einer Anforderung, zum Beispiel auf einem Privatrezept, veranlasst werden, das benötigte Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen.

Pflege- und Altenheime: Für Heim-Patienten bestehen in aller Regel Pflegeverträge. In diesen, zwischen den Hei-

men und den Krankenkassen geschlossenen Verträgen kann festgelegt sein, dass die Heime eine bestimmte Anzahl von



Nicht immer muss die Krankenkasse den Rollstuhl zahlen. bei Unfällen im Beruf beispielsweise ist die Berufsgenossenschaft zuständig.

Hilfsmitteln vorhalten müssen. Dies ist dann der Fall, wenn das Heim über einen bestimmten Versorgungsauftrag verfügt, weil etwa viele der Heimbewohner aufgrund ihrer Erkrankung einen Rollstuhl benötigen. Üblicherweise richtet sich die Anzahl der vorzuhaltenden Hilfsmittel nach der Anzahl Patienten in den einzelnen Pflegestufen I, II oder III. Die Pflegekassen sind verpflichtet, dies bei ihren Vertragspartnern zu prüfen und wenn nötig, für Abhilfe zu sorgen. Weisen Sie die Kasse darauf hin und verlassen Sie sich nicht auf die Aussagen im Alten- oder Pflegeheim! Stellen Sie nicht vorschnell ein Rezept aus!

Unfälle im Beruf: Hier ist die Berufsgenossenschaft (BG) verpflichtet, Hilfsmittel zu stellen. Darauf sollten die behandelnden Ärzte die Krankenkasse hinweisen

und nicht vorschnell ein Rezept ausstellen. Eine Verordnung zulasten der BG muss der behandelnde BG-Arzt vornehmen.

Freizeitunfälle: Hier übernimmt eventuell eine Unfall-

Hilfs- oder Pflegehilfsmittel?

Der „Abgrenzungskatalog zur Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen“, den der GKV-Spitzenverband erstellt, sortiert Hilfs- und Pflegehilfsmittel. Sie finden den Katalog im Internet auch unter www.kvno.de [KV110115](#)

versicherung die Kosten. Wenn dies der Fall ist, könnte diese Versicherung zuständig sein. Wenn der Unfallträger die Kosten übernimmt, ist die Krankenkasse zu informieren. Dann sollte kein Rezept nach Muster 16 ausgestellt werden; die Krankenkasse muss sich mit dem Versicherer bezüglich der Bezahlung auseinandersetzen. Dies ist nicht Sache der Ärzte. Eine Rezeptur sollte allenfalls auf einem Privatrezept erfolgen.

Verkehrsunfälle: Bei diesen und von Dritten verschuldeten Unfällen ist die Haftpflichtversicherung des Verursachers in der Pflicht. Das Vorgehen entspricht dem bei Freizeitunfällen.

Grundsätzlich ist die gesetzliche Krankenversicherung verpflichtet, sich um diese Kostenfragen zu kümmern und die entsprechende Versicherung in die Pflicht zu nehmen. Allerdings müssen die Krankenkassen auch von diesen Umständen erst einmal erfahren. Hier sind die Ärzte gefordert, die Kassen entsprechend zu informieren und nicht vorschnell ein Rezept nach Muster 16 auszustellen.

Verordnungen im Krankheitsfall

Doch auch wenn die gesetzlichen Kassen die Hilfsmittel zahlen müssen, lassen sich Kosten senken. Bei teuren Verordnungen von Hilfsmitteln wie Rollstühlen oder Sauerstofftherapiegeräten, die im Rahmen einer Erkrankung des Patienten vorgenommen werden, sollte die Praxis vor

Ausstellung eines Rezeptes Kontakt mit der Krankenkasse aufnehmen. Denn oft führen sie für solche Artikel einen Pool von Hilfsmitteln, aus welchem der Patient bedient werden kann.

Darüber hinaus schließen die Krankenkassen vor allem seit den geänderten Vertragsmöglichkeiten im Jahre 2009, immer öfter Liefer- oder Leasingverträge mit örtlichen Anbietern, um Hilfsmittel günstiger zur Verfügung stellen zu können. Bevor Sie also das rosa Rezeptformular (Muster 16) nutzen, um im Krankheitsfall ein Hilfsmittel zu verordnen, sollten Sie diese Möglichkeiten abklären.

Noch ein Punkt ist wichtig: Bei der Verordnung eines Hilfsmittels im Krankheitsfall auf dem Muster 16 kreuzen Sie bitte unbedingt das Feld 7 an. Setzen Sie das Kreuz deutlich von Hand, nicht per Computer. Denn der schreibt nämlich in Programmen verschiedener Softwarehäuser eine „7“ anstatt eines Kreuzes – und die liest der Computer der Abrechnungsstellen bei den Kassen nicht als Kreuz! Fehlt die korrekte Markierung des Feld 7 durch ein Kreuz, landet die Hilfsmittelverordnung automatisch bei den Arzneimittelverordnungen, da es sich um ein Muster 16 handelt. Dies könnte dort Anlass zu einem unbegründeten Regress geben.

Dipl. Chem. Dr. med. Rolf Ziskoven, Sankt Augustin

Pharmakotherapie- und Heilmittelberatung

Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail pharma@kvno.de

Hilfsmittelberatung

Telefon 0211 5970 8070

Telefax 0211 5970 8287

E-Mail patricia.shadiakhy@kvno.de

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396

Telefax 0211 5970 9396

E-Mail margit.karls@kvno.de

Chronikerprogramme helfen den Patienten

Mehr als 700.000 chronisch kranke Patienten im Rheinland nehmen an einem sogenannten Disease-Management-Programm (DMP) teil. Gut für sie. Denn die Versorgungsqualität wird immer besser. Das zeigt der aktuelle DMP-Qualitätssicherungsbericht, der auf rund 13 Millionen Behandlungsdaten aus den Jahren 2003 bis 2009 basiert.

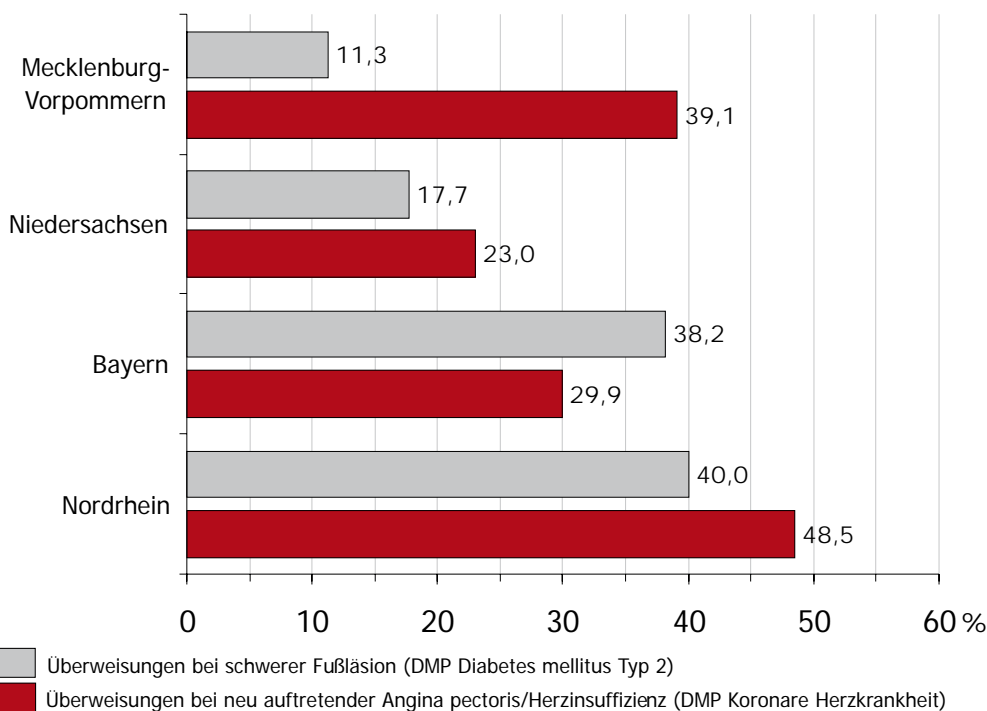
Bei chronisch Kranken, die in Nordrhein an einem DMP teilnehmen, treten deutlich weniger Komplikationen als erwartet auf, und schwere Krankheitsverläufe werden häufig vermieden. „Die Qualität der Versorgung steigt bei jeder der sechs chronischen Erkrankungen, für die es ein DMP gibt“, sagt Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Der diesjährige Bericht vergleicht erstmals Ergebnisse in der Region Nordrhein mit denjenigen aus anderen KV-Regionen. Aktuelle Vergleichszahlen aus dem Jahr 2009 konnten dazu für drei Regionen ermittelt werden, nämlich für Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Bayern.

Beste Kooperation im Rheinland

Die interdisziplinäre Kooperation beispielsweise zeigt, in welchem Ausmaß im DMP Diabetes mellitus Typ 2 Patienten mit schweren Fußläsionen und in dem DMP Koronare Herzkrankheit Patienten mit einer neu auftretenden Angina pectoris-Symptomatik oder Herzinsuffizienz vom Hausarzt überwiesen wurden. Die Kooperation im Rheinland ist in beiden Bereichen deutlich besser als in den anderen Regionen.

Bei dieser Gegenüberstellung ist zu berücksichtigen, dass die bundesweit weitgehend einheitlichen Qualitätszielvorgaben je nach regionaler Versorgungssituation und medizinischer Infrastruktur (zum Beispiel Facharzttdichte) unterschiedlich gut erreichbar sind. Die guten Ergebnisse hinsichtlich der ärztli-



Die Abbildung beschreibt die interdisziplinäre Kooperation. Sie zeigt, in welchem Ausmaß im DMP Diabetes mellitus Typ 2 Patienten mit schweren Fußläsionen und in dem DMP Koronare Herzkrankheit Patienten mit einer neu auftretenden Angina pectoris-Symptomatik oder Herzinsuffizienz vom Hausarzt überwiesen wurden.

chen Kooperation zwischen Hausärzten und auf die Behandlung diabetischer Fußbefunde spezialisierter Einrichtungen sind in Nordrhein auch dem ‚Netzwerk diabetischer Fuß‘ zu verdanken. Das Netzwerk arbeitet seit Jahren mit großem Erfolg an der Verbesserung der ärztlichen Kooperation. Und davon profitieren letztendlich die Patienten.

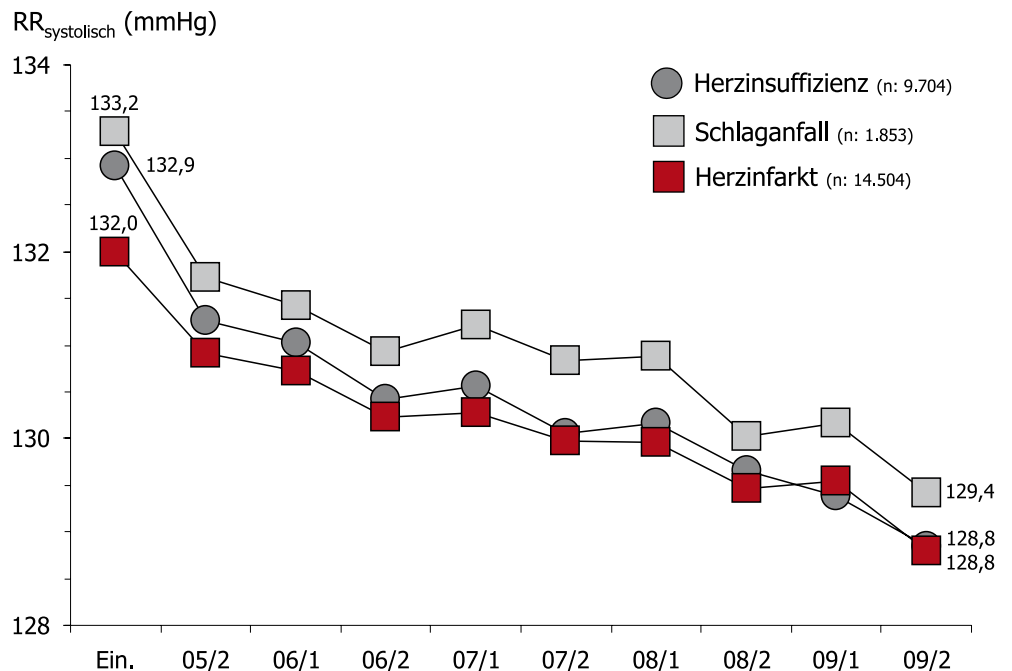
Auf die Ergebnisse ihrer Arbeit können die teilnehmenden Praxen also stolz sein. Bei der Honorierung hingegen schwingt viel Unmut mit. Denn Anfang 2010 sank die Honorierung deutlich. In der Gemeinschaftspraxis Dres. Andreas Glauner und Gerhard Heinsch sind die Umsätze durch die DMP im vergangenen Jahr um ein Drittel gesunken. „Dabei haben wir genauso viel und genauso gut gearbeitet. Das ärgert uns immens“, sagen die Haaner Hausärzte. Die um ein Drittel gekürzte Honorierung wirke bei gleicher Arbeitsleistung und der im Bericht bestätigten exzellenten Qualität „zynisch“.

KHK: Weniger Komplikationen

In das Programm zur Koronaren Herzkrankheit (KHK) sind 204.000 Patienten eingeschrieben. Sie sind im Schnitt 71 Jahre alt und bereits seit neun Jahren an einer KHK erkrankt. Etwa ein Drittel der KHK-Patienten sind Frauen.

Wichtig bei der Behandlung ist die konsequente medikamentöse Therapie. Dafür haben die Vertragspartner, die KV Nordrhein und die Krankenkassen im Rheinland, Zielquoten vorgegeben. Mit Erfolg. Ein Beispiel hierfür

ist die Verschreibung von Statinen: Fast drei Viertel aller KHK-Patienten, die keine Kontraindikationen hiergegen aufweisen, erhalten diesen Wirkstoff.



Die Abbildung zeigt den Verlauf der mittleren systolischen Blutdruckwerte von Patienten mit einer Einschreibung im 2. Halbjahr 2004 oder 1. Halbjahr 2005 und fortgesetzter Teilnahme bis zum 2. Halbjahr 2009. Die Blutdruckwerte sind hier alters- und geschlechtsadjustiert.

Der Blutdruck sinkt

Inzwischen sind deutliche Verbesserungen des Gesundheitszustandes der Patienten belegt. So sinken die systolischen Blutdruckwerte vor allem bei Patienten, die zuvor einen Herzinfarkt oder Schlaganfall hatten, auf leitliniennahe Zielwerte.

Bezogen auf diese Patientengruppe, die diese Ereignisse überlebt haben und weiterhin im DMP betreut werden können, ist zu erkennen, dass sich die Blutdrucksenkung stufenweise in Richtung der in Leitlinien empfohlenen Zielwerte verändert.

„Die Patienten profitieren gesundheitlich von den DMP“, betont Cornelia Prüfer-Storcks, Mitglied des Vorstands

DMP-Berichte liegen für Sie bereit

Gerne senden wir Ärzten und Psychotherapeuten aus Nordrhein den aktuellen DMP-Qualitätssicherungsbericht zu. Bitte fordern Sie ihn an bei:



Gernot Grothe
Telefon 0221 7763 6267
Telefax 0221 7763 6266
E-Mail bestellung.koeln@kvno.de

der AOK Rheinland/Hamburg. Zudem zeigen Befragungen, dass Patienten in den Programmen zufriedener mit ihrer individuellen ärztlichen Betreuung sind.

Dabei steht den Patienten eine große Auswahl an Praxen zur Verfügung, die an den DMP teilnehmen. „Rund 80 Prozent aller Hausärztinnen und Hausärzte in Nordrhein sind mindestens an einem der DMP beteiligt“, sagt Dr. Lutz Altenhofen, der das DMP-Projektbüro des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Köln leitet.

Männer erkranken früher

Bei der Analyse der Daten zeigen sich deutliche Geschlechtsunterschiede: Weibliche Patienten erkranken offenbar erst später an einer KHK. Die in das DMP eingeschriebenen Patientinnen sind im Schnitt vier Jahre älter als die männlichen Betroffenen. Außerdem treten bei den Frauen in allen Altersgruppen weniger stationäre Notfallbehandlungen und Koronarinterventionen auf als bei den Männern.

In Nordrhein gibt es neben dem Behandlungsprogramm KHK fünf weitere DMP. Diese betreffen Brustkrebs, Diabetes mellitus Typ 2 und Typ 1, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Atemwegserkrankung. Die Grundpfeiler aller DMP stützen sich auf:

- die verbesserte Kompetenz der chronisch erkrankten Patienten hinsichtlich ihres Umgangs mit der Erkrankung durch das Angebot von Patientenschulungen
- regelmäßiges Prüfen der Befunde durch den Hausarzt
- intensive Kooperation zwischen Hausärzten und Spezialisten wie diabetologischen Schwerpunktpraxen, Kardiologen und Pulmologen
- stärkere Orientierung der medikamentösen Therapie an ärztlichen Leitlinien
- kontinuierliche Dokumentation der medizinischen Befunde mit regelmäßiger Analyse und Rückkopplung an die beteiligten Ärzte

Der DMP-Qualitätssicherungsbericht stellt auf 178 Seiten die Ergebnisse strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke aus der Region Nordrhein vor. Er erscheint jährlich und gewährt einen umfassenden Einblick in die Umsetzung der strukturierten Versorgungskonzepte und ihre medizinischen Auswirkungen. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung erstellt den Bericht im Auftrag der Gemeinsamen Einrichtung für die DMP in Nordrhein.

Den kompletten DMP-Qualitätssicherungsbericht finden Sie im Internet unter www.kvno.de

Daten zu den DMP im Überblick

An den Programmen nehmen 705.000 Patienten bei rund 5.500 Hausärzten in Nordrhein teil. Außerdem sind 745 Gynäkologen, 95 Kardiologen, 152 Diabetologen, 410 Kinderärzte und 234 Pulmologen darin aktiv.

Asthma bronchiale

An diesem Chronikerprogramm können Patienten bereits ab dem fünften Lebensjahr teilnehmen; entsprechend sind rund ein Fünftel der 77.000 eingeschriebenen Asthma-Patienten Kinder oder Jugendliche. Stationäre Notfallbehandlungen waren sehr selten: Nur bei 1,7 Prozent der Patienten traten sie in den vergangenen sechs Monaten des Berichtszeitraums auf. Erfreulich hoch ist der Anteil der Patienten, deren Inhalationstechnik die teilnehmenden Ärzte überprüft haben (73,7 Prozent) oder die über einen Selbstmanagementplan (67,3 Prozent) verfügen.

Brustkrebs

Bei über der Hälfte aller Patientinnen wird die Erkrankung in einem frühen Erkrankungsstadium entdeckt. Dadurch steigt die Überlebensprognose. Fast vier Fünftel der Patientinnen mit geringer Tumorausdehnung (pT1) im DMP-Brustkrebs konnten brusterhaltend operiert werden.

Chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD)

Mit rund 80.000 Teilnehmern sind bereits viele betroffene Patienten in dieses Programm eingeschrieben. Die bisherige Entwicklung der Teilnehmezahlen und der Erreichungsgrad von knapp einem Drittel aller potenziell teilnahmeberechtigten COPD-Patienten lässt jedoch ein weiteres Wachstum der Teilnehmerzahlen in den nächsten Jahren erwarten. Nur jeder zehnte Patient hatte mehr als zwei Exazerbationen in den letzten sechs Monaten des Berichtszeitraums und bei mehr als zwei Dritteln aller COPD-Patienten wurde die Inhalationstechnik regelmäßig überprüft.

Diabetes mellitus Typ 2

Mit vier von fünf Typ 2-Diabetikern erreicht das DMP fast alle Patienten, die sich aktiv und regelmäßig an einer strukturierten Versorgung beteiligen können. In das DMP sind gut 423.000 Typ 2-Diabetiker eingeschrieben. Die Qualitätsziele wie die Einstellung des HbA1c-Wertes auf einen Wert von 8,5 Prozent und weniger sowie die jährliche augenärztliche Untersuchung des Augenhintergrunds werden in hohem Ausmaß erreicht oder gar übertroffen. Diabetikern mit langer DMP-Teilnahmedauer gelingt es, über die Jahre die Stoffwechseleinstellung und den Blutdruck auf ein leitliniengerechtes Niveau zu senken. Dazu trägt die intensive Kooperation von Haus- und Fachärzten entscheidend bei.

Diabetes mellitus Typ 1

Knapp zwei Drittel aller Typ 1-Diabetiker nehmen an dem DMP teil. Von 14 vorgegebenen Qualitätszielen, die sich auf die Blutzuckerstoffwechsel- und Blutdruckeinstellung sowie auf die diagnostische Aufmerksamkeit und die Schulung der Patienten beziehen, werden neun erreicht.

Koronare Herzkrankheit

Das DMP setzt vor allem auf eine leitliniengerechte medikamentöse Therapie und auf die Verbesserung der ärztlichen Kooperation. Gegenüber 2008 werden vor allem mehr Patienten bei entsprechenden Indikationen fachärztlich überwiesen. Hervorzuheben ist schließlich, dass es ärztlicherseits zunehmend gelingt, in Hochrisikogruppen den systolischen Blutdruck der Patienten weiterhin zu senken.

Die zweite EVA-Staffel erreicht das Ziel

Immer mehr Entlastende Versorgungsassistentinnen (EVA) in Nordrhein. Nach erfolgreicher Ausbildung im Juni 2010 arbeiten die ersten EVAs in den Praxen. Nun haben 23 weitere Medizinische Fachangestellte ihre EVA-Ausbildung abgeschlossen.

„Ich möchte Sie alle herzlich zu Ihrem neuen zweiten Vornamen ‚Eva‘ beglückwünschen,“ begrüßte Dr. Caroline Kühnen von der Nordrheinischen Akademie die Helferinnen bei dem gemeinsamen Treffen im Haus der Ärzteschaft am 15. Dezember. Auch Monika Rueb, Vertreterin der medizinischen Fachberufe, und Dr. Peter Lösche von der Nordrheinischen Akademie ehrten das Engagement und die erfolgreiche Teilnahme der Absolventinnen an der Fortbildung.

Rund 200 Stunden Fortbildung

Die Medizinischen Fachangestellten haben ihre Weiterqualifikation berufs begleitend erworben. Der Kurs dauerte eineinhalb Jahre. Mittwochs, freitags nachmittags und samstags – in rund 200 Stunden erwarben die Me-

dizinischen Fachangestellten zusätzliches Wissen in Bereichen wie der Palliativmedizin, Besuchsmanagement, Case-Management oder Geriatrie. Mit den erworbenen Qualifikationen können die neuen EVAs den Praxisinhaber noch besser entlasten.

„Aufgaben, Anforderungen und Handhabung einer Arztpraxis haben sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten dramatisch verändert“, so Nicole Schauenburg aus der Hausarzt-Praxis von Dr. Gerd-Christian Lunscken und Partner in Mülheim. „Leider bleibt da weniger Zeit für den persönlichen Kontakt zwischen Patient und Helferin.“ Deshalb freut sie sich darauf, bei Hausbesuchen künftig wieder eine intensivere Kommunikation zu Patienten pflegen zu können.



Die EVAs bei der Abschlussfeier im Haus der Ärzteschaft, zusammen mit Dr. Caroline Kühnen (l.) Monika Rueb und Dr. Peter Lösche (r.)

Melanie Bruchmann aus der Gemeinschaftspraxis Dres. Winfried Thomzik und Johannes Hartmann in Bielefeld, interessieren besonders die Themen Schmerztherapie, Palliativmedizin und Case-Management. „Auch der Austausch mit den Kolleginnen im Kurs war sehr fruchtbar. Man erfährt beispielsweise nützliche Details darüber, wie andere Praxen ihren Alltag strukturieren und kann dies einbauen,“ so Bruchmann.

Ständig auf dem neuesten Stand

„Meine Chefin legt Wert darauf, dass wir eine gut ausgebildete Praxis sind. Fortbildung nimmt bei uns einen hohen Stellenwert ein, gerade weil der Wandel in vielen Bereichen unserer Arbeit so rasant fortschreitet“, erläutert Jessica Deisen aus der Korschebroicher allgemeinmedizinischen Praxis von Dr. Claudia Grigorean. „Das gemeinsame Lernen hat mir zudem viel Spaß gemacht und uns alle sehr motiviert.“

Fast ein Drittel Prozent der Unterrichtsstunden konnten die EVAs per internetgestütztem Selbststudium absolvieren. So ist die Ausbildung neben der Arbeit in der Praxis zu schaffen. Dr. Peter Lösche, Leiter der Nordrheinischen Akademie, versprach, dass die elektronische Lernplattform für künftige Teilnehmerinnen bestehen bleibt.

Auch den Absolventinnen steht die Plattform weiter zur Verfügung. So können Inhalte nochmals aufgerufen und vertieft sowie die Kontakte zu den Kolleginnen des Kur-



Dr. Caroline Kühnen übergibt Irene Reuter ihr Zertifikat.

ses gepflegt werden. Eine Neuauflage des EVA-Kurses werde im April 2011 starten. Auf Wunsch können die Absolventinnen auch auf die neuen Inhalte zugreifen. Monika Rueb vom Verband der medizinischen Fachberufe wies darauf hin, dass optional auch noch das Fortbildungsmodul zur Fachwirtin erarbeitet werden könne.

Die KV Nordrhein, die die Ausbildung initiiert hat, setzt sich dafür ein, dass Hausbesuche der EVA adäquat honoriert werden. Eine angemessene Honorierung der Helferinnen-Leistungen ist bisher auf unterversorgte Gebiete oder Regelungen im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung beschränkt.

Infos zur EVA-Ausbildung

Die Hauptbestandteile des Curriculums sind:

- Grundlagen und Rahmenbedingungen beruflichen Handelns (unter anderem Hausbesuche und Versorgungsmanagement, rechtliche Grundlagen, Verfahrensabläufe)
- Medizinische Kompetenz (unter anderem häufige Krankheitsbilder in der hausärztlichen Praxis, geriatrisches Basisassessment, Palliativmedizin, Wundmanagement)

- Kommunikation und Dokumentation
- Notfallmanagement

Kontakt

Nordrheinische Akademie

Anja Klaaßen Telefon 0211 4302 2835

anja.klaassen@aekno.de

Tanja Kohnen Telefon 0211 4302 2834

tanja.kohnen@aekno.de

Die nächste EVA-Ausbildung beginnt voraussichtlich im April 2011. Mehr Infos unter www.kvno.de 

Vernetzte Hilfe für psychisch kranke Kinder

Die Zahl psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen steigt stetig. Das ist eine Herausforderung auch für die Versorgung auf allen Ebenen.

Es war die erste Landesgesundheitskonferenz (LGK) unter Leitung von Gesundheitsministerin Barbara Steffens, die am 9. Dezember 2010 in Düsseldorf stattfand. Als Oppositionspolitikerin hatte sich Steffens stets für eine Stärkung der LGK als wichtiges Instrument der Landesgesundheitspolitik eingesetzt. Kaum ein Schwerpunktthema der LGK ist wohl geeigneter als die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, um den theoretischen Überbau einem harten Realitätstest zu unterziehen.

20 Prozent aller Kinder auffällig

Die Fakten sind erschreckend: Nach Studienergebnissen weisen rund 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland psychische Auffälligkeiten auf. Davon wiederum sind etwa zehn Prozent behandlungsbedürftig – doch nur jedes zweite dieser Kinder erhält nach Expertenmeinung eine adäquate Therapie.

Auch in NRW ist von einer konstant steigenden Risikopopulation auszugehen. Zwischen 2005 und 2008 ist die Zahl ambulanter Behandlungsfälle mit Entwicklungs- und Verhaltensstörungen um etwa 20 Prozent gestiegen, zwei Drittel sind männliche Jugendliche. Empirisch bewiesen ist die enge Verbindung zwischen psychischen Störungen und einem niedrigen Sozialstatus der Familie.

Entsprechende gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Fehlentwicklungen führen zu immensen sozialen Folgekosten. Wenngleich das Gesundheitswesen die Ursachen für gesellschaftliche Problemfelder kaum beeinflussen kann, wird ihm seitens der Politik zunehmend eine Generalzuständigkeit zugesprochen. Und wie selbstverständlich wird die Therapie bzw. „Reparatur“ entstande-

ner gesellschaftlicher Schäden eingefordert. Diese Haltung überfordert das Gesundheitssystem mehr und mehr.

Will man die Probleme konsequent angehen, bedarf es aus Sicht der LGK einer stringenten Querschnittspolitik. Sie umfasst über eine verantwortliche Bildungs-, Familien- und Integrationspolitik hinaus auch die Sozial- und Gesundheitspolitik.

Hilfe besser abstimmen

Die Teilnehmer waren sich einig, dass bereits heute ein durchaus differenziertes Hilfesystem existiere – es mange jedoch an einer konsequenten Abstimmung und vor allem an aufsuchenden Versorgungsangeboten.

Der Vorstandsvorsitzende der KV Nordrhein, Dr. Peter Potthoff, betonte den besonderen Stellenwert niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, die – wie die Kinderärzte – oftmals als erste problematische Entwicklungen von Kindern beobachten und die Familien meist über lange Zeiträume begleiten. Darüber hinaus bedürfe es jedoch einer effizienten Vernetzung aller verantwortlichen Akteure sowohl in Ballungszentren als auch in ländlichen Gebieten.

In ihrer Entschliebung sieht die LGK die entscheidende Frage der Zukunft darin, ob eine sektorübergreifende Kooperation zwischen örtlichen Frühwarnsystemen und Kinder- und Jugendhilfe, Pädiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie gelingt. Sie spricht sich einstimmig für eine flächendeckende Etablierung eines sektorübergreifenden Hilfeverbundsystems in Verbindung mit örtlichen Koor-

dinations- und Clearingstellen für gefährdete Kinder, Jugendliche und Familien aus.

Zur konkreten Umsetzung dieser Forderung beschloss die LGK die Etablierung einer Landesinitiative zur Prävention von psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. Sie wird ihre Arbeit in den nächsten Wochen aufnehmen.

Neben der Beschäftigung mit einem Schwerpunktthema führt die LGK traditionell eine gesundheitspolitische Aussprache über zentrale Politikinhalt auf Bundes- und Landesebene. Ministerin Steffens zeigte sich entschlossen, NRW auf der Bundesebene ein stärkeres Gewicht zu verleihen. Bereits zu Beginn der Debatte wies sie erneut auf die Schlechterstellung von NRW in der ambulanten und stationären Vergütung im Vergleich zu anderen Bundesländern hin. „Von NRW muss ein Signal ausgehen, gemeinsam dem Rest der Republik die Stirn zu bieten“, forderte Steffens.

Darüber hinaus plädierte die Ministerin für nachhaltige Investitionen in ein „menschlicheres Gesundheitswesen“. Der Kostendruck habe das System aus Sicht der Patientinnen und Patienten nicht verbessert, die „Zitrone sei ausgequetscht“. Nun sei es an der Zeit, neue Ansätze zu erproben.

Am Beispiel der Versorgung Demenzkranker ließe sich bereits heute nachweisen, dass Menschlichkeit und Effizienz sich nicht ausschließen. Ihr Haus strebe mithilfe der Versorgungsforschung im Rahmen einer umfassenden Datenauswertung eine differenzierte Analyse der gesundheitlichen Versorgung in NRW an. Auf deren Basis will Steffens gemeinsam mit den Verantwortungsträgern im Gesundheitswesen konkrete Verbesserungsvorschläge einbringen.

Steffens warb für einen stärkeren Gestaltungsspielraum der Länder auf der Basis der Beschlüsse der letzten Gesundheitsministerkonferenz. NRW werde auf der Bundesebene in Verbindung mit dem anstehenden „Versorgungsgesetz“ eine aktive Rolle spielen und sich unter anderem für ein

Mitspracherecht bei einer kleinräumigeren Bedarfsplanung einsetzen.

§ 116 ändern

Im Hinblick auf die Öffnung der Krankenhäuser in Verbindung mit § 116 b SGB V plädiert die Ministerin für eine Novellierung auf der Basis gemeinsam erarbeiteter tragfähiger Lösungen. Die Existenz- und Verdrängungsängste niedergelassener Ärztinnen und Ärzte seien verständlich. Künftig müsse gelten, den Versorgungsbedarf vor Ort jeweils genau zu prüfen, bevor eine Genehmigung für ein ambulantes Angebot an einer Klinik erteilt werde.



Ministerin Steffens „Ich will nicht, dass unsere Ärzte für die gleiche Leistung weniger Geld bekommen.“

Die brisante Entwicklung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stellten auf der LGK Prof. Martin Holtmann, Universitätsklinik Hamm, und Prof. Nina Heinrichs, Universität Bielefeld, vor. Sie finden die Vorträge und die Erschließung der LGK unter www.kvno.de [KV110123](#)

Kommentar

Jetzt müssen Taten folgen

Die von Ministerin Steffens gewollte Stärkung der LGK muss sich in diesem Jahr erweisen. Alle Beteiligten sind aufgefordert, ihre Empfehlungen für eine Verbesserung der seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in ihrem eigenen Verantwortungsbereich umzusetzen und notwendige politische Weichenstellungen klar einzufordern. Die Kinder- und Jugendgesundheit hat in einer Gesellschaft die Funktion eines Seismographen – ein Scheitern in diesem Bereich kann niemand wollen.

Dr. Edith Meier, KV Nordrhein

Gemeinsame Einrichtung von Kammer und KV – Das IQN unterstützt Kliniken und Praxen

Qualitätssicherung steht nicht still. Um Lösungen für neue Aufgaben zu finden, gibt es das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN).

Das Institut haben die Ärztekammer Nordrhein und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein 1996 gegründet – und führen es seitdem gemeinsam. „Uns ist wichtig, einer möglichen Fremdbestimmung professionseigene, realitätsnahe Projekte entgegenzusetzen, die von Ärzten für Ärzte entwickelt wurden“, sagt Geschäftsführerin Dr. Martina Levartz.

Die wichtigsten Projekte des IQN sind zurzeit:

Fortbildung „Aus Fehlern lernen“: Am 16. Februar findet die 50. Veranstaltung der Fortbildungsreihe des IQN in Zusammenarbeit mit der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler statt. Für die Jubiläumsver-

anstaltung wurde erneut das Thema ausgewählt, das am 10. Dezember 1994 in Bonn bei der ersten Veranstaltung dieser Art behandelt wurde: Die Diagnostik des Mammakarzinoms. Damals erwiesen sich über zwei Drittel der Vorwürfe als berechtigt, die Frauen wegen eines nicht oder verspätet erkannten Mammakarzinoms bei der Gutachterkommission erhoben.

Das ist heute anders. Die Quote anerkannter Behandlungsfehler in Diagnose und Therapie des Mammakarzinoms sank deutlich von 52 auf

34 Prozent und liegt damit etwa auf dem langjährigen Durchschnittsniveau aller Behandlungsfehlervorwürfe. In der Primärdiagnostik bestätigt sich nach Angaben der Gutachterkommission allerdings weiterhin die Hälfte der Vorwürfe von Patientinnen. „Was in den letzten Jahren in den Fokus der Öffentlichkeit rückt, nämlich die Sicherheit der Behandlung ständig zu verbessern, thematisiert diese Reihe schon seit 16 Jahren“, sagt Dr. Klaus-Uwe Josten, stellv. Vorsitzender des Gemeinsamen Ausschusses des IQN.

Vier Fortbildungen pro Jahr finden im Rahmen der Reihe statt. Auf Grundlage von Kasuistiken aus abgeschlossenen Begutachtungsfällen der Kommission, erfahren Ärztinnen und Ärzte, wo Gefahrenquellen bei der Behandlung ihrer Patienten lauern. „Damit wollen wir Hilfestellung leisten, um Fehler in Klinik- und Praxisalltag zu vermeiden“, so Ulrich Smentkowski, Leiter der Gutachterkommission. Das Konzept kommt an: Die gemeinsamen Veranstaltungen von IQN und Gutachterkommission erfreuen sich seit Jahren sehr großer Beliebtheit.

Ambulante Kodierrichtlinien: Das IQN soll die richtige Diagnose-Kodierung im ambulanten Bereich fördern. Mit Start des Gesundheitsfonds am 1. Januar 2009 hat die Diagnoseverschlüsselung nach dem ICD-10 erheblich an Bedeutung gewonnen. Im Rahmen des kasseninternen Finanzausgleichs, des so genannten morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), entscheidet die Diagnose-Kodierung, in welchem Umfang die ein-



Geschäftsführerin des IQN:
Dr. Martina Levartz ist ap-
probrierte Internistin

zelenen Krankenkassen die Mittel aus dem Gesundheitsfond erhalten.

Ziel des Projekts „Right-Coding in Nordrhein“ ist, das korrekte und vollständige Kodieren von Diagnosen bei den niedergelassenen Ärzten in Nordrhein zu fördern, um so die Morbidität der behandelten Patienten entsprechend zu erfassen. „Es geht darum, Finanzmittel für die ambulante Versorgung in Nordrhein aus dem Risikostrukturausgleich korrekt zu erhalten“, betont die Internistin.

Das IQN unterstützt die KV Nordrhein dabei, die ambulanten Kodierrichtlinien (AKR), die seit Anfang 2011 in Kraft sind und ab 1. Juli 2011 abrechnungsrelevant werden, den Ärztinnen und Ärzten in den Praxen bis zu diesem Zeitpunkt zu vermitteln. Hierzu erarbeitet das IQN in Zusammenarbeit mit Vertretern der Fachgruppen für die jeweiligen Gruppen Informationen zur Kodierung, zum Beispiel fachgruppenspezifische Merkblätter.

Qualitätssicherung bei Blutprodukten: Das Transfusionsgesetz (TFG) verpflichtet Praxen und Kliniken, die Blutprodukte anwenden, dafür ein System der Qualitätssicherung einzurichten. Die Überwachung obliegt der Ärzteschaft. In Nordrhein hat die Ärztekammer in Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung seit 2007 das IQN mit dieser Aufgabe betraut.

Die vom Träger der Einrichtung im Einvernehmen mit dem IQN benannten Qualitätsbeauftragten Hämotherapie müssen einen „Ergebnisbericht der Überprüfung wesentlicher Bestandteile des Qualitätssicherungssystems im Bereich der Anwendung von Blutprodukten“ erstellen und ihn bis zum 1. März jedes Jahres dem Träger der Einrichtung und dem IQN senden. „Kliniken und Praxen haben in dem Verfahren eine Bringpflicht“, sagt Levartz. Qualifikations- und Qualitätsmängel würde das IQN mit den Betroffenen und dem Träger der Einrichtung besprechen – und natürlich Lösungswege aufzeigen.

Patientensicherheit/Risikomanagement: In weiteren Fortbildungsreihen widmet sich das IQN dem Thema „Patientensicherheit“. Seit Ende 2008 führt das Institut Fort-

bildungen zum Themenkreis „Risikomanagement/Risikokommunikation“ durch.

Ziel der zweitägigen Seminare ist es, Kolleginnen und Kollegen zu unterstützen, kritische Situation im Praxisalltag rechtzeitig zu erkennen und zu beherrschen. In kleinen Gruppen werden typische Situationen aus der Praxis diskutiert und analysiert sowie richtiges (Kommunikations-) Verhalten geübt.

Ausblick: Fortbildung via Internet

In diesem Jahr wird das IQN seine Tätigkeitsfelder neu strukturieren. „Bis ins dritte Quartal 2011 wird die Unterstützung der niedergelassenen Kollegen im Thema Right-Coding von großer Wichtigkeit sein“, sagt Levartz. Weiterhin sollen bei der Arbeit des IQN weitere Facetten der Patientensicherheit erschlossen werden. Hierzu zählen besondere Aspekte der Kommunikation und des Qualitätsmanagements. Levartz: „Wir planen erste eLearning-Einheiten für Ärztinnen und Ärzte aus dem Themenfeld Qualitätsmanagement zu erstellen.“

Mehr Infos zum IQN unter www.kvno.de [KV110125](#)

Qualität und Sicherheit in der Diagnostik des Mamma-Karzinoms

Die 50. Veranstaltung „Aus Fehlern lernen“ des IQN und der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler rückt die Anforderungen an die radiologische Diagnostik beim Mamma-Karzinom für Pathologen und niedergelassenen Gynäkologen bei der Diagnostik des Mamma-Karzinoms in den Mittelpunkt. Anhand von Beispielen aus der Gutachterkommission stellen die Referenten Besonderheiten und Fallstricke bei der Diagnose des Mamma-Karzinoms vor.

Termin 16.02.2011
Ort Haus der Ärzteschaft

Anmeldung
IQN
Dr. Martina Levartz, MPH
Telefon 0211 4302 2751
Telefax: 0211 4302 5751
E-Mail iqn@aekno.de

Euregio Rhein-Maas mobilisiert gegen MRSA

Der Kampf gegen multiresistente Erreger in den Kreisen Aachen, Düren, Euskirchen und Heinsberg beginnt mit einer E-Mail. Sie öffnet den Zugang zu weiteren Informationen des Projektes EurSafety Health-Net. Ziel ist, die Verbreitung von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) entlang der deutsch-niederländischen Grenze zu vermindern.

Das Projekt in der Euregio Rhein-Maas-Nord orientiert sich am Vorbild der Euregio Twente-Münsterland. Hier konnte die Verbreitung von MRSA und anderer resistenter Keime effizient reduziert werden. „Dafür muss



der gesamte Versorgungskreislauf kooperieren“, sagt Dr. Ulrich Kamphausen vom Gefäßzentrum Mönchengladbach und Kooperationspartner der Euregio Rhein-Maas Nord. Netzwerke seien nötig; die bisherigen Insellösungen reichten nicht aus.

Rasche Information, lokale Evidenz, das Prüfen und Anpassen von Hygienestandards – das könnten wesentliche Ziele des Netzwerkes in der Euregio Rhein-Maas-Nord

sein. „Das Netzwerk kann künftig auch für alle anderen Infektionskrankheiten, wie Extended-Spectrum Beta-Laktamase (ESBL), Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) oder Tuberkulose genutzt werden“, meint Dr. Michael Dörr, Leiter des Gesundheitsamtes im Rhein-Kreis Neuss.

„Wir bitten Kolleginnen und Kollegen um Ihre aktive Hilfe“, so Kamphausen. Dazu sei vor allem eine E-Mail-Adresse nötig. „Dann kann unser Projektmanager Ihnen unsere Informationen zukommen lassen.“

Kontakt

Dr. Ulrich Kamphausen

Kooperationspartner Euregio Rhein-Maas Nord
Gemeinschaftspraxis für Gefäßmedizin
E-Mail ukamphausen@gpg-mg.de

Jürgen Graw

Projektmanager Euregio Rhein-Maas Nord
Gesundheitsamt Rhein-Kreis Neuss
E-Mail juergen.graw@rhein-kreis-neuss.de

Mehr Infos im Internet unter www.mrsa-net.org
und unter www.eursafety.eu

Stichwort: MRSA

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene geht von bis zu 800.000 Infektionen mit Krankenhauskeimen und bis zu 40.000 Menschen aus, die pro Jahr alleine in Deutschland an den Folgen von MRSA sterben.

Die Entstehung und Ausbreitung von multiresistenten Erregern wie Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) beruht vor allem auf hohem kumulativen Selektionsdruck durch Antibiotikagabe und einem Mangel an Präventions- und Hygienemaßnahmen, das heißt unzureichendes Screening von Risikogruppen oder

mangelnde Händehygiene. Dazu kommt die häufig fehlende Weiterbehandlung (Sanierung) der Betroffenen über die Sektoren im Gesundheitswesen hinweg.

In den Niederlanden hält sich der Anteil an MRSA durch konsequentes „Search and Destroy“ seit Jahren stabil auf unter drei Prozent. Dort werden jedoch vermehrt ambulant erworbene MRSA-Stämme beobachtet. Sie stellen eine Gefahr für die gesunde Bevölkerung außerhalb von Krankenhäusern dar und tauchen besonders in Kindergärten und Schulen auf.

Dr. Heinz-Rudi Ocklenburg gestorben

Der Essener Internist Dr. Heinz-Rudi Ocklenburg ist am 24. Dezember im Alter von 75 Jahren gestorben. Ocklenburg war von 1989 bis 1992 Mitglied des Vorstandes der KV Nordrhein und von 1993 bis 1996 stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes. Er engagierte sich auf allen Ebenen der ärztli-

chen Selbstverwaltung. Bis Ende 2000 war er Mitglied der Vertreterversammlung der KV Nordrhein und vertrat die KV als Mitglied und stellvertretendes Mitglied in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Außerdem war er Mitglied des Kreisstellenvorstandes Essen.



Qualitätszirkel-Neugründungen

Thema Lüttringhauser Psychotherapievorträge
Kontakt Dipl.-Psych. Elisabeth Theixeira Bosch
Richthofenstr. 16
42899 Remscheid-Lüttringhausen
Telefon 02191 592 9890
Telefax 02191 461 2209
E-Mail elisabethbosch@aol.com
Termin Samstags 11 bis 15 Uhr
8 bis 12 mal im Jahr
Ort Remscheid-Lüttringhausen

Thema Akupunktur in Remscheid
Kontakt Dr. Rolf Junker
Breslauer Straße 1
42859 Remscheid
Telefon 02191 330 93
Telefax 02191 357 64
Termin 4 x pro Jahr
Ort wechselnd in Praxen

Thema Orthopädischer QZ Bonn-Koblenz
Kontakt Dr. Dirk Ruppert
Neuer Markt 46
53340 Meckenheim
Telefon 02225 999 710
Termin 1 x monatlich
Ort Praxis Dr. Ruppert

Thema Psychiatrie
Kontakt Dr. Eckhard Umann
Breidenbachstraße 50
51373 Leverkusen
Telefon 0214 446 47
E-Mail eumann@debitel.net
Termin alle 6-8 Wochen
Ort Praxis Dr. Umann

Thema Kinderärzte Krefeld
Kontakt Dr. Daruk Marsan
Neue Linner Straße 77
47799 Krefeld
Telefon 02151 601 106
Termin 2 x monatlich
Ort KVNO-Gebäude Krefeld

Thema Hausarzt
Kontakt Dr. Markus Wies
Heyestraße 77
40625 Düsseldorf
Telefon 0211 287 650
Termin 4 bis 6 x pro Jahr
Ort Restaurant „Freie Schwimmer“, Düsseldorf

Kontakt

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

Qualitätszirkel suchen weitere Mitglieder

Thema Orthopädischer QZ Bonn-Koblenz
Kontakt Dr. Dirk Ruppert
Neuer Markt 46
53340 Meckenheim
Telefon 02225 999 710
Termin 1 x monatlich
Ort Praxis Dr. Ruppert

Thema Psychotherapie – Verhaltenstherapie
Kontakt Tomris Grisard
Wilhelmstraße 5
42697 Solingen
Telefon 0221 554 113
E-Mail psychologische.praxis@web.de
Termin alle 6 bis 8 Wochen freitags nachmittags
Ort Köln-Ehrenfeld

Die Bereitschaftspauschale gibt es noch

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im Januar standen Fragen zur Bereitschaftspauschale und zum Nachtragen von Angaben für die Abrechnung im Mittelpunkt.

Kann ich die Bereitschaftspauschale (EBM-Nummer 01435) abrechnen? Laut unserer Software war dies nur bis Ende 2010 möglich.

Die Abrechnung der Bereitschaftspauschale ist weiter möglich. Bei der Aufnahme der Nummer 01435 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) wurde die Gültigkeit ursprünglich bis zum 31. Dezember 2010 befristet. Diese Befristung hat der Bewertungsausschuss aufgehoben. Da der Beschluss erst im Dezember gefasst wurde, kann es sein, dass nicht alle Softwarehäuser die Änderung umgesetzt haben. Sollten Sie noch kein Update erhalten haben, legen Sie bitte die fehlende Nummer 01435 in Ihrer GO-Stammdatei an.

Die Leistungslegende im EBM:

EBM 01435, Haus-/Fachärztliche Bereitschaftspauschale (250 Punkte)

Obligater Leistungsinhalt

- Telefonische Beratung des Patienten im Zusammenhang mit einer Erkrankung durch den Arzt bei Kontaktaufnahme durch den Patienten und/oder
- anderer mittelbarer Arzt-Patienten-Kontakt gemäß 4.3.1 der Allgemeinen Bestimmung einmal im Behandlungsfall

Anmerkungen zur Nr. 01435:

Die EBM-Nummer 01435 ist im organisierten Not(-fall) dienst nicht berechnungsfähig.

Kommt in demselben Arztfall eine Versicherten-, Grund- und/ oder Konsiliarpauschale zur Abrechnung, ist die EBM-Nummer 01435 nicht berechnungsfähig.

Die EBM-Nummer 01435 ist nicht neben anderen EBM-Nummern berechnungsfähig.

Die EBM-Nummer 01435 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten

12. Lebensjahr zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.

Bei der Abrechnung haben wir in einem Fall die Eintragung einer Leistung vergessen. Können wir das nachtragen lassen?

Nur im Ausnahmefall. Wenn Sie Ihre Abrechnung abgegeben haben, ist es eigentlich nicht möglich, nachträgliche Berichtigungen oder Ergänzungen vorzunehmen. Ausnahmsweise können bis zum Ende des zweiten Quartalsmonats noch einzelne Änderungen vorgenommen werden. Dies bedeutet zum Beispiel für die Abrechnung des vierten Quartals, dass Änderungen bis Ende Februar möglich sind.

Bitte teilen Sie uns notwendige Änderungen kurz schriftlich mit. Wir benötigen hierfür immer den Patientennamen, das Geburtsdatum, das Behandlungsdatum und die Abrechnungsziffer.

Sollten Sie einen vollständigen Behandlungsfall nicht eingereicht haben, so rechnen Sie diesen bitte innerhalb eines Jahres mit einer Ihrer Quartalsabrechnungen ab.

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666

Telefax 0221 7763 6450

E-Mail service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888

Telefax 0211 5970 8889

E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Tag der Niedergelassenen



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



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

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

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

Info-Markt der KVen + Speaker's Corner + Politische Diskussion + Info-Veranstaltungen

Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

Ja, wir nehmen teil. Teilnehmerzahl

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

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

Vor- und Nachname:

Arztnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

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

Veranstalter: WISO S.E. Consulting GmbH

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



Hauptstadtkongress 2011
Medizin und Gesundheit

11. bis 13. Mai 2011
im ICC Berlin



Ministerpräsidentin
Hannelore Kraft
eröffnet den Kongress
am 15. März 2011 mit
einem Vortrag.



Gesundheitskongress des Westens 2011

15. und 16. März 2011
Philharmonie Essen Saalbau

Mit einem Veranstaltungs- und Fortbildungsteil spricht der **Gesundheitskongress des Westens 2011** in Essen dieses Jahr wieder niedergelassene Ärztinnen und Ärzte an. Gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe werden im Rahmen des Branchentreffens am 16. März 2011 Veranstaltungen speziell für Vertragsärzte und -psychotherapeuten angeboten.

in Kooperation mit



MITTWOCH 16. März 2010

9:00 bis 10:30

Aktuelle Vorhaben des Gesundheitsministeriums in Nordrhein-Westfalen

Input

Patientenorientierung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – ein Widerspruch?

Barbara Steffens, MdL
Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen

Statements und Podiumsdiskussion

Dr. Wolfgang-Axel Dryden
1. Vorsitzender, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Dr. Manfred Georg Krukemeyer
Alleingesellschafter, Paracelsus-Kliniken Deutschland GmbH & Co. KGaA

Dr. Peter Potthoff
Vorstandsvorsitzender, Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Cornelia Prüfer-Storcks
Mitglied des Vorstandes
AOK Rheinland/Hamburg

Dr. Hans Rossels
Präsident der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

Moderation

Ulf Fink
Senator a. D., Kongresspräsident

11:00 bis 12:30

Medizinische Versorgung optimieren: Lösungen für Versorgungsprobleme auf dem Land

Statements und Podiumsdiskussion

Dr. Ansgar Arend
Facharzt für Allgemeinmedizin
Coesfeld

Dr. Jens Grothues
Facharzt für Allgemeinmedizin
Beverungen

Dr. Thomas Kriedel
Vorstandsmitglied, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Burkhard Schwuchow
Bürgermeister der Stadt Büren

Moderation

Wolfgang van den Bergh
Chefredakteur
Ärzte Zeitung

13:45 bis 15:15

Satellitensymposium der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

Entbürokratisierung im Gesundheitssystem

Impulsvortrag

Dr. Thomas Kriedel
Vorstandsmitglied
Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe

Statements und Podiumsdiskussion

Michael Hübner
Hauptabteilungsleiter
BARMER GEK

Dr. Lothar Lieschke
Dezernat Verträge und
Verordnungsmanagement
Kassenärztliche Bundesvereinigung

Dr. Daniel Vorgrimler
Referat Grundsatzfragen und
Methodik der Bürokratiekosten-
messung, Statistisches Bundesamt

15:30 bis 17:00

Sektorübergreifende Versorgungskonzepte: Zukunft der stationären Versorgung – Schnittstelle zum ambulanten Bereich

Vortrag

Prof. Dr. Michael Greiting
Fachbereich Wirtschaft
Fachhochschule Gelsenkirchen
**Präsentation eines innovativen
Kooperationsmodells mit Schwerpunkt
Überleitungsmanagement**

Statements und Podiumsdiskussion

Jochen Brink
Vizepräsident der KGNW und
Stiftungsvorstand, Evangelisches
Krankenhaus Lippstadt

Dr. Wolfgang-Axel Dryden
1. Vorsitzender, Kassenärztliche
Vereinigung Westfalen-Lippe

Dr. Wolfram Otto
Geschäftsführer, POLIKUM Holding GmbH
Jens Spahn, MdB
Gesundheitspolitischer Sprecher
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Moderation

Thomas Müller
Geschäftsführer, Zentralstab Unternehmensentwicklung und -steuerung, Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe

Zertifizierung

Die Zertifizierung als ärztliche Fortbildung wird bei der Ärztekammer Nordrhein beantragt.

Sondertarif für Niedergelassene

Ich melde mich verbindlich für den 16. März 2011 zum Sondertarif von 80,00 EUR (+19% MwSt = 95,20 EUR) an:

Name

Straße, Nummer

PLZ, Ort

Telefon Telefax

E-Mail

Arztnummer

KV-Zugehörigkeit

Datum, Unterschrift

Bitte per Post an das Kongressbüro senden
oder an +49 (0) 89 - 54 82 34 42 faxen.

Informationen über den Sondertarif für den 1. Kongresstag und
Teilnahmebedingungen erhalten Sie im Kongressbüro.

Kongressbüro Gesundheitskongress des Westens
c/o INTERPLAN AG, Landsberger Straße 155, 80687 München
Fon: +49 (0) 89 / 54 82 34 55
E-Mail: info@gesundheitskongress-des-westens.de

Der Gesundheitskongress des Westens findet unter dem Motto
„INNOVATIONEN TROTZ / WEGEN KNAPPER KASSEN“
am 15. und 16. März in der Philharmonie Essen statt.

Weitere Schwerpunkte des Kongresses sind u. a.:

- Informationen helfen heilen – Qualität und Transparenz für mehr Patientenorientierung
- Evaluation, Innovation, Versorgungsprozesse – Wer oder was bürgt für gute Qualität?
- Konsequenzen der Arzneimittelreform. Von Bewertungsverfahren bis zu Vertragsmodellen

Das komplette Kongressprogramm im Internet:

www.gesundheitskongress-des-westens.de

Veranstalter:

© WISO S. E. Consulting GmbH

Mit Unterstützung durch das



Bundesministerium
für Wirtschaft
und Technologie

RP-Sprechstunde „Niere und Blase“

In der RP-Sprechstunde kooperieren die KV Nordrhein und die Rheinischen Post. Niedergelassene Ärzte halten bei den öffentlichen Veranstaltungen Vorträge aus ihren Fachgebieten. In diesem Quartal steht das Thema Niere

und Blase auf der Tagesordnung, das Urologen und Nephrologen präsentieren. Anschließend findet eine Frageunde statt. Die Veranstaltung richtet sich an Betroffene, Angehörige, Interessierte und Leser der Rheinischen Post.

Termin 2. März 2011 von 18 bis 20 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Infomarkt der KV Nordrhein in Düsseldorf

Experten der KV Nordrhein beantworten ihre Fragen rund um den Praxisalltag: Sei es zu Arznei- und Heilmitteln, dem

Einsatz von IT in der Praxis, zu Kooperationen mit Selbsthilfegruppen und vielem mehr. Eine Anmeldung ist nicht nötig.

Infostände gibt es zu folgenden Themen:

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

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

MFA-Fortbildungen im März und April

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

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

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

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

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

Termine

■ 11.2.2011	KV Nordrhein: Außerordentliche Vertreterversammlung, Düsseldorf
16.2.2011	Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein: „Qualität und Sicherheit in der Diagnostik des Mamma-Karzinoms“, Düsseldorf
■ 23.2.2011	KV Nordrhein und DKG: "Brennpunkt Onkologie / Nutzen? Nutzen! Oder Nutzen? - Wovon reden wir?", Düsseldorf
25.-26.2.2011	Kaiserin-Friedrich-Stiftung: „40. Symposium für Juristen und Ärzte“, Berlin
■ 2.3.2011	RP-Sprechstunde: „Niere und Blase“, Düsseldorf
■ 11.3.2011	KV Nordrhein: Pharmakotherapieberatung: „Forum Arzneimittelmarkt“, Düsseldorf
■ 12.3.2011	Tinnitus Therapie Zentren Düsseldorf/Krefeld und KV Nordrhein: „Fortbildung Tinnitus“, Düsseldorf
12.3.2011	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung: „Symposium – Reisemedizin, Impfschutz und internationale Gesundheit“, Bonn
15.-16.3.2011	Gesundheitskongress des Westens, Essen
■ 23.3.2011	MFA-Fortbildung: IGe-Leistungen, Aachen
■ 26.3.2011	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf
■ 30.3.2011	MFA-Fortbildung: Ambulantes Operieren (Orthopäden/Chirurgen), Köln
■ 30.3.2011	KV Nordrhein: Neue Konzepte in der Versorgung neurologisch-psychiatrischer Erkrankungen, Düsseldorf
31.3.-2.4.2011	Kompetenznetz Schlaganfall – Charité Berlin: „4. Internationale Schlaganfallsymposium und Fortbildungsakademie – Innovative und erfolgreiche Translation – was ist beim Patienten angekommen?“, Berlin
■ 6.4.2011	KV Nordrhein: Infomarkt, Düsseldorf
■ 6.4.2011	MFA-Fortbildung: Pharmakotherapie, Köln
■ 13.4.2011	MFA-Fortbildung: Ambulantes Operieren (Orthopäden/Chirurgen), Düsseldorf
30.4.-3.5.2011	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin: „117. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin“, Wiesbaden
3.-5.5.2011	KBV-Versorgungsmesse: Versorgungsinnovationen 2011, Berlin
■ 6.5.2011	KV Nordrhein: „Focus-Veranstaltung – AMNOG in der Praxis“, Düsseldorf
■ 7.5.2011	5. Nordrheinischer Praxisbörsentag, Düsseldorf
■ 11.5.2011	MFA-Fortbildung: Ambulantes Operieren (Orthopäden/Chirurgen), Aachen
11.-13.5.2011	Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2011, Berlin
■ 18.5.2011	MFA-Fortbildung: Pharmakotherapie, Düsseldorf
■ 18.5.2011	KV Nordrhein: Infomarkt für MFA, Köln
31.5.-3.6.2011	Deutscher Ärztetag, Kiel
■ 1.6.2011	MFA-Fortbildung: Ambulantes Operieren (Augenärzte), Köln
■ 8.6.2011	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf

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

Betriebswirtschaftliche Beratung für die Praxis

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

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



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

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

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

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

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Redaktion:

Frank Naundorf (verantwortlich)
Karin Hamacher

Redaktionsbeirat:

Dr. Peter Potthoff, Bernd Brautmeier, Frank Naundorf

Druck:

Echo Verlag, Köln

Satz:

BCS, Düsseldorf

Anschrift der Redaktion:

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

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

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

KVNO aktuell erscheint in zehn Ausgaben pro Jahr
als Mitteilungsorgan für die Mitglieder der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 22 000

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

■ **Abrechnung:**
Jetzt auch über
das KVNO-Portal

■ **Service:**
Schnelle Infos
über Verordnungen

■ **Bericht:**
Hohe Qualität in
rheinischen Praxen

■ **NRW:**
Versorgung für
Wohnungslose

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

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

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

www.kvno.de



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.