

■ Schwerpunkt

Vorstandswahlen

Dr. Peter Potthoff und
Bernd Brautmeier bestätigt

■ Hintergrund

Mammographie

Fünf Jahre Screening –
Über 7.000 Karzinome entdeckt

■ Aktuell

Kodierrichtlinien

Praxen können sich bis
30. Juni 2011 Zeit lassen

■ Praxisinfo

Arzneimittel

Vereinbarung für 2011 steht –
Weniger Quoten, weniger Regresse



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

- 1 Editorial

Schwerpunkt

- 2 Konstituierende Vertreterversammlung: Potthoff führt die KV Nordrhein – Brautmeier wird stellvertretender Vorsitzender

Aktuell

- 4 Vertreterversammlung der KV Nordrhein: Pharmaindustrie als Partner in der Versorgung nicht gewünscht
- 7 Ambulante Kodierrichtlinien: Praxen können sich bis 30. Juni Zeit lassen
- 8 Gesundheitsreform 2011: Höhere Beiträge, neue Nutzenbewertung und Tempo bei der elektronischen Gesundheitskarte

Berichte

- 22 Fünf Jahre Mammographie-Screening in Nordrhein: Über 7.000 Karzinome entdeckt
- 24 KV-Service auf der Medica: In Nordrhein sind noch alle Abrechnungs-Wege offen
- 25 Praxisbörsentag: 170 Angebote und 90 potenzielle Nachfolger
- 26 Bundesverwaltungsgericht urteilt: Rundfunkgebühr für Praxis-PC ist rechtmäßig
- 27 Bundesweit 11.000 D2D-Anwender – die meisten aus Nordrhein

Service

- 28 Was kostet die Übernahme einer Arztpraxis?
- 29 KBV-Versorgungsmesse im Mai 2011: Sektorübergreifende Innovationen
- 30 Differenzierte Honorarauswertung: Wer trägt wie viel zum Praxisumsatz bei?
- 32 Aktuelle Fragen an die Serviceteams – und deren Antworten: Leistungen im Notfalldienst richtig abrechnen
- 34 Fax-Abruf

Praxisinfo

- 12 Fördern statt fordern: Kein Zwang zur Onlineabrechnung
- 12 Barmer GEK kündigt Hausarztvertrag zum 31. Dezember 2010
- 12 Vereinigte IKK kündigt Teilnahme am Hausarztvertrag
- 12 Hausarztvertrag mit den Betriebskrankenkassen
- 12 Hausarztvertrag: Wieder Praxisgebühr bei den BKKen Daimler, Dr. Oetker und Miele
- 12 Schizophrenie-Vertrag AOK Rheinland/Hamburg ausgeweitet
- 12 GesundheitsCard international verlängert bis 31. Dezember 2012
- 13 Homöopathie-Vertrag mit der IKK classic zum 1. Januar 2011
- 13 Vordrucke: Änderungen bei Rezepturen und SAPV-Verordnungen
- 13 Leistungsanspruch auf künstliche Befruchtung auch für HIV-positive Paare
- 13 Laborgemeinschaften: Gewinn- und Verlustrechnung 2010
- 14 Postfach vaendg@kvno.de abgeschaltet
- 14 Abrechnung für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland
- 15 Aktualisierung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse zum 1. Januar 2011

Arzneimittelinfo

- 16 Glitazone ab 1. April nicht mehr auf Kassenrezept
- 16 Stimulantien für Kinder – nur noch vom Spezialisten
- 17 Arzneimittel-Vereinbarung 2011: Weniger Quoten, weniger Regresse
- 18 Das AMNOG kommt, der Zweitmeinungsarzt geht
- 19 Arzneimittelvereinbarung 2011: Die neuen Quoten
- 21 Heilmittel-Vereinbarung 2011: Höheres Budget – und gute Chance auf Wegfall der Richtgrößenprüfung



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

das Jahr 2010 endet und mit ihm die 13. Wahlperiode der Vertreterversammlung der KV Nordrhein. In neuer Zusammensetzung hat sich die Versammlung für die 14. Wahlperiode am 4. Dezember 2010 konstituiert. Unser Glückwunsch geht an das neue Führungsteam der VV. Dr. Frank Bergmann, Neurologe aus Aachen, steht der VV als neuer Vorsitzender vor zusammen mit seinem Stellvertreter Dr. Rolf Ziskoven, Allgemeinmediziner aus Sankt Augustin. Wir freuen uns auf eine vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Auf dieser Sitzung wurde auch der neue Vorstand für die nächsten sechs Jahre gewählt. Wir wurden in unserem Amt bestätigt und Dr. Peter Potthoff wurde zum Vorsitzenden gewählt. Unser Dank geht an die Delegierten der VV, aber auch an Sie, da Sie durch Ihre Wahlbeteiligung unsere Wahl erst möglich gemacht haben.

Das scheidende Jahr 2010 stand ganz im Zeichen der Anstrengungen um ein angemessenes Honorar für die Praxen in Nordrhein-Westfalen. In dem nur einen Jahr unserer Amtszeit haben wir uns darauf konzentriert, die Benachteiligung von Nordrhein und Westfalen durch die bundesweite Honorarverteilung abzubauen. Mit der gesetzlichen Festschreibung der asymmetrischen Verteilung ist ein Anfang gemacht. Doch es ist nur ein Anfang. In dieser Sache müssen wir Schulter an Schulter mit den Vorstandskollegen in Westfalen unbeirrt fortfahren.

Wir werden auch dafür eintreten, dass unsere ökonomischen Arbeitsbedingungen nicht nur verbessert, sondern auch verstetigt werden. Es ist unerträglich, dass die Honorierung bei gleicher Arbeitsleistung nur für ein Quartal Gültigkeit hat und teilweise stark schwankt. Da muss Nachhaltigkeit her, die Werte könnten für ein Jahr gelten. Das ist nicht nur für die Praxen im Sinne einer Planungssicherheit wichtig. Auch die Patienten brauchen diese Sicherheit.

Von der ökonomischen Sicherheit hängt auch die Entscheidung für oder gegen eine Tätigkeit in freier Praxis ab. Wenn diese aber nicht gegeben ist, dann entstehen Sicherstellungsprobleme. Wir treten deshalb ganz entschieden dafür ein, dass Vertragsarztpraxen auch allein auf Grund des GKV-Honorars wirtschaftlich überleben können.

Doch auch das Zulassungsrecht muss weiter modernisiert werden. Wir sollten zum Beispiel über eine Änderung der Residenzpflicht nachdenken. Dies könnte ein Weg sein, jungen Ärztinnen und Ärzten die Entscheidung zu erleichtern, sich in ländlichen Gegenden niederzulassen.

Diese Agenda ist nicht vollständig. Wir werden Sie über KVNO aktuell und unser Internet-Angebot www.kvno.de auch in der Zukunft auf dem Laufenden halten.

Für heute möchten wir Ihnen für das Vertrauen, das Sie uns in diesem Jahr entgegengebracht haben, danken und Ihnen versichern, dass wir unsere ganze Kraft und Kompetenz auch in den kommenden Jahren im Interesse aller Mitglieder der KV Nordrhein einsetzen werden.

Wir wünschen Ihnen und Ihren Familien ein geruhsames Weihnachtsfest und im neuen Jahr vor allem Gesundheit und gutes Gelingen für Ihre Vorhaben.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr KV-Vorstand

Dr. Peter Potthoff

Bernd Brautmeier

Potthoff führt die KV Nordrhein – Brautmeier wird stellvertretender Vorsitzender

Der alte Vorstand ist auch der neue: Dr. Peter Potthoff und Bernd Brautmeier bilden weiter das Führungs-Duo. Das hat die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein am 4. Dezember entschieden.

Zum Vorstandsvorsitzenden wählten die Delegierten Dr. Peter Potthoff. Er erhielt 33 Stimmen. Einen Gegenkandidaten gab es nicht. Denn Bernd Brautmeier hatte auf seine Kandidatur verzichtet, weil „in einer ärztlichen Körperschaft von vielen als erster Ansprechpartner ein Arzt erwartet wird“.

Dabei hatte der Kaufmann, der seit Januar 2010 gleichberechtigt mit dem Gynäkologen Potthoff die KV Nordrhein führte, ein ausgezeichnetes Ergebnis eingefahren. Mit 42 Stimmen wurde er für den Bereich der hausärztlichen Versorgung in den Vorstand gewählt. Potthoff hatte sich im fachärztlichen Bereich mit 32 Stimmen gegen die HNO-Ärztin Dr. Christiane Friedländer durchgesetzt.

Der neu gewählte Vorstand tritt sein Amt am 1. Januar 2011 an. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre. Genauso lang läuft die Legislaturperiode der Vertreterversammlung.

Findungskommission abgelehnt

Die Fraktion der Freien Ärzteschaft war zuvor mit ihrem Antrag gescheitert, die Vorstandswahlen auszusetzen, eine Findungskommission einzurichten und die Vorstandsposten öffentlich auszuschreiben. Das lehnte die Mehrheit der Delegierten ab.

„Wir können in der derzeitigen Honorarsituation nicht ohne funktionierenden Vorstand arbeiten“, monierte Dr. Andreas Gassen, Vorsitzender des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie in Nordrhein.

Mehr Honorar und Transparenz

Als Hauptaufgabe betrachtet der Vorstand die Verbesserung der Honorarsituation. Potthoff und Brautmeier werden sich weiter für die Konvergenz der Vergütung einsetzen, denn noch immer seien die Praxen im Rheinland benachteiligt.

„Eine Praxis muss auch allein aus Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung existieren können“, betonte Brautmeier. Ansonsten sei die Sicherstellung in Gebieten ohne Privatversicherte nicht zu leisten.

„Die Honorarverteilung muss einfacher werden“, forderte Potthoff. In der derzeitigen Form sei sie kaum noch nachvollziehbar. Der Gynäkologe will sich zudem für „mehr Nachhaltigkeit“ einsetzen: Die Rahmenbedingungen für die Praxen dürften sich nicht länger „im Quartalsrhythmus“ ändern. Besonders auf Bundesebene müssten hier Hebel angesetzt werden.

Ein weiteres großes Thema ist die Transparenz. Der Vorstand will Ärzte und Psychotherapeuten stärker an der Arbeit der KV Nordrhein beteiligen. So sollen Mitglieder der VV über Ausschüsse die Arbeit des Vorstands begleiten. „Wir wollen Einblicke schaffen und damit Vertrauen“, sagte Brautmeier.

Bergmann neuer VV-Vorsitzender

Zum Vorsitzenden der Vertreterversammlung wählten die Delegierten mit 30 Stimmen Dr. Frank Bergmann. Er setzte sich gegen Dr. Dirk Mecking, den Vorsitzenden des

Hausärzterverband Nordrhein, durch, der bis dato stellvertretender VV-Vorsitzender war. Dessen Amt übernimmt nun der Allgemeinmediziner Dr. Rolf Ziskoven.

Bergmann will sich für eine enge Zusammenarbeit mit allen Gruppen einsetzen, den Informationsfluss verbessern und für bessere Honorare eintreten. Dabei setzt er auch auf die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte.

Ziskoven appellierte an die Delegierten, ihre politische Rolle zu begreifen: Sie seien das einzige frei gewählte Gremium der Kassenärzteschaft und sollten artikulieren, was die Kolleginnen und Kollegen vor Ort bedrückt. Wie der Vorstand treten der Neurologe und der Allgemeinmediziner für mehr Transparenz ein. Deswegen sollten künftig alle Sitzungen der VV öffentlich sein.

Hauptausschuss

Dem Hauptausschuss gehören der VV-Vorsitzende und vier weitere Mitglieder an. Und zwar

- Dr. Hans-Reinhard Pies, hausärztlich tätiger Internist aus Nettetal
- Dr. Ludger Wollring, Augenarzt aus Essen
- Dr. Paul Dohmen, Psychologischer Psychotherapeut aus Aachen
- Prof. Peter Heering, Städtisches Klinikum Solingen

Der Ausschuss ist unter anderem zuständig für den Entwurf von Satzungsänderungen; auch berät er die VV und den Vorstand bei der Honorarverteilung.

Delegierte für die KBV-VV

Fünf Delegierte vertreten die Interessen der nordrheinischen Ärzte und Psychotherapeuten in der VV der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Dies sind:

- Angelika Haus, Neurologin aus Köln
 - Dr. Thomas Fischbach, Pädiater aus Solingen
 - Dr. Andreas Gassen, Orthopäde aus Düsseldorf
- Dazu kommen die beiden Mitglieder des Vorstands.

Ein breites Bündnis in der VV stimmte für die genannten Delegierten und die Mitglieder des Hauptausschusses. Außen vor blieben in diesen beiden Gremien die Kandidaten aus den Reihen des Hausärzterverbandes und der Freien Ärzteschaft. Deren Vertreter beklagten sich deswegen über den Umgang mit der parlamentarischen Minderheit – was aber am Abstimmungsverlauf nichts änderte. Dr. Thomas Fischbach stellte klar: Wer permanent die Abschaffung des KV-Systems fordere, dürfe sich nicht beschweren, wenn er nicht in entscheidende Ämter gewählt würde. „Die Hühner wählen ja auch nicht den Fuchs als Aufsicht über den Stall.“

Die VV wählte auch die Mitglieder der Beratenden Fachausschüsse für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie den Beratenden Fachausschuss für Psychotherapie. Sie finden die Ergebnisse unter www.kvno.de



Vorsitzender der VV (v.l.): Der Aachener Neurologe und Psychiater Dr. Frank Bergmann (53) ist Vorsitzender des Berufsverbandes der Nervenärzte.

Stellvertretender Vorsitzender der VV: Dr. Rolf Ziskoven (59) ist als Allgemeinmediziner in Sankt Augustin niedergelassen. Der VV gehört er schon seit 1989 an, von 1993 bis 1996 war er Mitglied des Vorstands.

Vorstandsvorsitzender: Dr. Peter Potthoff (63) ist als Gynäkologe in Bad Honnef niedergelassen. Von 2000 bis 2004 war er stellvertretender Vorsitzender. Mit Brautmeier bildete er seit Anfang 2010 den Vorstand der KV Nordrhein.

Stellvertretender Vorstandsvorsitzender: Bernd Brautmeier (55) war 18 Jahre lang Hauptgeschäftsführer der KV Nordrhein. Ende 2009 wählte die VV den Kaufmann zum ersten nichtärztlichen Vorstandsmitglied der KV Nordrhein.

Pharmaindustrie als Partner in der Versorgung nicht gewünscht

Von Adventsstimmung keine Spur. Am 27. November kam die Vertreterversammlung zur letzten Sitzung dieser Wahlperiode zusammen. Hauptthemen waren die angespannte Honorarsituation, die kommenden Kodierrichtlinien und das drohende Szenario von Pharmaunternehmen, die die Versorgung steuern.

Mehr Honorar, niedrigere Regelleistungsvolumen. „Das klingt paradox, aber es stimmt“, sagte Bernd Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein. Tatsächlich stünden beispielsweise bei den Fachärzten im ersten Quartal gut acht Millionen Euro mehr Honorar zur Verfügung als ein Jahr zuvor. Dennoch sind die RLV der meisten Gruppen geringer.

Konvergenz muss weiter gehen

Wo bleibt das Geld? Die KV Nordrhein verteilt alles, betonte Brautmeier. Zum größten Teil fließen die Zuwächse in die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV).

Doch befriedigend sei die Situation keineswegs. „Die Praxen im Rheinland hinken trotz der asymmetrischen Verteilung der Honorarzuwächse mit ihren Umsätzen hinterher“, monierte Brautmeier. Die Konvergenz müsse deswegen weiter gehen. Der Vorstand halte auch an seiner Klage gegen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und den GKV-Spitzenverband fest, um eine gerechtere Verteilung der Gesamtvergütung unter den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Bundesebene zur Not gerichtlich durchzusetzen.

Industrie ins Abseits stellen

Der Gesetzgeber macht es möglich: Die Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten dürfen künftig in

der Versorgung mitmischen. Krankenkassen dürfen offiziell ab Anfang 2011 Verträge der Integrierten Versorgung mit Unternehmen aus diesen Bereichen schließen.

Was Ärzte und Psychotherapeuten zu erwarten haben, zeigt ein Blick nach Niedersachsen. Dort läuft bereits ein Vertrag zwischen der dortigen AOK und dem Institut für Innovation und Integration im Gesundheitswesen, kurz I3G, einer hundertprozentigen Tochter des Arzneimittel-Herstellers Janssen-Cilag aus Neuss. Die Gesellschaft mit begrenzter Haftung übernimmt darin sogar die Budgetverantwortung für die Versorgung der Schizophrenie-Patienten. Das sind bis zu 13.000 Patienten, je nachdem, wie viele sich einschreiben.

Solche Entwicklungen drohen nun überall. Die nordrheinischen Vertreter forderten vom Gesetzgeber, die Bestimmungen zurückzunehmen. Bis auf Weiteres fordern die Delegierten Krankenkassen und ärztliche Verbände auf, keine Integrationsverträge mit Herstellern von Medikamenten oder Medizinprodukten zu schließen.

Kodierrichtlinien: So nicht

„Die Anwendung muss vereinfacht werden“ forderte Dr. Hans-Reinhard Pies, Sprecher des Ausschusses Kodieren. In der derzeitigen Form sei der bürokratische Aufwand mit den ambulanten Kodierrichtlinien für die Praxen zu hoch.

Die Vertreter kritisierten, dass die Kodierfunktion in der Praxissoftware, wenn sie einmal aktiviert ist, nicht mehr deaktiviert werden könne (siehe auch Seite 6). Deswegen sollten die Kolleginnen und Kollegen die neuen Kodierrichtlinien am 1. Januar 2011 nicht aktivieren. „Zuvor möchten wir uns von der Zweckmäßigkeit der Änderungen gerne selbst überzeugen“, betonten mehrere Delegierte.



Auf der letzten Sitzung dieser Wahlperiode forderten die Vertreter vorerst auf die ambulanten Kodierrichtlinien zu verzichten.

Wenig Liebe für Patiomed

Der ehemalige KBV-Chef Dr. Manfred Richter-Reichhelm stellte die Patiomed AG vor. Ziel des Unternehmens sei, ambulante ärztliche Versorgungszentren aufzubauen, ohne dass Einzelpraxen Konkurrenz entstehe, betonte Richter-Reichhelm. „Die Patiomed AG wird nur auf Initiative von Niedergelassenen aktiv.“

Sie solle zum Beispiel Kolleginnen und Kollegen bei der Gründung von Kooperationen unterstützen, bei der Verwaltung helfen – und auch mit Kapital im ungleichen Wettbewerb mit Kliniken und anderen Investoren unterstützen. „Wir wollen Optionen für den Nachwuchs schaffen“, sagte der Geschäftsführer der KVmed, die neben der Apotheker- und Ärztebank und dem Ärzte-Verlag Anteile an der Gesellschaft hält.

Die Mehrheit der Vertreter in Nordrhein blickte skeptisch auf die Patiomed AG. Sie lehnte von Mitgliedern ärztlicher Körperschaften gegründete oder mitbetriebene Versorgungsstrukturen ab, wenn sie Kapitalgesellschaften oder Banken einbeziehen.

Verwaltungskosten: Online günstig

Von niedrigeren Verwaltungskosten profitieren im kommenden Jahr Praxen, die via D2D oder das KV-SafeNet abrechnen. Besonders, wenn sie die Gesamtaufstellung mit dem elektronischen Heilberufeausweis signieren.

Wer seine Abrechnung auf CD oder Diskette einreicht, dessen Verwaltungskostensatz beträgt weiterhin 2,6 Prozent. Wer seine Unterlagen auf Papier einreicht, muss wie bisher 3,5 Prozent zahlen.

Geringere Sätze gelten für die Online-Abrechner: 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 Verwaltungskosten von 2,3 Prozent zahlen.

Den Bericht zur Lage des Vorstands der KV Nordrhein finden Sie unter www.kvno.de

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Auf neue Kodierrichtlinien vorerst verzichten

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein fordert die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auf, auf die Anwendung der Kodierrichtlinien vorerst zu verzichten.

Antrag: Dres. Guido Marx, Oliver Funken, Stefan Becker, Hans-Reinhard Pies sowie Rolf Ziskoven, Rainer Kötze, Knut Krausbauer, Johannes Vesper, Lothar Rütz, Angelika Haus, Manfred Weisweiler, Andreas Gassen, Frank Bergmann und Ludger Wollring.

Industrie darf nicht Partner von Versorgungsverträgen sein

Mit dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) hat der Gesetzgeber die Integrierte Versorgung für die Hersteller von Arzneimitteln bzw. von Medizinprodukten geöffnet. Der geänderte § 140b des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) führt „pharmazeutische Unternehmen“ ausdrücklich als Partner von Integrationsverträgen. Diese gelten insoweit als „Leistungserbringer“.

In Verbindung mit dem ebenfalls durch das AMNOG eingeführten § 130c SGB V (Verträge von Krankenkassen mit pharmazeutischen Unternehmen) verfügt die pharmazeutische Industrie künftig über eine Option, auf Verordnungs- und Therapieentscheidungen unmittelbar Einfluss zu nehmen.

Schließlich könnte sich die Neuregelung des AMNOG als Einfallstor erweisen, über welches die Industrie künftig in weiteren Vertrags- und Versorgungsformen eine unmittelbare Therapiekompetenz beansprucht.

Die Vertreterversammlung fordert den Gesetzgeber auf, seine Entscheidung für eine Öffnung der In-

tegrierten Versorgung für Unternehmen der pharmazeutischen- und Medizinprodukte-Industrie zu revidieren.

Bis dahin fordert die Vertreterversammlung die Krankenkassen, die Ärzteschaft, die ärztlichen Verbände und Genossenschaften auf, auf IV-Verträge mit Unternehmen der pharmazeutischen- und Medizinprodukte-Industrie zu verzichten.

Antrag: Vorstand der KV Nordrhein

Richtgrößenprüfungen und Regresse abschaffen

Richtgrößenprüfungen und Regresse sind ein untaugliches Instrument zur Steuerung ärztlicher Verordnungen.

Die Sorge vor Regressen wird von jungen Ärztinnen und Ärzten laut einer repräsentativen Befragung der Universität Trier als maßgebliche Begründung angeführt, weshalb sie nach Abschluss der Weiterbildung gegebenenfalls auf eine Niederlassung verzichten.

Die im Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes beschlossene Begrenzung von Regressen auf insgesamt 25.000 Euro in den ersten beiden Jahren, nachdem ein Arzt seine Richtgröße erstmals um mehr als 25 Prozent überschritten hat, mildert das Drohpotenzial von Regressen keineswegs. Angesichts der wirtschaftlichen Situation insbesondere junger Praxen ist auch dieser Betrag existenzbedrohend.

Die Vertreterversammlung fordert den Gesetzgeber auf, Richtgrößenprüfungen und Regresse als unzeitgemäße und repressive Instrumente der Verordnungssteuerung abzuschaffen. Stattdessen muss die Ärzteschaft unverzüglich von der Preis- und Morbiditätsverant-

wortung in der Arzneimitteltherapie befreit werden. Die Vertreterversammlung kritisiert nachdrücklich, dass diese Befreiung in den nun beschlossenen Reformgesetzen – entgegen den Ankündigungen der Regierungskoalition – nicht konsequent vollzogen wurde.

Antrag: Vorstand der KV Nordrhein

Keine Industrialisierung der Gesundheitsversorgung

Von Mitgliedern ärztlicher Körperschaften gegründete oder auch mittelbar mitbetriebene Versorgungsstrukturen, die Kapitalgesellschaften oder Institute der Finanzwirtschaft als Anteilseigner oder Kapitalgeber einbeziehen, werden abgelehnt. Solche Strukturen ebnen den Befürwortern einer Industrialisierung der Gesundheitsversorgung den Weg und stellen eine Konkurrenz in einem anzunehmenden unfairen Wettbewerb zu den bestehenden Versorgungsstrukturen dar.

Antrag: Martin Grauduszus, Fritz Stagge und Birgit Löber-Kraemer

Versorgungszentren in ärztlicher Hand

Die KV fordert den Gesetzgeber auf, dass neu gegründete MVZ nur von Ärzten betrieben werden dürfen. Damit ärztliches Gedankengut, Moral und Ethik bei solchen Unternehmen eine wichtige Rolle spielen und nicht rein ökonomische Interessen im Vordergrund stehen, sollten MVZ partnerschaftlich oder genossenschaftlich betrieben werden, wobei pro betreibendem Arzt maximal zwei Ärzte als Angestellte arbeiten dürfen.

Antrag: Martin Grauduszus

Praxen können sich bis 30. Juni Zeit lassen

Eigentlich sollten die neuen Kodierrichtlinien schon Anfang 2011 gelten. Doch jetzt gibt es eine Übergangsfrist bis zum 30. Juni 2011. Mehr Zeit für die Praxen, sich mit den Richtlinien vertraut zu machen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung haben die sechsmonatige Einführungsphase Anfang November beschlossen. „So können alle Ärzte und Psychotherapeuten behutsam in die neuen Richtlinien einsteigen“, sagte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler.

Der offizielle Starttermin für die ambulanten Kodierrichtlinien bleibt der 1. Januar 2011. Die Praxen haben aber zwei Quartale Zeit, in der sie weiter kodieren können wie bisher, ohne dass Sanktionen drohen. Ab 1. Juli 2011 ist das Kodieren auf Basis der neuen Richtlinien Pflicht. Bis dahin könnte sich noch einiges ändern. Denn auf Antrag der nordrheinischen Delegierten, hat die Ver-

Derzeit keine Chance auf Deaktivierung

In der Übergangsphase vom 1. Januar bis 30. Juni 2011 können Ärzte entscheiden, wann sie die ambulanten Kodierrichtlinien „scharf schalten“. Dies funktioniert über einen Schalter in der Praxisverwaltungssysteme. Wer diesen Schalter einmal aktiviert, kann diese Entscheidung nicht mehr rückgängig machen. Darauf weist die KBV in einem Schreiben an die Hersteller der Praxisverwaltungssysteme hin.

Demnach muss die Praxissoftware ab 1. Januar 2011 auch eine Funktion zum Bereinigen der Dauerdiagnosen und zum Anzeigen von Hinweisen und Fehlern beim Kodieren enthalten. Die Ärzte legen fest, ob und wann sie in der sechsmonatigen Einführungsphase diese Funktionen nutzen wollen. Dies soll technisch durch einen Schalter realisiert werden, welcher von den Ärzten selbst einmalig eingeschaltet werden kann – ein Ausschalten soll dann nicht mehr möglich sein. Der Vorstand der KV Nordrhein hat bei der KBV interveniert. Er setzt sich dafür ein, dass das Kodierwerk auch wieder ausgeschaltet werden kann.

treterversammlung der KBV Anfang Dezember beschlossen, die Richtlinien zu ändern – besonders im hausärztlichen Bereich.

Morbidität besser abbilden

Köhler warb noch einmal für die neuen Richtlinien: „Das Kodieren ist wichtig. Nur wenn wir in den Verhandlungen mit den Krankenkassen Veränderungen der Morbidität auch belegen können, haben wir eine Chance, die finanziellen Mittel für die ambulante Versorgung der Patienten zu verbessern.“

Die Praxisverwaltungssysteme sollen ab Anfang 2011 neue Optionen anbieten, zum Beispiel:

- eine Funktion zum Sortieren der Dauerdiagnosen und zum Anzeigen von Hinweisen und Fehlern
- die Möglichkeit, nur Teile des Programms nutzen zu müssen, sodass Ärzte und Psychotherapeuten zum Beispiel zuerst ihre Dauerdiagnosen in anamnestische und regelhaft behandlungsrelevante Diagnosen sortieren könnten

Protest aus den Ländern

Mehrere Vertreterversammlungen Kassenärztlicher Vereinigungen haben sich gegen die Kodierrichtlinien ausgesprochen. So fordert zum Beispiel die VV in Schleswig-Holstein die KBV auf, die Richtlinien praxistauglicher zu machen. Gegen die Einführung hatten sich die Vertreter der KV Nordrhein bereits im Mai ausgesprochen (wir berichteten). Aktuelle Kritik aus dem Rheinland gibt es auch an technischen Vorgaben für die Praxissoftware (siehe Kasten).

Weitere Infos zu den Kodierrichtlinien unter www.kvno.de [W101207](#)

Höhere Beiträge, neue Nutzenbewertung und Tempo bei der elektronischen Gesundheitskarte

Stagnierende Einnahmen, steigende Ausgaben: Ein Defizit von rund neun Milliarden Euro drohte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im kommenden Jahr. Drei Gesetze der schwarz-gelben Koalition sollen die Finanzen stabilisieren.

Bereits im Juni trat das GKV-Änderungsgesetz in Kraft. Im November gab es Reformgesetze gar im Doppelpack. Am 11. November beschloss der Bundestag das Arzneimittel-Neuordnungsgesetz, kurz: AMNOG und einen Tag später schließlich das GKV-Finanzierungsgesetz.

Bescheidener Bürokratieabbau

„Wir entlasten die Ärzte von bürokratischen Lasten“, erklärte Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) nach Verabschiedung des AMNOG. Die aber reagieren nicht übermäßig beglückt. Das Streichen des Zweitmeinungsverfahrens und der Bonus-Malus-Regelung sei richtig, meint Dr. Carl-Heinz Müller, Vize-Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), reiche aber nicht. Auch die Richtgrößen-Prüfungen hätten komplett gekippt werden müssen, um die Praxen spürbar zu entlasten. Die Option auf Ablösung sei viel zu wenig.

Frühe Nutzenbewertung

Herzstück des AMNOG ist die frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln, die neu auf den deutschen Markt kommen. Die Hersteller müssen künftig den Nutzen ihrer neuen Präparate belegen.

Der Bundesausschuss entscheidet: Ist ein Zusatznutzen gegenüber den bereits verfügbaren Arzneimitteln belegt, oder ist das neue Präparat nur eine Scheininnovation. Die frühe Nutzenbewertung soll schnelle Ergebnisse liefern:

Sechs Monate nach der Zulassung soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Bewertung vollzogen haben – mit erheblichen Konsequenzen.

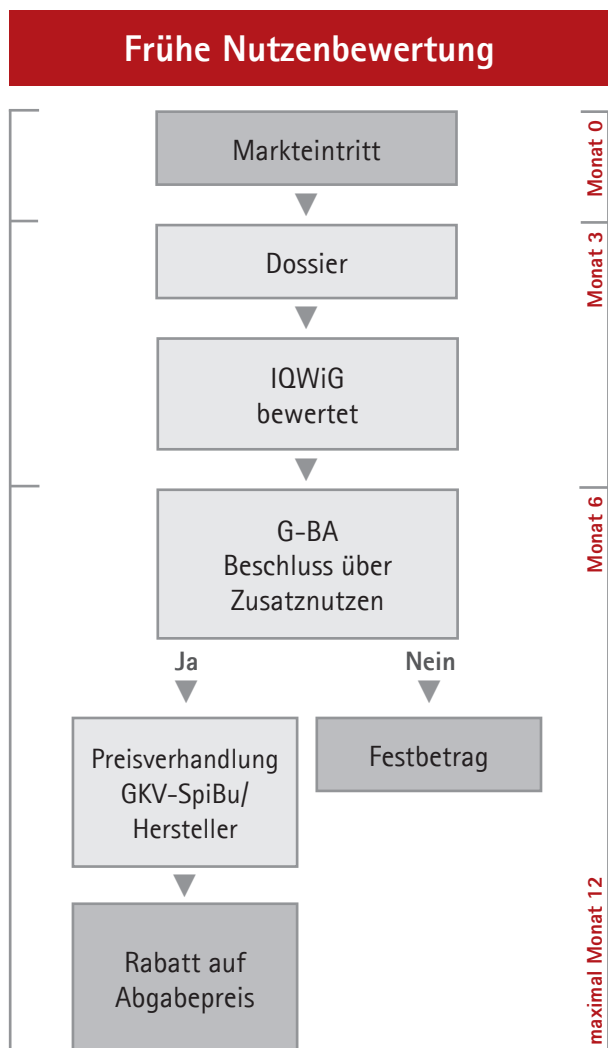
Ist das neue Präparat nicht wirksamer als bereits auf dem Markt befindliche, dann legt der Ausschuss einen Festbetrag fest. Festbeträge gibt es schon seit gut zwanzig Jahren, aber die direkte Klassifikation neuer Präparate ist bisher unüblich.

Neu ist der Umgang mit Präparaten, für die ein therapeutischer Zusatznutzen anerkannt wird, den sogenannten Solisten. Hier sieht das Gesetz Verhandlungen zwischen dem Hersteller und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen vor.

Der Hersteller kann zwar weiterhin sein Präparat mit frei kalkuliertem Preis im deutschen Markt einführen, jedoch wird der Preis innerhalb eines Jahres durch Rabatte zu Gunsten der GKV reduziert. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) schreibt sich deswegen zugute, das „Preismonopol der Pharmaindustrie“ gebrochen zu haben.

Die Nutzenbewertung betrifft zunächst nur die neuen Präparate. Davon gab es im vergangenen Jahr 36. Darunter waren nach Ansicht von Prof. Uwe Fricke 13 echte Innovationen, 15 Verbesserungen und acht sogenannte Me-too-

Präparate. Vor allem die Letztgenannten dürften künftig ein niedrigeres Preisniveau erklimmen als bisher.



Bundesausschuss entscheidet

Ob moderate Festbetrags- oder gehobene Innovationspreisklasse, darüber entscheidet nun der Gemeinsame Bundesausschuss unter dem Vorsitzenden Dr. Rainer Hess. Wie die Entscheidung und die Verhandlungen über die Preise für Medikamente ablaufen, die über einen Zusatznutzen verfügen, regelt künftig eine Rechtsverordnung, deren erster Entwurf das Bundesgesundheitsministerium vorgelegt hat. Im Dezember soll die Verordnung im Kabinett verabschiedet werden, damit der G-BA auf ihrer Grundlage ab 1. Januar 2011 nach einem möglichst rechtssicheren Verfahren bewerten kann.

„Wir wollten ein schnelles Verfahren“, erläuterte Dr. Rolf Koschorrek, Obmann der CDU/CSU-Bundestagsfraktion im Gesundheitsausschuss, auf einer Fortbildung der KV Nordrhein am 12. November. Das ist dem Gesetzgeber gelungen, die Beteiligten müssen in der Tat ein hohes Tempo vorlegen.

Innerhalb von drei Monaten nach Zulassung beurteilt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) anhand eines Dossiers das neue Arzneimittel. Das Dossier stellt der pharmazeutische Unternehmer zusammen; es soll sämtliche Studien enthalten. „Eine sportliche Herausforderung“, nannte dies der Leiter des Kölner Instituts, Prof. Jürgen Windeler. Die Ergebnisse erhält der G-BA, der schließlich entscheidet, ob ein neues Präparat tatsächlich zusätzlichen Nutzen bringt.

Bis zuletzt umstritten war, wie mit Medikamenten zu verfahren ist, die gegen seltene Krankheiten verordnet werden. Die Lösung für die sogenannten Orphan Drugs: Wenn der Umsatz 50 Millionen Euro pro Jahr überschreitet, dann muss der Hersteller auch für diese Mittel den Nutzen nachweisen.

Zwangsrabatt erhöht

Mit gut 1,1 Milliarden Euro pro Jahr erzielt eine recht simple Maßnahme den größten Effekt: Der Zwangsrabatt, den die Industrie den Krankenkassen auf den Herstellerabgabepreis einräumen muss, steigt von sechs auf 16 Prozent – und gilt erstmals auch zu Gunsten der privaten Krankenversicherer. Bereits 2010 sollen damit 480 Millionen Euro eingespart werden.

Apropos Rabatt: Auch die Apotheker müssen den Kassen mehr Abschlag einräumen. Für jede abgegebene Packung wird der Apothekenrabatt auf 2,10 Euro festgeschrieben, derzeit führen die Pharmazeuten 1,75 Euro an die GKV ab. Und der Großhandel muss nun einen preisabhängigen Anteil von 3,15 Prozent und eine fixe Gebühr von 70 Cent je abgegebener Packung abführen. Bisher zahlt der Großhandel im Schnitt sechs Prozent auf den Packungspreis.

Mehr Autonomie bei Medikamenten – darüber könnten sich die Patienten freuen. Versicherte müssen künftig nicht mehr das Präparat eines Herstellers nehmen, mit dem die Kasse einen Rabattvertrag geschlossen hat, sondern kön-

nen auch ihr Wunsch-Präparat erhalten. Das aber hat seinen Preis, denn die Mehrkosten trägt der Patient im Rahmen eines Erstattungsverfahrens. Wie das abläuft, müssen Krankenkassen und Apothekerverband noch regeln.

Das GKV-Finanzierungsgesetz

Die wichtigsten Punkte des GKV-Finanzierungsgesetzes im Überblick:

Finanzierung der Krankenkassen: Der bundeseinheitliche Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beträgt künftig 15,5 Prozent. Davon übernehmen die Arbeitgeber 7,3 Prozentpunkte.

Kassen, deren Ausgaben höher sind als die Zuweisungen, die sie aus dem Gesundheitsfonds erhalten, müssen von ihren Mitgliedern einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag erheben. Übersteigt der Zusatzbeitrag zwei Prozent des individuellen beitragspflichtigen Einkommens, haben GKV-Mitglieder Anspruch auf einen Sozialausgleich, der aus Steuermitteln des Bundes finanziert wird.

Kostenerstattung und GKV-Wahltarife: Die Bindungsfrist des Versicherten für Wahltarife (zum Beispiel Kostenerstattung) in der GKV wird von einem Jahr auf ein Quartal verkürzt. Ärzte müssen die Aufklärung des Patienten über mögliche Mehrkosten nicht mehr schriftlich dokumentieren.

Die Mindestbindungsfrist für GKV-Wahltarife (Selbstbehalt, Beitragsrückgewähr, Erstattung für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen) wird von drei Jahren auf ein Jahr verkürzt.

Ausgabenbegrenzung: Die Verwaltungskosten der Krankenkassen werden für die Jahre 2011/12 auf dem Stand von 2010 eingefroren. Zu dieser strikten Regelung gibt es jedoch Ausnahmen: Für die möglichen Preisverhandlungen mit Pharmaherstellern beispielsweise könnten die Kassen ihre bisherigen Verwaltungsausgaben überschreiten.

Für die Entwicklung der Krankenhausvergütung und für die Zahnarzthonorare gelten diverse Begrenzungsregelungen.

Vertragsärztliche Vergütung: Die Gesamtvergütung steigt 2011/12 in allen Kassenärztlichen Vereinigungen um jeweils 1,25 Prozent. Darüber hinaus werden im kommenden Jahr rund 500 Millionen Euro „asymmetrisch“ auf die KVen verteilt, um die Fehlentwicklungen durch die Honorarreform 2009 zu korrigieren. Von dieser Regelung profitieren besonders die KVen in Nordrhein-Westfalen (wir berichteten).

Ab 2011 werden auch die extrabudgetären Leistungen begrenzt. Die Entwicklung bleibt sowohl 2011 (um 0,25 Prozentpunkte) als auch 2012 (um 0,5 Prozentpunkte) hinter der Grundlohnentwicklung zurück. Für die Prävention und für die Dialyse-Sachkosten gilt kein Kostenlimit.

Die Honorare der hausarztzentrierten Versorgung (Paragraf 73b des Sozialgesetzbuchs V) dürfen das Vergütungsniveau in der hausärztlichen Regelversorgung nicht überschreiten. Höhere Honorare sind zulässig, wenn sie durch Einsparungen etwa für Verordnungen ausgeglichen werden. Für bereits abgeschlossene Verträge gilt ein Bestandsschutz bis Juni 2014.

Private Krankenversicherung: Gesetzlich Versicherte, die die Versicherungspflichtgrenze überschreiten, können nach Ablauf des selben Kalenderjahres zur privaten Krankenversicherung wechseln. Die Wartezeit lag zuletzt bei drei Jahren.

Elektronische Gesundheitskarte: Die Politik drängt auf eine rasche Umsetzung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Krankenkassen, die bis Ende 2011 nicht mindestens an zehn Prozent ihrer Versicherten eGK ausgegeben haben, müssen 2012 einen Abschlag ihres Verwaltungsbudgets um zwei Prozent hinnehmen.

Um 2,2 Milliarden Euro hofft der Minister die Ausgaben der Krankenkassen mithilfe der Arzneimittel-Neuregelungen drücken zu können. Ganz unrealistisch scheint das nicht. Johann-Magnus Freiherr von Stackelberg, stellvertretender Vorsitzender des GKV-Spitzenverbandes, rechnet allein durch die frühe Nutzenbewertung mit Einsparungen in dreistelliger Millionenhöhe. Zum Leidwesen der Industrie, die die Preise gerne weiter frei festgesetzt hätte.

Industrie als Versorger

Die Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten wie Prothesen, EKG-Schreibern oder Verbandsmaterialien dürfen sich darüber freuen, künftig in der Versorgung mitmischen zu dürfen. Konkret geht es um die Integrierte Versorgung: Krankenkassen können nun mit Unternehmen Verträge schließen – und die müssen noch nicht einmal auf die Arzneimittelversorgung beschränkt bleiben, sondern können die medizinische Versorgung ganzer Indikationsgebiete umfassen.

Die Pharma-Industrie kann somit direkten Einfluss auf die Versorgung der Bevölkerung nehmen, während die Kassenärztlichen Vereinigungen von der Integrierten Versorgung weiter ausgeschlossen werden. „Auf diese Weise liefert man ganze Versorgungsgebiete den kommerziellen Interessen einzelner Unternehmen aus. Dies ist der erste Schritt zum Ausverkauf der gesetzlichen Krankenversicherung“, kritisiert Bernd Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein.

„Das AMNOG geht in die richtige Richtung – aber nicht weit genug.“

Dr. Rainer Hess
Gemeinsamer Bundesausschuss



„Die Kosten sinken. Niemand weiß, ob es zwei Milliarden Euro werden.“

Johann-Magnus von Stackelberg
GKV-Spitzenverband



„Für die frühe Nutzenbewertung brauchen wir alle Studien mit allen Ergebnissen.“

Prof. Jürgen Windeler
IQWiG



„In Sachen Deregulierung leistet das Gesetz sehr wenig.“

Cornelia Yzer, Verband forschender
Arzneimittelhersteller



„Die optionale Ablösung der Richtgrößen ist zu wenig.“

Dr. Carl-Heinz Müller
Kassenärztliche Bundesvereinigung



Fördern statt fordern: Kein Zwang zur Onlineabrechnung

Im Bereich der KV Nordrhein bleibt die Abrechnung auf Datenträger auch weiterhin möglich. Es besteht kein Zwang zur Online-Abrechnung ab dem 1. Januar 2011. Das Ziel der KV Nordrhein ist eine sanfte Überleitung hin zur komplett papierlosen Abrechnung, die durch gezielte finanzielle Förderung statt Forderung umgesetzt werden soll.

Mehr Infos unter www.kvno.de [KW101212](#)

Barmer GEK kündigt Hausarztvertrag zum 31. Dezember 2010

Die Barmer GEK hat als Rechtsnachfolgerin der ehemaligen Gmünder Ersatzkasse den aus dem Jahr 2005 stammenden Hausarztvertrag zum 31. Dezember 2010 gekündigt. Damit endet zum Jahresende die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung für die noch eingeschriebenen Versicherten. Ab 1. Januar 2011 können Ärzte keine Leistungen aus diesem Vertrag mehr abrechnen.

Vereinigte IKK kündigt Teilnahme am Hausarztvertrag

Die Vereinigte IKK als Rechtsnachfolgerin der IKK Nordrhein hat die Teilnahme am Hausarztvertrag Primärkassen zum 31. Dezember 2010 gekündigt. Damit endet auch die Teilnahme der IKK-Versicherten an der hausarztzentrierten Versorgung. Ab 1. Januar 2011 können Ärzte für IKK-Versicherte keine Leistungen mehr aus diesem Vertrag abrechnen. Der Hausarztvertrag Primärkassen gilt weiterhin für die AOK Rheinland/Hamburg und die Landwirtschaftliche Krankenkasse NRW.

Hausarztvertrag mit den Betriebskrankenkassen

25 Betriebskrankenkassen haben die Teilnahme am Hausarztvertrag der Betriebskrankenkassen (BKKen) zum 31.

Dezember 2010 gekündigt. Das hat die Vertragsarbeitsgemeinschaft der BKKen mitgeteilt. 71 BKKen nehmen weiter an dem Vertrag teil.

Eine Übersicht der ausscheidenden und der im Vertrag verbleibenden BKKen finden Sie unter www.kvno.de

Hausarztvertrag: Wieder Praxisgebühr bei den BKKen Daimler, Dr. Oetker und Miele

Versicherte der BKKen Daimler, Dr. Oetker und Miele, die am Hausarztvertrag der Betriebskrankenkassen teilnehmen, müssen ab 1. Januar 2011 wieder die Praxisgebühr bezahlen. Die Befreiung entfällt.

Schizophrenie-Vertrag AOK Rheinland/Hamburg ausgeweitet

Die Teilnahmemöglichkeiten für Patienten beim Schizophrenie-Vertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg wurden rückwirkend zum 1. November 2010 ausgeweitet. In den Vertrag können Versicherte sich einschreiben lassen, die in den drei Jahren vor Vertragsteilnahme in stationärer Behandlung waren. Bisher galt ein Zeitraum von zwölf Monaten.

Damit kann ein deutlich größerer Patientenkreis von diesem Vertrag profitieren. An dem Vertrag können Fachärzte für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie teilnehmen, die mindestens 20 Patienten mit der Behandlungsdiagnose F20 im Quartal behandeln.

Alle Infos zum Schizophrenie-Vertrag unter www.kvno.de [KW101212](#)

GesundheitsCard international verlängert bis 31. Dezember 2012

Das Modellprojekt GesundheitsCard international mit der AOK Rheinland/Hamburg und der CZ Actief in Gezondheit wird verlängert bis zum 31. Dezember 2012. Neu ausgegebene GesundheitsCards international enthalten

künftig eine Krankenversicherungsnummer der AOK Rheinland/Hamburg, was die Abrechnung vereinfacht. Bisher enthielten die GesundheitsCards die Krankenkassennummer der Niederlande.

Homöopathie-Vertrag mit der IKK classic zum 1. Januar 2011

Die AG Vertragskoordination der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat zum 1. Januar 2011 mit der IKK classic einen Homöopathie-Vertrag geschlossen. Der Vertrag entspricht dem aus 2009 stammenden Homöopathie-Vertrag mit der Securvita BKK, dem die BKKen Linde, Daimler, Essanelle, Pfaff und die BKK24 beigetreten sind. Homöopathen mit der Zusatzbezeichnung Homöopathie oder dem Homöopathie-Diplom können Patienten in diesen Vertrag einschreiben.

Die Leistungen des Vertrags werden wie folgt vergütet:

- Erstanamnesen 60 Euro bzw. 90 Euro
- Repertorisation 20 Euro
- Analyse 20 Euro
- Folgeanamnesen 22,50 Euro / 45 Euro
- homöopathische Beratung 10 Euro

Die Honorare erhalten teilnehmende Ärzte zusätzlich zum Regelleistungsvolumen und zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Mehr Infos unter www.kvno.de [KV101213](#)

Vordrucke: Änderungen bei Rezepturen und SAPV-Verordnungen

Seit 1. Oktober 2010 gelten einige neue Ausfüllvorschriften nach der Vordruckvereinbarung. So darf bei der Verordnung von Rezepturen grundsätzlich nur die Vorderseite des Rezeptvordrucks benutzt werden. Pro Rezeptur verwenden Sie bitte ein Ordnungsblatt. Rezepturen zur parenteralen Anwendung können für den Bedarf bis zu einer Woche verordnet werden, soweit die einzeln an-

zuwendenden Zubereitungen nach Art und Menge identisch sind (zum Beispiel Infusionsbeutel).

Aus Fertigarzneimitteln entnommene patientenindividuelle Teilmengen (besonders Wochenblister) können im Rahmen einer Dauermedikation für den Bedarf bis zu vier Wochen verordnet werden. Teilmengen sollten nur in Ausnahmefällen verordnet werden. Die Kosten sind meist höher als bei der Verordnung von normierten (N1, N2, N3) Packungen.

Zum Muster 63, Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV), wurde vereinbart, dass nur die Rückseite des Musters 63a (Ausfertigung für die Krankenkasse) auszufüllen ist.

Leistungsanspruch auf künstliche Befruchtung auch für HIV-positive Paare

HIV-positive Ehepaare hatten bisher keinen Anspruch auf Maßnahmen nach den Richtlinien der künstlichen Befruchtung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diesen Ausschluss unter Hinweis auf die Gleichbehandlung von Versicherten mit anderen Erkrankungen nun aufgehoben. Künftig können auch Paare, bei denen einer oder beide Partner HIV-positiv sind, die Möglichkeit der künstlichen Befruchtung in Anspruch nehmen.

Vor der Behandlung muss der HIV-Status beider Partner bekannt sein, und die behandelnde Einrichtung muss für die Behandlung HIV-positiver Paare ausgestattet sein. Die Entscheidung des Bundesausschusses ist am 2. Dezember 2010 in Kraft getreten.

Laborgemeinschaften: Gewinn- und Verlustrechnung 2010

Die Angaben in der Gewinn- und Verlustrechnung von Laborgemeinschaften müssen durch einen von der Gemeinschaft zu beauftragenden Steuerberater bestätigt sein. Hierzu bieten sich zwei Möglichkeiten an: Entweder der Steuerberater stellt ein Zertifikat aus oder die Unter-

lagen werden direkt durch den Steuerberater an die KV Nordrhein geschickt.

Das schreibt die Verfahrensrichtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Umsetzung des Kostennachweises von Laborgemeinschaften vor. Sie wurde zum 1. Juli 2010 geändert. Die Änderung betrifft die Gewinn- und Verlustrechnung ab 2010.

Bitte denken Sie auch daran, der KV Nordrhein bei Änderungen die aktualisierten Mitgliederlisten als Excel-Datei (Download verfügbar) zukommen zu lassen.

Infos und Excel-Vorlagen für Laborgemeinschaften finden Sie unter www.kvno.de [KV101214](#)

Postfach vaendg@kvno.de abgeschaltet

Da die technischen Details im Zusammenhang mit dem VÄndG (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz) wie die Vergabe von Betriebsstättennummern und Lebenslangen Arztnummern abgewickelt sind, hat die KV Nordrhein das E-Mail-Postfach vaendg@kvno.de nun abgeschaltet.

Wenn Sie per E-Mail Kontakt mit der für Sie zuständigen Bezirksstelle aufnehmen möchten, verwenden Sie bitte folgende E-Mail-Adressen:

- Bezirksstelle Düsseldorf
bezirk.duesseldorf@kvno.de
- Bezirksstelle Köln
bezirk.koeln@kvno.de

Abrechnung für Versicherte mit Wohnsitz im Ausland

Bei Versicherten mit Wohnsitz im Ausland müssen Ärzte gesondert abrechnen. Denn nur dann werden die Leistungen für diese Patienten außerhalb des Regelleistungsvolumens und der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als Einzelleistung von den jeweiligen Kostenträgern vergütet

Bei Patienten mit Wohnsitz im Ausland gehen Sie bitte folgendermaßen vor: Die im Ausland versicherten Patienten wählen in der Arztpraxis vor Beginn der Behandlung die aushelfende Krankenkasse, wobei alle gesetzlichen Kassen wählbar sind. Die Daten der europäischen Krankenversichertenkarte sowie die Daten des Personalausweises oder des Reisepasses werden auf das Vordruckmuster 80 (Dokumentation des Behandlungsanspruches) übertragen. Der Vertragsarzt bescheinigt die Richtigkeit der Datenübernahme durch Unterschrift und Arztstempel.

Vor Beginn der Behandlung muss der im Ausland Versicherte das Vordruckmuster 81 (Erklärung des im EU- oder EWR-Ausland oder der Schweiz versicherten Patienten bei Inanspruchnahme von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland) ausfüllen und unterschreiben. Die Formulare Muster 80 und 81 erhalten Sie über den Formularversand in Krefeld. Beide Formulare sind im Original möglichst umgehend der örtlichen Geschäftsstelle der aushelfenden deutschen Krankenkasse zuzusenden. Die Durchschläge verbleiben in der Praxis und müssen zwei Jahre lang aufgehoben werden.

Für die Übersendung der Unterlagen an die Krankenkasse können Sie die EBM-Nummer 40120 abrechnen. Die Abrechnung für die KV Nordrhein erfolgt auf einem selbst angelegten Datensatz als ambulante Behandlung unter Angabe der Personalien des im Ausland Versicherten. In der Feldkennung „Statusergänzung“ muss die Zahl Sieben (7) für die Kennzeichnung Sozialversicherungsabkommen (SVA) angegeben werden. So wird sichergestellt, dass es sich um einen Fall eines im Ausland versicherten Patienten handelt und eine Einzelleistungsabrechnung mit dem Orientierungspunktwert außerhalb des Regelleistungsvolumens und der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgen kann. Überweisungen an andere Ärzte sind ebenfalls möglich, wobei auch dann das Statusergänzungsfeld mit der Kennzeichnung Sieben (7) auszufüllen ist.

Wenn Patienten die Krankenversichertenkarte oder eine Überweisung vorlegen und hieraus erkennbar ist, dass sich

der Wohnsitz des Patienten im Ausland befindet, kennzeichnen Sie diesen Datensatz für die Abrechnung ebenfalls mit der Statusergänzung Sieben (7). Für Patienten mit einer deutschen Krankenversichertenkarte müssen die Formulare 80 und 81 nicht ausgefüllt werden.

Bei der Praxisgebühr gelten die gleichen Bedingungen wie bei regulär versicherten Mitgliedern der deutschen Krankenkassen. Auch Patienten mit Wohnsitz im Ausland müssen die Praxisgebühr bezahlen.

Aktuelle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomievertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen. Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KV101215](#)

Aktualisierung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse zum 1. Januar 2011

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat mehrere Änderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse beschlossen, die zum 1. Januar 2011 in Kraft treten sollen. Grund für die Aktualisierung war eine veränderte wissenschaftliche Evidenzbasis einiger Qualitätsparameter.

Für die Praxen sind folgende Änderungen relevant:
Neuer wKt/V-Grenzwert

Der Grenzwert für das wKt/V bei Peritonealdialyse wurde von 1,9 auf 1,7 herabgesetzt. Damit ist jetzt auch in der Richtlinie der Grenzwert zur Berechnung benannt, der auf den aktuellen klinischen Empfehlungen aufbaut.

Ergänzend wurde eine Änderung der Berechnungsvorschrift zur genauen Abschätzung des Harnstoffverteilungsvolumens mittels WATSON-Formel zur Berechnung des wKt/V-Wertes bei Peritonealdialyse in die Richtlinie aufgenommen.

Die genauere Berechnung des Qualitätsindikators wKt/V und die Senkung des Auffälligkeitsschwellenwertes von 1,9 auf 1,7 führen nun zu einer valideren Darstellung und besseren Beurteilungsmöglichkeit der Peritonealdialyse.

Berichte der Zentralen Datenanalysten werden transparenter:

Durch die neue Darstellung auch der unauffälligen Ergebnisse der Kernindikatoren (w)Kt/V, Hb, Dialysedauer und -frequenz werden die Berichte des Datenanalysten sowohl für Ärzte als auch für die Qualitätssicherungskommissionen der KVen transparenter.

Neu sind unter anderem eine Darstellung von Trends und die je Kernparameter differenziertere Ergebnisdarstellung, die zu mehr Aussagekraft der Jahresberichte führen. Die Modifikationen betreffen die Arbeit des Datenanalysten. Die Anpassungen haben keine Auswirkungen auf die Elektronischen Dokumentationssysteme der Dialyse-Einrichtungen. Die Anpassungen greifen erst in der weiteren Verarbeitung der Daten beim Datenanalysten bzw. beim Berichtersteller.

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

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

Glitazone ab 1. April nicht mehr auf Kassenrezept

Pioglitazon (Actos) und seine Kombinationen können ab 1. April 2011 nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte bereits im Juni beschlossen, dass Glitazone wegen ihrer Nebenwirkungen (zum Beispiel Herzinsuffizienz oder Knochenbrüche) nicht verordnet werden dürfen. Den Beschluss hatte das Bundesgesundheitsministerium zunächst beanstandet, er tritt nun aber doch in Kraft. Der Verordnungsausschuss betrifft nur noch Pioglitazon. Pioglitazon kann somit nur noch bis Ende März 2011 zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden.

Bereits am 1. November wurde Rosiglitazon (Avandia) vom Markt genommen. Das hatte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angeordnet und damit eine Empfehlung der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) umgesetzt.

Eine weiterer Verordnungsausschluss betrifft das Antidepressivum Reboxetin (Edronax und Solvex). Den Beschluss des G-BA hat das Bundesgesundheitsministerium nicht beanstandet. Er tritt voraussichtlich am 1. April 2011 in Kraft.

Die Beschlüsse finden Sie unter www.gba.de [KV101216](#)

Stimulantien für Kinder – nur noch vom Spezialisten

Weitere Änderungen der Arzneimittel-Richtlinien betreffen Stimulantien, Antidiarrhoika und alkoholhaltige Arzneimittel. Eine Änderung der Arzneimittel-Richtlinien sieht vor, dass Stimulantien ab 1. Dezember 2010 nur noch bei Narkolepsie und zur Behandlung der hyperkinetischen Störung oder ADHS bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden können.

Seit 1. Dezember dürfen Stimulantien bei hyperkinetischen Störungen oder ADHS nur von Spezialisten verordnet werden. Das sind laut G-BA-Beschluss:

- Pädiater
- Kinder- und Jugendpsychiater und –psychotherapie
- Nervenärzte, Neurologen und Psychiater
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- ärztliche Psychotherapeuten mit einer Zusatzqualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach Paragraph 5 Abs. 4 der Psychotherapie-Vereinbarungen

Hausärzte dürfen in Ausnahmefällen Folgeverordnungen vornehmen, wenn gewährleistet ist, dass Spezialisten die Behandlung beaufsichtigen.

Bei den Antidiarrhoika, die in Ausnahmefällen zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen, wird *Escherichia coli* Stamm Nissle 1917 (Mutaflor) bei Säuglingen und Kleinkindern zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen ergänzt.

Bei alkoholhaltigen Arzneimitteln ist vor einer Verordnung zu prüfen, ob alkoholfreie Medikamente eingesetzt werden können. Das gilt besonders für Kinder und Patienten mit Lebererkrankungen, mit Alkoholkrankheit, mit Epilepsie, mit Hirnschädigung und Schwangere. Die Beschlüsse zu den Antidiarrhoika und alkoholhaltigen Arzneimitteln treten nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Beschlüsse finden Sie unter www.gba.de [KV101216](#)

Pharmakotherapie- und Heilmittelberatung

Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111, Telefax 0211 5970 8136
E-Mail pharma@kvno.de

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396, Telefax 0211 5970 9396
E-Mail margit.karls@kvno.de

Arzneimittel-Vereinbarung 2011: Weniger Quoten, weniger Regresse

Die Arzneimittel-Vereinbarung 2011 ist unter Dach und Fach. Me-too- und Generikaquoten bleiben erhalten, von den DDD-Quoten wurden einige gestrichen und die Zahl der Quoten je Fachgruppe reduziert.

Befreiung von der Richtgrößenprüfung

Ärzte, die alle Quoten, also Generika-, Me-too- und DDD-Quoten einhalten, sind von der Richtgrößenprüfung befreit. Im Vergleich zu 2010 droht beim Verfehlen der jeweiligen Quoten auch kein Honorarabzug mehr. Wer ein oder mehrere Quotenziele nicht erreicht, erhält eine Einladung zu einer Pharmakotherapieberatung. Bei Ärzten, die die Ziele indes dauerhaft verfehlen, können Krankenkassen und KV Nordrhein einen Antrag wegen unwirtschaftlicher Ordnungsweise stellen.

Ausgabenvolumen

Das Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandmittel 2011 liegt bei 3,24 Milliarden Euro. Das ist etwas weniger als im vorigen Jahr. Sinkende Arzneimittel-Preise im Generikamarkt und der seit Juli 2010 deutlich höhere Herstellerrabatt führten zu der Senkung. Außerdem haben die höheren Ausgaben für Einrichtungen am Krankenhaus nach Paragraph 116b des fünften Sozialgesetzbuchs, die aus dem Budget der niedergelassenen Ärzte herausgerechnet werden, zu der Senkung um insgesamt 39 Millionen Euro beigetragen.

Neue Richtgrößen

Die Richtgrößen geben wie in der Vergangenheit den Eurobetrag an, der je Arzt durchschnittlich je Fall im Quartal für Arznei- und Verbandmittel zur Verfügung steht. Die Richtgrößen wurden für das Jahr 2011 neu berechnet. Eine Übersicht über die neuen Richtgrößen, die Generika- und DDD-Quoten finden Sie auf den Seiten 19 und 20.

Ob die Richtgrößen je Fachgruppe im Vergleich zum Vorjahr zu- oder abnehmen hängt vor allem von den Anteilen der Arzneimittelausgaben je Fachgruppe ab. Die Ausgabenanteile des Vorjahres dienen nämlich als Grundlage für die Kalkulation der Richtgrößen.

Generikaquoten gelten weiter

Die Generika- und Me-too-Quoten je Fachgruppe gelten weiter. Bei den Generikaquoten gibt es im kommenden Jahr zur Information zusätzlich zum Kosten- auch einen Ordnungsanteil, der nicht von den Preisen der jeweiligen Packungen abhängt.

Die Generikaquote gibt den Anteil der Generika am generikafähigen Markt an. Eine Berechnung auf Basis der Ordnungen (Packungen) ist nicht anfällig für die Preise der jeweiligen Präparate, wird also auch nicht von den Rabattverträgen beeinflusst.

Neue Me-too-Liste

Die Me-too-Liste 2011 wurde einerseits um neun neue Arzneimittel ergänzt. Andererseits sind im Laufe des Jahres 2010 die Präparate Betoptima, Carmen, Corifeo, Fareston und Xusal gestrichen worden, weil der Patentschutz abgelaufen ist. Ebenfalls wurde Cymbalta von der Liste genommen.

Die neue Me-too-Liste liegt dieser Ausgabe von KVNO aktuell bei.

Neue Me-too-Präparate 2011

Die Tabelle listet die Präparate, die 2011 erstmals auf der Me-too-Liste stehen und Wirkstoffe, die Ärzten als Alternative zur Verfügung stehen.

Me-too	Wirkstoff	Alternative
Adenuric	Febuxostat	Allopurinol
Elosalic	Mometason+ASS	Betametason+ASS
Multaq	Dronedaron	Amiodaron
Oftraquix/-sine	Levofloxacin	Moxifloxacin
Palexia retard	Tapentadol	Tramadol, Morphin
Reactine duo retard	Cetirizin+ Pseudoephedrin	Cetirizin
Resolor	Prucaloprid	Macrogol
Urorec	Silodosin	Tamsulosin
Urtimed	Rupatadin	Loratadin

Weniger DDD-Quoten

Die Zahl der DDD-Quoten für sogenannte Leitsubstanzen haben KV und Kassen in Nordrhein reduziert. Von den bisher 17 DDD-Quoten wurden fünf gestrichen und sechs zu drei neuen Quoten zusammengefasst:

- Lipidsenker, Anteil Simvastatin
- Antidiabetika ohne Insuline, Anteil Metformin, Glimperid und Glibenclamid
- Mittel des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems, Anteil Generika.

Zwei Quoten für Opioide

Bei den Opioiden wurde eine Generika- und eine Pflaster-Quote eingeführt. Morphin, Oxycodon, Buprenorphin und Hydromorphon sind patentfrei. Aus wirtschaftlichen Gründen sollten diese Wirkstoffe bevorzugt und als Generikum verordnet werden.

Eine Mindestquote für nicht-transdermale Opioide regelt deren Anteil im Vergleich zu Opioidpflastern. Denn die Pflastertherapie ist viel teurer als die orale Therapie.

Ärzte sollten die Pflaster aus wirtschaftlichen Gründen im Wesentlichen bei Patienten mit Schluckstörungen verordnen oder für Patienten vorsehen, die mit einer oralen Therapie nicht einzustellen sind.

Zwei neue Generika-Quoten zu Ophthalmika und zu Urospasmolytika betreffen jeweils die Fachgruppe der Augenärzte und der Urologen.

Auf Fachgruppe bezogen

Die DDD-Quoten sind nun einzelnen Fachgruppen zugeordnet, so dass es pro Fachgruppe höchstens vier DDD-Quoten gibt. Für die Hausärzte und hausärztlichen Internisten gelten beispielsweise Quoten bei den Lipidsenkern, Antidiabetika, Mitteln des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems und eine Generikaquote für Antibiotika. Bei den Orthopäden gibt es die beiden Opioidquoten und die bereits bekannte Quote für Bisphosphonate.

*Die Arzneimittel- und Richtgrößenvereinbarung wird in der Januarausgabe des Rheinischen Ärzteblatts veröffentlicht; Sie finden sie auch im Internet unter www.kvno.de **W101218***

Das AMNOG kommt, der Zweitmeinungsarzt geht

Das Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) tritt am 1. Januar 2011 in Kraft. Einige Änderungen betreffen direkt das Verordnen von Arzneimitteln.

Die Regelungen zum so genannten Zweitmeinungsverfahren fallen weg. Die KV Nordrhein hatte dieses Verfahren am 1. März 2010 eingeführt. Es betraf die Verordnung von Arzneimitteln zur Behandlung der Pulmonalen Arteriellen Hypertonie. Die Präparate können Ärzte nun wieder wie zuvor im Rahmen ihrer Zulassung verordnen. Bitte nutzen Sie die Symbolnummer 90937, um die Verordnungen als Praxisbesonderheit zu kennzeichnen.

Gestrichen sind ab Anfang 2011 auch die Regelungen zur Negativliste und zur Bonus-Malus-Regelung. Präparate der Negativliste können nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden, da sie nicht verschreibungspflichtig sind. Eine weitere Änderung betrifft die Ab-

gabe von Arzneimitteln in der Apotheke. Eine neue Regelung zur Kostenerstattung in Paragraph 129 des Sozialgesetzbuchs V sieht vor, dass Patienten auch ein anderes als ein Rabattarzneimittel erhalten können, wenn sie die entstehenden Mehrkosten selbst tragen. Die genaue Abwicklung müssen Krankenkassen und Apotheken noch vereinbaren.

Bei der Abgabe von Arzneimitteln im Rahmen von aut idem wird seit langem diskutiert, ob die Indikationsbereiche sowohl vom verordneten, als auch vom abgegebenen Arzneimittel identisch sein müssen. Der Gesetzgeber hat diesen Punkt geregelt. Danach müssen das verordnete und das abgegebene Arzneimittel nur noch „für ein gleiches Anwendungsgebiet zugelassen“ sein. Somit könnte beispielsweise der Betablocker, der sowohl zur Behandlung der Hypertonie als auch der Herzinsuffizienz zugelassen ist, gegen ein Präparat ausgetauscht werden, das nur zur Behandlung der Hypertonie eine Zulassung hat.

Arzneimittelvereinbarung 2011: Die neuen Quoten

Ärzte, die Generika-, Me-too- und die jeweiligen DDD-Quoten ihrer Fachgruppe einhalten, sind von der Richtgrößenprüfung befreit.

Richtgrößen 2011

Arztgruppe	Allgemein-versicherte	Rentner
Allgemeinmediziner	46,38€	125,88€
Anästhesisten	44,67€	127,42€
Augenärzte	5,93€	13,67€
Chirurgen	7,84€	14,03€
Gynäkologen	20,60€	63,27€
HNO-Ärzte	12,34€	5,39€
Dermatologen	23,15€	19,66€

Arztgruppe	Allgemein-versicherte	Rentner
Internisten (hausärztlich)	46,38€	125,88€
Internisten (fachärztlich)	276,62€	344,51€
Kinderärzte	27,43€	51,88€
MKG-Chirurgen	5,50€	4,60€
Nervenheilkunde	139,34€	157,69€
Orthopäden	6,19€	16,90€
Urologen	24,00€	60,11€

Generikaquoten

Die Generikaquote gibt den Anteil generischer Präparate am generikafähigen Markt an. Ausgewiesen werden die Anteile bezogen auf die Kosten (Brutto) und die Verordnungen.

Arztgruppe	GQ bez. auf Umsatzanteil	GQ bez. auf Verordnungsanteil
Allgemeinmediziner	85,1%	90,3%
Anästhesisten	76,8%	82,3%
Augenärzte	80,4%	90,2%
Chirurgen	70,5%	90,6%
Gynäkologen	80,8%	86,5%
HNO-Ärzte	89,4%	91,5%
Internisten (hausärztl.)	85,1%	90,3%
Hautärzte	80,4%	80,4%

Arztgruppe	GQ bez. auf Umsatzanteil	GQ bez. auf Verordnungsanteil
Internisten (fachärztl.)	65,0%	84,0%
Kinderärzte	82,7%	83,0%
Nervenärzte/Neurologen	73,1%	85,3%
Orthopäden	85,4%	90,6%
Psychotherapeuten/ Psychiater	71,0%	86,0%
Urologen	80,7%	88,1%
* GQ = Generikaquote		

Me-too-Quoten

Die Me-too-Quote gibt den Bruttoanteil an Me-too-Präparaten am Arzneimittelvolumen je Praxis an.

Arztgruppe	Me-too-Quote in %
Allgemeinmediziner	6,9%
Augenärzte	2,5%
Gynäkologen	1,9%
HNO-Ärzte	5,4%
Internisten (hausärztlich)	6,9%

Arztgruppe	Me-too-Quote in %
Hautärzte	3,3%
Internisten (fachärztlich)	6,9%
Kinderärzte	1,0%
Nervenärzte/Neurologen	9,5%
Urologen	4,2%

bitte umblättern

DDD-Quoten

Die DDD-Quoten geben den Anteil der Wirkstoffe oder Generika in Prozent an, die in der jeweiligen Indikationsgruppe mindestens erreicht werden sollen. Für die Berechnung der Quoten werden jeweils die durchschnittlichen definierten (amtlichen) Tagesdosen herangezogen. Die DDD-Quoten gelten jeweils nur in der angegebenen Fachgruppe.

Arzneistoffgruppe	DDD-Zielquote
Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten	
Lipidsenker inkl. Kombinationen, Anteil Simvastatin (mono)	82,0 %
Antidiabetika ohne Insulin, Anteil Glibenclamid/Glimepirid/Metformin	86,0 %
Systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil Generika	95,0 %
Wirkstoffe des Renin-Angiotensin-Systems, Anteil Generika	70,0 %
Anästhesisten	
Opioide, Anteil Generika	67,5 %
Btm-pflichtige Opioide, Anteil nicht transdermale Opioide	70,0 %*
<i>* Dies entspricht einem Pflaster-Anteil von maximal 30 Prozent</i>	
Augenärzte	
Glaukomtherapeutika, Anteil Generika	38,0 %
Chirurgen	
Systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil Generika	95,0 %
Opioide, Anteil Generika	67,5 %
Btm-pflichtige Opioide, Anteil nicht transdermale Opioide	70,0 %*
<i>* Dies entspricht einem Pflaster-Anteil von maximal 30 Prozent</i>	
Fachärztliche Internisten	
Lipidsenker inkl. Kombinationen, Anteil Simvastatin (mono)	75,0 %
Antidiabetika ohne Insulin, Anteil Glibenclamid/Glimepirid/Metformin	80,0 %
Wirkstoffe des Renin-Angiotensin-Systems, Anteil Generika	70,0 %
nur für Nephrologen	
Erythropoietin, Anteil Biosimilars	35,0 %
Gynäkologen, Kinderärzte und HNO-Ärzte	
Systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil Generika	95,0 %
Nervenärzte/Neurologen	
Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Anteil Citalopram	65,0 %
Orthopäden	
Bisphosphonate zur Osteoporosetherapie inkl. Kombinationen, Anteil Alendronat (mono)	58,0 %
Opioide, Anteil Generika	82,0 %
Btm-pflichtige Opioide, Anteil nicht transdermale Opioide	65,0 %*
<i>* Dies entspricht einem Pflaster-Anteil von maximal 35 Prozent</i>	
Psychotherapeuten/ Psychiater	
Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, Anteil Citalopram	55,0 %
Urologen	
alpha-Rezeptorenblocker, Anteil Tamsulosin	80,0 %
Systemisch anzuwendende Antibiotika, Anteil Generika	90,0 %
Urospasmolytika, Anteil Generika	35,0 %

Heilmittel-Vereinbarung 2011: Höheres Budget – und gute Chance auf Wegfall der Richtgrößenprüfung

Das Ausgabenvolumen für Heilmittel steigt im kommenden Jahr auf 419 Millionen Euro. Drei Jahre lang weigerten sich die Krankenkassen, das Budget zu erhöhen. Die KV Nordrhein musste in der Vergangenheit sogar Senkungen abwehren. Für 2011 stimmten die Kassen einem Plus von 15 Millionen Euro zu, dies entspricht einer Steigerung von 3,7 Prozent.

Dies ist insofern besonders erfreulich, als dass die Vorgaben, die auf der Bundesebene zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband ausgehandelt worden waren, lediglich 1,5 Prozent mehr vorsahen.

Die nordrheinischen Krankenkassen und die KV Nordrhein vereinbarten zudem, dass die Richtgrößenprüfung



Foto: Thomas Scherr – fotolia.com

Im kommenden Jahr können die Ärzte Heilmittel für 419 Millionen Euro verordnen.

für Heilmittel im kommenden Jahr ausgesetzt wird, wenn das vereinbarte Heilmittelausgabenvolumen um drei Prozent unterschritten wird. Wenn also die Ausgaben der gesetzlichen Kassen für Heilmittel 2011 unter 406 Millionen Euro liegen, dann gibt es keinen einzigen Richtgrößen-Regress in Nordrhein. Die Chancen, dies zu erreichen, sind gut. Denn die Ausgaben für Heilmittel im Jahr 2009 lagen im Rheinland mit 386 Millionen Euro deutlich unter dem Zielwert.

Erneut erweitert wird zudem die Liste der Praxisbesonderheiten. Die manuelle Lymphdrainage bei einer chronischen Lymphabflussstörung gilt nun auch aufgrund einer onkologischen Erkrankung oder einer primären Lymphgefäßerkrankung (ICD10-Codierung Q82.0). Bitte kennzeichnen Sie diese Verordnungen mit der Symbolziffer 90977.

Die Heilmittel- und Richtgrößenvereinbarung wird in der Januarausgabe des Rheinischen Ärzteblatts veröffentlicht; Sie finden sie auch im Internet unter www.kvno.de [\[KV10122\]](#)

Heilmittelrichtgrößen 2011

Arztgruppe	Richtgröße 2011 AV/RV* (in Euro)
Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	AV: 5,19 RV: 15,51
Chirurgie einschließlich Gefäß-, Plastische-, Unfall- und Visceralchirurgie	AV: 11,72 RV: 16,17
HNO einschließlich Phoniatrie und Pädaudiologie	AV: 4,03 RV: 2,27
Innere Medizin (hausärztlich)	AV: 5,19 RV: 15,51
Innere Medizin (fachärztlich) einschließlich Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie	AV: 1,97 RV: 3,60
Kinderheilkunde	AV: 19,50 RV: 24,71
Orthopädie einschließlich orthopädischer Rheumatologie	AV: 23,82 RV: 24,88
*AV: Allgemeinversicherte (Mitglieder- und Familienversicherte) RV: Rentenversicherte	

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

Über 7.000 Karzinome entdeckt

Im Dezember 2005 verschickte die Zentrale Stelle Mammographie-Screening die ersten Einladungsschreiben. Seitdem haben die Programmverantwortlichen Ärzte fast 950.000 Frauen untersucht.

Als erste sogenannte Screening-Einheit in Nordrhein nahm das Röntgeninstitut an der Kaiserswerther Straße in Düsseldorf seine Arbeit auf. Nach und nach kamen weitere Einheiten dazu. Seit Juni 2008 ist Nordrhein flächendeckend versorgt. An 35 Praxis-Standorten finden inzwischen Früherkennungs-Mammographien statt.

Bis dato haben die Radiologen im Rahmen des Screenings 932.522 Frauen untersucht, 49.176 Frauen bestellten sie zur Abklärung wieder ein, bei 7.021 Frauen entdeckten sie ein Karzinom.

Die Rate der Wiedereinbestellungen liegt mit 5,3 Prozent im Rahmen des Referenzbereichs; die europäischen Leitlinien sehen die Abklärung in bis zu sieben Prozent aller Mammographien vor. Auch eine weitere Vorgabe der Leitlinien erfüllt das Programm: Bei einer möglichst geringen Belastung der Frauen durch ergänzende Untersuchungen entdecken die Ärzte bei sieben bis acht von 1.000 untersuchten Frauen einen Tumor in der Brust.

Regierung: Screening ist Goldstandard

Bundestag und Bundesrat hatten 2002 die bundesweite Einführung des Mammographie-Screening-Programms beschlossen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung erhielten den Auftrag, ein flächendeckendes, bevölkerungsbezogenes und qualitätsgesichertes Brustkrebs-Früherkennungsprogramm nach den Leitlinien europäischer Experten einzuführen. Das Ziel: Durch eine frühzeitigere Diagnose eine schonende und erfolgreiche Therapie der bösartigen Tumore

zu erreichen und die Brustkrebs-Sterblichkeit deutlich zu senken.

Die Bundesregierung ist vom Mammographie-Screening überzeugt: Es sei „derzeit Goldstandard in der Brustkrebsfrüherkennung“, antwortete die Regierung im Oktober auf eine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen.

Anspruch haben alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahre. Die Zentrale Stelle Mammographie-Screening, die im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf sitzt, lädt die Berechtigten alle zwei Jahre brieflich zur Brustkrebsfrüherkennung ein. „Es ist ein Angebot an über 1,2 Millionen Frauen im Rheinland“, sagt Anja Bolz, die Leiterin der Stelle. „Die Teilnahme ist freiwillig.“

Inzwischen kümmern sich 19 Mitarbeiterinnen um die Einladungen und Termine. Monatlich versenden sie bis zu 80.000 Einladungsbriefe – in enger Abstimmung mit den zehn Screening-Einheiten.

Die Einladung enthält bereits einen Terminvorschlag. Nimmt die eingeladene Frau nicht teil, so erhält sie nach einigen Wochen eine erneute Einladung. Nimmt sie auch dann nicht teil, dann schreibt die Zentrale Stelle sie nach zwei Jahren erneut an.

Eine interessierte Frau muss ihre Einladung aber nicht abwarten. „Anspruchsberechtigte Frauen können sich gerne bei uns melden“, sagt Bolz. Natürlich auch mit Fragen zum Screening-Programm. Davon machen die Frauen regen Gebrauch: Derzeit nimmt die Zentrale Stelle rund 1.300

Telefonate pro Tag an. Dazu kommen über 200 Anfragen per Fax oder E-Mail.

Frauen, die Screening-Termine vereinbaren oder ändern wollen, empfiehlt Bolz das Formular zu nutzen, das unter www.masc.kvno.de bereitsteht. Darin fragt die Stelle alle Daten ab, die für die Terminvergabe nötig sind. „Die fehlen leider oft bei frei formulierten Faxen oder E-Mails“, sagt Bolz.

52 Prozent nehmen teil

Bis heute hat die Zentrale Stelle in Nordrhein knapp zwei Millionen Einladungen versandt. Von den eingeladenen Frauen haben über 52 Prozent an der Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung teilgenommen.

Da Brustkrebs in Deutschland mit über 58.000 Neuerkrankungen und über 16.000 Todesfällen jährlich die häufigste Krebserkrankung bei Frauen ist, wäre eine noch höhere Teilnehmerate wichtig.

Einige Maßnahmen wurden bereits umgesetzt:

- Im Oktober 2008 führte das Institut für Sozial- und Medienpsychologie der Uni Köln eine Umfrage zu den Einladungsschreiben durch. Anschließend verbesserte die Kooperationsgemeinschaft Mammographie die Texte.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss und die Kooperationsgemeinschaft Mammographie haben Anfang 2010 das Merkblatt zum Screening überarbeitet, um den Frauen eine gute Entscheidungsgrundlage über die Teilnahme zu geben. Befürworter und Kritiker des Screenings haben sich auf 13 Kennzahlen geeinigt. So bewahrt das Programm fünf von 1.000 Frauen, die über den gesamten Zeitraum regelmäßig am Mammographie-Screening teilnahmen, vor dem Tod durch Brustkrebs. Auf der anderen Seite sind es ebenfalls fünf von 1.000 Frauen, die unnötig zu Brustkrebspatientinnen werden. Denn ihr Krebs wäre ohne Früherkennung nicht auffällig geworden – ohne tödliche Folgen.
- Behandelnde Gynäkologen und Hausärzte sind stär-

Teilnahmequoten in Nordrhein

Screening-Einheit	Teilnahme (in Prozent)
Wuppertal, Mettmann, Solingen, Remscheid	55,9 %
Duisburg	55,6 %
Kleve, Wesel	54,6 %
Krefeld, Mönchengladbach, Viersen	53,8 %
Essen, Oberhausen, Mülheim	53,1 %
Aachen, Heinsberg, Düren	51,2 %
Bonn, Euskirchen, Rhein-Sieg-Kreis	51,1 %
Düsseldorf, Neuss	50,1 %
Köln (rechtsrh.), Leverkusen, Rhein.-Berg. und Oberberg. Kreis	44,9 %
Köln (linksrheinisch), Erftkreis	43,1 %

In Nordrhein gibt es zehn Screening-Einheiten mit Praxen an 35 Standorten und acht Mammobile. Die Anforderungen an die Röntgengeräte sind hoch.

ker in das Mammographie-Screening eingebunden. Sie erhalten seit Kurzem vom Programmverantwortlichen Arzt die Diagnose und alle relevanten medizinischen Informationen, wenn bei einer Teilnehmerin eine Abklärung (zum Beispiel neue Mammographie, Biopsie oder Ultraschall) durchgeführt wird. Die behandelnden Ärzte können zudem telefonisch an den multidisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen.

Um auch die Frauen in ländlicheren Umgebungen zu erreichen, sind allein in Nordrhein acht Mammobile im Einsatz, zum Beispiel in der Eifel, am Niederrhein und im Bergischen Land. Das macht die Wege für die Frauen kurz.

Trotz alledem: Die in der europäischen Leitlinie vorgesehene Teilnahmequote von 70 Prozent ist im Rheinland noch in weiter Ferne. Immerhin aber ist die Teilnahme von mehr als der Hälfte der Berechtigten beim Mammographie-Screening deutlich höher als bei allen anderen Krebsvorsorgeuntersuchungen.

Mehr Infos zum Mammographie-Screening finden Sie unter www.kvno.de und www.mammo-programm.de [KW101223](#)

In Nordrhein sind noch alle Abrechnungs-Wege offen

Gut 137.000 Besucher, erstmals über 5.000 Aussteller – die Gesundheitswirtschaft wächst weiter. Die Bilanz der Medizinmesse Medica und der Zuliefermesse fällt gut aus.

Unter den Ausstellern war auch die KV Nordrhein. Das KVNO-Portal, die Praxisbörse im Internet und die Online-Abrechnung waren die Schwerpunkte des Standes in der Halle 16. Wie in den vergangenen Jahren standen Mitarbeiter der Serviceteams bereit, um alle anderen Fragen zu beantworten – von der Abrechnung bis zur Zulassung.

Das Top-Thema indes war die Online-Abrechnung. Ist sie ab Januar Pflicht? Welche Übertragungswege sind zugelassen? Muss ich mir jetzt einen elektronischen Heilberufsausweis anschaffen?

Die KV-Mitarbeiter konnten die Ärzte beruhigen. Im Rheinland ist die Online-Abrechnung ab Anfang 2011 keine Pflicht. Und ein Starttermin ist in Nordrhein auch noch nicht festgelegt. Es gibt also keinen Grund zur Panik.

„Vor allem umsatzstarke Praxen sollten aber überlegen, ob sich die Online-Abrechnung mit dem HBA für sie rechnet“, sagt Astrid Scherer aus der Abteilung IT in der Arztpraxis der KV Nordrhein. Denn die Verwaltungskosten für die Online-Abrechner mit HBA liegen im kommenden Jahr mit 2,3 Prozent immerhin 0,3 Prozentpunkte unter dem Satz der Praxen, die auf CD oder Diskette abrechnen. Bei einem Jahresumsatz von 200.000 Euro sind das 600 Euro. „Das übersteigt die Kosten, die im Zusammenhang mit der Nutzung des HBA entstehen, deutlich“, so Scherer.

Mehr Infos unter www.medica.de



Foto: Messe Düsseldorf / Constanze Tillmann

Bundeskanzlerin Angela Merkel besuchte am 17. November die Medica 2010.



Hauptthema am Stand der KV Nordrhein war die Online-Abrechnung.



Anette Krafczyk präsentierte Online-Dienste wie die Praxis-Börse oder das KVNO-Portal.

Praxisbörsentag: 170 Angebote und 90 potenzielle Nachfolger

Rund 300 Ärzte und Psychotherapeuten kamen zum 5. Praxisbörsentag der KV Nordrhein in der Bezirksstelle Köln. Im Mittelpunkt standen die Pinnwände, an denen 260 Inserate hingen: Rund 170 Ärzte und Psychotherapeuten boten darauf ihre Praxis an, knapp 90 formulierten eine Suchanzeige.

Das Konzept ging auf: Auf über der Hälfte der Inserate trug sich mindestens ein Interessent ein. Unter den Inseraten waren etwa 100, auf denen ein Hausarztsitz oder ein sonstiger Einstieg in die hausärztliche Versorgung gesucht wurde. Die ersten Kontakte wurden zum Teil schon während der Veranstaltung geknüpft. Erfreut über die gute Resonanz zeigte sich Bernd Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein: „Mit dem Praxisbörsentag, der zum fünf-

ten Mal stattfand, boten wir Ärzten, Psychotherapeuten und interessierten Praxisnachfolgern wieder die Möglichkeit, Kontakte zu knüpfen, aber auch sich umfassend zur Praxisabgabe oder Praxisübernahme beraten zu lassen.“ Vorträge griffen Themen wie Perspektiven der Niederlassung, den Ablauf der Praxisabgabe und -übernahme, Praxiswertermittlung, steuerliche Aspekte der Abgabe und Finanzierung einer Praxis auf. Die Besucher konnten sich zudem persönlich beraten lassen, zum Beispiel über Kooperationsoptionen, Anstellungsmöglichkeiten und Teilzeitvarianten. Besonders stark gefragt waren die Niederlassungsberater der KV Nordrhein.

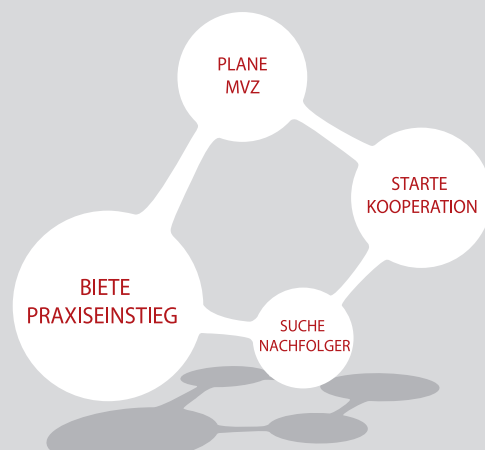
Die auf dem Praxisbörsentag präsentierten Vorträge finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KV101225](#)

kv-boerse: Praxisnachfolger und Kooperationspartner online finden

Ärzte und Psychotherapeuten können Kooperationspartner oder Praxisnachfolger auch online unter www.kv-boerse.de suchen. Das Angebot gibt es bereits seit vier Jahren. Mit Erfolg.

Die Nutzer stellten der Online-Börse in Sachen Struktur und Gestaltung ein gutes Zeugnis aus (Durchschnittsnote 2,2). Rund 70 Prozent der knapp 200

Befragten wären bei Bedarf bereit, erneut eine Anzeige zu schalten. Bislang hat mehr als jede fünfte Annonce zum Erfolg geführt. Aktuell gibt es rund 160 Anzeigen, die meisten davon in der Praxisbörse. Der größte Teil davon betrifft die Abgabe oder die Übernahme einer Einzelpraxis. Auch den Einstieg in Praxis- und Berufsausübungsgemeinschaften bieten Ärzte an.



Ihre Ansprechpartner

KV Nordrhein Consult
Oliver Pellarin
Tel.: 0211 5970 8127
1Fax: 0211 52800 8639
oliver.pellarin@kvno.de

Unter

www.kv-boerse.de

finden Sie den Partner Ihres Vertrauens.

Rundfunkgebühr für Praxis-PC ist rechters

Wer einen internetfähigen Computer in der Praxis einsetzt, muss dafür Rundfunkgebühren zahlen. Aber nur, wenn bislang noch kein Fernseher oder Radio angemeldet ist. Die Regelung bleibt voraussichtlich bis 2013 bestehen.

Nach jahrelangem Hin und Her bestätigte das Bundesverwaltungsgericht am 27. Oktober 2010 die Rundfunkgebühren für Praxis-Computer. Der 6. Senat wies die Klagen von zwei Rechtsanwälten und einem Studenten ab (Az. BVerwG 6 C 12.09, 6 C 17.09 und 6 C 21.09).

Die drei Kläger hatten betont, dass sie die Computer rein beruflich respektive für das Studium nutzen würden. Dass man mit ihnen auch Radio hören und fernsehen könne, sei eine aufgedrängte Leistung, die sie nicht gewünscht hätten und auch nicht nutzen.



Die obersten Verwaltungsrichter ließen dies nicht als Grund für eine Gebührenbefreiung gelten. Wer einen internetfähigen Computer besitzt, müsse 5,76 Euro monatlich an die Ge-

bühreneinzugszentrale (GEZ) entrichten. Damit bestätigten die Richter die seit 2007 geltende Regelung für internetfähige Computer.

Nicht alle PCs betroffen

Davon betroffen sind aber zum Glück nicht alle internetfähigen Praxis-PCs: Wer bereits ein Radio oder einen Fernseher bei der GEZ angemeldet hat, der braucht für seinen PC nichts zusätzlich zu zahlen. Denn dieser firmiert dann als „gebührenbefreites Zweitgerät“. Auch

wenn das Radio im beruflich genutzten Auto angemeldet ist, bleibt der Praxis-PC gebührenfrei. Das dürfte viele Ärzte freuen.

Ärgerlich dagegen ist, dass die Gebühr auch dann fällig wird, wenn der Computer in der Praxis gar nicht ans Internet angeschlossen ist. Denn die internetfähigen PCs gelten seit 2007 grundsätzlich als „neuartige Rundfunkgeräte“. Denn mit ihnen lassen sich zum Beispiel via Internet oder UMTS Radio- oder Fernsehprogramme in Form sogenannter Livestreams empfangen. Nach Ansicht des Bundesverwaltungsgerichts reicht es aus, wenn ein Gerät ohne großen technischen Aufwand zum Empfang öffentlich-rechtlicher Programme genutzt werden kann.

Pauschalgebühr ab 2013

Das Ende der geltenden Regelung ist abzusehen. Die Ministerpräsidenten der Länder haben sich auf ein neues Finanzierungsmodell für den öffentlich-rechtlichen Rundfunk geeinigt. Die Rundfunkgebühr wird demnach ab 2013 von einer auf Fernseh- oder Radiogeräte bezogenen Abgabe in eine pauschale Abgabe pro Haushalt umgewandelt, die bei knapp 18 Euro liegen soll.

Damit wären alle Empfangsgeräte wie Radio, Fernseher, PC oder auch das Autoradio abgedeckt. Unternehmen sollen je Betriebsstätte zahlen, gestaffelt nach der Zahl der Mitarbeiter. Kleinbetriebe mit nicht mehr als acht Mitarbeitern sollen nur einen ermäßigten Satz von einem Drittel des regulären Rundfunkbeitrags zahlen. Der Reform müssen allerdings noch die 16 Landtage zustimmen.

Mehr Infos beim unter www.bverwg.de [W101226](#)

Bundesweit 11.000 D2D-Anwender – die meisten aus Nordrhein

Exakt 10.865 Ärzte und Psychotherapeuten bundesweit nutzten im Oktober 2010 die Telematik-Plattform D2D. „Die Schwelle von 11.000 Anwendern dürften wir im Laufe des November überschreiten“, sagt Gilbert Mohr, Leiter der Abteilung IT in der Arztpraxis der KV Nordrhein.

Gut 30 Prozent der D2D-User sind im Rheinland zu Hause. Es folgen Bayern (20 Prozent), Baden-Württemberg (17,5 Prozent) und Bremen (11,5 Prozent). Die Hansestadt an der Weser weist die größte D2D-Dichte auf: Rund 60 Prozent der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten verfügen über einen D2D-Anschluss.

Am stärksten nutzen Praxen DALE-UV, also die Abrechnung mit den Berufsgenossenschaften. 325.000 Transaktionen finden im Monat statt. Auf Platz zwei folgt

eDMP, für das im Schnitt mehr als 10.000 D2D-Nachrichten monatlich generiert werden.

Zunehmend nutzen Praxen die KV-Anwendungen via D2D: die Online-Abrechnung, die Koloskopie-Dokumentation und das elektronische Hautkrebs-Screening. Hier sind es zurzeit bundesweit etwa 10.000 Sendungen je Quartal. Zudem werden mit D2D mehr als 15.000 elektronische Arztbriefe pro Jahr verschickt.

Mehr Infos unter www.d2d.de



Noch auf Lager: „Vorsorge-Checker“ für Ihre Praxis

Prävention lohnt sich. Denn die Leistungen werden mit festem Punktwert außerhalb der Regelleistungsvolumen bezahlt. Der Flyer „Vorsorge-Checker“ informiert über die Vorsorge- und Früherkennungsangebote in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Flyer bietet einen guten Anlass, mit dem Patienten über das Thema ins Gespräch zu kommen. Die Patienten sehen auf einen Blick, wann und in welchen Abständen zum Beispiel Impfungen anstehen. In dem Flyer kann die Praxis auch direkt die nächsten Termine eintragen.

Im Juni hat die KV Nordrhein allen Praxen Exemplare des Flyers geschickt. Wer möchte, kann nun nachbestellen bei:

KV Nordrhein
Bezirksstelle Köln
Telefax 0221 7763 6266
E-Mail bestellung.koeln@kvno.de

Eine Kopiervorlage mit den Früherkennungsuntersuchungen und ein Muster für die Einverständniserklärung des Patienten für Erinnerungen an Vorsorgeuntersuchungen finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KV101227](#)



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.



**Der Vorsorge-
Checker**

**Ihr persönliches
Präventionsprogramm**

Was kostet die Übernahme einer Arztpraxis?

Eine eigene Praxis ist immer noch die beliebteste Gründungsform von Ärzten in Deutschland. Dies ist ein Ergebnis der „Existenzgründungsanalyse“, die die Apotheker- und Ärztebank und das Zentralinstitut für die kasernenärztliche Versorgung durchgeführt haben. Fast 53 Prozent der Gründer in den alten Bundesländern entschieden sich 2008/2009 für eine Einzelpraxis, in den neuen Bundesländern waren es sogar drei Viertel der neu Niedergelassenen. Trotz geringer Inflation: In den alten Bundesländern wird eine Neugründung oder Über-

nahme einer Praxis immer teurer. Die Übernahme einer Hausarztpraxis kostete in den Jahren 2008/2009 rund 162.000 Euro, in den Jahren 2004/2005 waren es nur 142.000 Euro.

Ganz anders sieht es in den neuen Bundesländern aus. Dort sind die Preise gesunken! 2008/2009 zahlten Ärzte für eine Übernahme 108.000 Euro. Das sind 10.000 Euro weniger als sie 2004/2005 finanzieren mussten. Die Übernahme einer Praxis ist in den östlichen Ländern derzeit also ein Drittel günstiger. Doch auch die relativ günstigen Einstiegspreise ziehen nur wenige junge Ärzte an.

Der Preis für die Übernahme einer Praxis setzt sich aus dem Übernahmepreis (Substanzwert plus Goodwill), den Praxisinvestitionen (medizinisch-technische Geräte, Einrichtung und Baukosten) zusammen und einem Betriebsmittelkredit.

Mehr Infos unter www.apobank.de [KV101228](http://www.kv101228.de)

Finanzierungsvolumina bei Einzelpraxisübernahmen (Hausärzte)

Alte Bundesländer		Neue Bundesländer	
in Tsd. Euro		in Tsd. Euro	
	2008/2009		2008/2009
Substanzwert	28	Substanzwert	18
+ Preis für Goodwill	38	+ Preis für Goodwill	28
+ Übernahmepreis	74	+ Übernahmepreis	46
+ Med. techn. Geräte, Einrichtung	33	+ Med. techn. Geräte, Einrichtung	30
+ Bau- / Umbaukosten	8	+ Bau- / Umbaukosten	6
+ Praxisinvestitionen	123	+ Praxisinvestitionen	82
+ Betriebsmittelkredit	37	+ Betriebsmittelkredit	26
Finanzierungsvolumen	162	Finanzierungsvolumen	108

Qualitätszirkel-Neugründungen

Thema Psychotherapie – Verhaltenstherapie
Kontakt Dipl.-Psych. Tomris Grisard
 Telefon 0221 554 113
E-Mail psychologische.praxis@web.de
Termin alle sechs bis acht Wochen freitags nachmittags
Ort Köln-Ehrenfeld

Thema Verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie
Kontakt Dipl.-Psych. Stefan Marmann
 Breidenplatz 3-5
 40627 Düsseldorf
 Telefon 0211 204 111
 Telefax 0211 2550 641
Termin nach Vereinbarung
Ort Düsseldorf

Thema Ausgewählte Kapitel aus Psychotherapie, Psychologie und Medizin
Kontakt Dipl.-Psych. Dobrina Turowski
 Nonnenwerthstraße 59
 50973 Köln
 Telefon 0221 5103 358
Termin mittwochs 19 Uhr alle sechs bis acht Wochen
Ort Köln-Sülz

Thema Hämato-Onkologie Köln-Rhein-Erft
Kontakt PD Dr. Roland Schnell
 Kölner Straße 9
 50226 Frechen
 Telefon 02234 99 95 90
 Telefax 02234 999 59 25
Termin jeden ersten Mittwoch des letzten Quartalsmonats
Ort Frechen

Thema Homöopathie
Kontakt Dr. Ulrich Buck
 Altenessener Straße 68
 45141 Essen
 Telefon 0201 314672
Termin viermal jährlich
Ort Essen

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

KBV-Versorgungsmesse im Mai 2011: Sektorübergreifende Innovationen

Die zweite Versorgungsmesse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) findet vom 3. bis 5. Mai 2011 in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften statt. Schwerpunktthema der Veranstaltung ist die sektorenübergreifende Versorgungsorganisation.

Die eigentliche „Messe“, bei der sich Ärzte und Projektträger an Informationsständen mit ihren Versorgungsprojekten präsentieren, findet am 4. Mai statt. An diesem Tag gibt es auch eine Podiumsdiskussion zum Thema sektorenübergreifende Versorgungsorganisation.

Die Ausstellung wird umrahmt von zwei Veranstaltungstagen mit Workshops, Vorträgen und Foren: So werden am 3. Mai gezielt Nachwuchsmediziner mit dem Thema „Zukunftsperspektive Praxis“ angesprochen. Darüber hinaus steht der Einsatz elektronischer Medien und von Callcentern (zum Beispiel für Informations- oder

Recalldienste) als Instrumente des Versorgungsmanagements im Fokus. Am 5. Mai steht das Thema der sektorenübergreifenden kleinräumigen Versorgungsanalyse auf der Tagesordnung. Dazu findet eine Fachtagung der Medizingeografen statt. Angeboten werden auch Workshops zu Kooperationsstrukturen und -formen.

Wer sich mit einem Projekt der sektorenübergreifenden Versorgungsorganisation als Aussteller beteiligen möchte, kann sich bis 31. Januar 2011 für die Messeteilnahme bewerben.

Mehr Infos unter www.versorgungsmesse.net



The banner features the KBV logo on the left, a central text block, and a network diagram on the right. The text block includes a deadline notice: 'BEWERBUNGSSCHLUSS FÜR AUSSTELLER: 31. JANUAR 2011'. The main title is 'KBV Messe Versorgungsinnovation 2011'. The bottom of the banner contains the dates '3. BIS 5. MAI 2011 BERLIN' and the website 'WWW.VERSORGUNGSMESSE.NET'. The network diagram shows stylized human figures connected by lines, with one figure running towards the center.

Dr. Dr. Manfred Hagedorn gestorben



Im Alter von 81 Jahren verstarb im November der Bonner Allgemeinmediziner Dr. med. Dr. jur. Manfred Hagedorn. Drei Jahrzehnte vertrat er die Interessen der nordrheinischen Ärzteschaft auf Landesebene in der Vertreterversammlung und im Vorstand der KV Nordrhein, in der Kammerversammlung, im Vorstand der Ärztekammer Nordrhein und in den Kreisstellen Bonn im Vorstand beider Körperschaften. Mehrere Jahre führte er den Vorsitz der Kreisstelle Bonn der KV und der Be-

zirksstelle Bonn der Ärztekammer. Er war Mitglied in zahlreichen Ausschüssen und initiierte die KV-Teilnahme an der Medica Baden-Baden. Geprägt von seiner juristischen Ausbildung führte er zahlreiche Rechtsstreitigkeiten bis hin zu Verfassungsbeschwerden zum Morbiditätsrisiko, zum Arzneimittelbudget und zur Altersgrenze von 68 Jahren für Vertragsärzte. Darüber hinaus initiierte er die Beantragung von Gutachten, um diese in geeigneten Verfahren einbringen zu können.

Wer trägt wie viel zum Praxisumsatz bei?

Seit Oktober 2010 können Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren das neue Serviceangebot der KV Nordrhein nutzen: die differenzierte Honorarauswertung. Die Nachfrage ist groß: über 100 Praxen haben sich bereits angemeldet.

Die teilnehmenden Praxen erhalten einen zuverlässigen Überblick über den Beitrag jedes einzelnen Mitglieds zum Gesamthonorar der Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ). Die hohe Zahl der Interessenten zum Start zeigt, dass es Bedarf für eine derartige Aufschlüsselung der Abrechnung gibt.

Die ersten Reaktionen belegen, dass der neue Dienst bei den Praxen gut ankommt. Dr. Georg Medawar, Orthopäde aus Gummersbach, findet „die differenzierte Honorarauswertung sehr informativ, transparent und damit für unsere überörtliche BAG sehr wertvoll“. Ähnlich sieht es auch der Krefelder Gynäkologe Dr. Adrian Flohr, der sich

für seine überörtliche BAG sogar noch mehr Auswertungsmöglichkeiten wünscht.

Folgende Daten liefert die differenzierte Honorarauswertung:

- **Anteil am Gesamthonorar:** je Leistungserbringer und -ort für Vertragskassen, Besondere und Sonstige Kostenträger
- **Leistungsspektrum nach EBM-Kapiteln:** in Punkten nach EBM-Kapiteln sortiert, außerdem der Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf je Leistungserbringer und Betriebsstätte
- **Anteile am Leistungsbedarf:** Verteilung des Leistungsbedarfs (ohne Sachkosten) in Punkten und der Leistungsbedarf (inklusive Sachkosten) in Euro. Die Darstellung differenziert nach Leistungserbringer und -ort
- **Leistungsspektrum nach Gebührenordnungspositionen:** Anteil am Leistungsbedarf je EBM-Nummer in Punkten und der Anteil am Gesamt-Leistungsbedarf je Leistungserbringer und -ort
- **Fallwerte:** Anzahl der Behandlungsfälle und der durchschnittliche Leistungsbedarf je Behandlungsfall
- **Höhe der Praxisgebühreinnahmen:** Anteile an den Praxisgebühreinnahmen je Leistungserbringer

Die Auswertungen stehen rückwirkend ab dem ersten Quartal 2010 und je Betriebsstätte bereit. Die Honorarbescheide, die sich auf die gesamte BAG oder das MVZ beziehen, bleiben von der Auswertung unberührt. Die

Infos

Für inhaltliche Fragen zur differenzierten Honorarauswertung wenden Sie sich bitte an:

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

Mit Fragen zur Anmeldung und Einverständniserklärung wenden Sie sich bitte an:

KV Nordrhein Consult
Oliver Pellarin
Telefon 0211 5970 8127
Telefax 0211 52800 8639
E-Mail oliver.pellarin@kvno.de

Analysen stellen lediglich ergänzende Informationen dar. Die Beteiligten entscheiden, in welcher Form diese Informationen genutzt werden. Sie könnten zum Beispiel als Grundlage für die interne Honorarverteilung dienen.

Alle Partner müssen zustimmen

Zwei Bedingungen müssen die Praxen erfüllen: Erstens muss die Praxis insgesamt oder mindestens ein Arzt im KVNO-Portal angemeldet sein. Und zweitens muss eine von allen Beteiligten unterschriebene Einverständniserklärung vorgelegt werden. Nur dann erfolgt eine Freischaltung der Praxis für diesen Dienst.

So läuft das Verfahren ab: Sie bekunden Ihr Interesse an der differenzierten Honorarauswertung formlos per E-Mail, Fax oder Brief gegenüber der KV Nordrhein Consult.

Sie erhalten anschließend die Einverständniserklärung zugeschickt. Sobald die Unterschriften aller Beteiligten vorliegen, wird die differenzierte Honorarauswertung für alle Mitglieder der BAG oder des MVZ freigeschaltet.

50 bis 150 Euro pro Quartal

Das Angebot ist auf Grund des zusätzlichen Verwaltungs- und Programmieraufwandes kostenpflichtig. Pro BAG oder MVZ und Quartal kostet es 50 Euro bei bis zu fünf Ärzten, 100 Euro bei sechs bis zehn Ärzten und 150 Euro bei mehr als zehn Ärzten.

Die KV Nordrhein plant, die differenzierte Honorarauswertung noch zu erweitern. Zwei zusätzliche Funktionen sind bereits in Arbeit: eine Druckfunktion und die Option, die Praxisdaten als Excel-Tabelle zu speichern.



Auch optisch gefällig: Darstellung der Anteile je Arzt am Gesamthonorar. Auch die anderen Auswertungen gibt es in Form von Zahlen und Grafiken.

Leistungen im Notfalldienst richtig abrechnen

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im November standen Fragen zur Abrechnung im organisierten Notfalldienst im Mittelpunkt.

Welche Leistungen sind im organisierten Notfalldienst abrechenbar?

Grundsätzlich sind im organisierten Notfalldienst nur die Leistungen der Erstversorgung abrechnungsfähig. Dazu gehören die Notfallpauschalen, Hausbesuche und Wegegelder.

Notfallpauschalen: Für den ersten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt rechnen Sie immer die EBM-Nummer 01210 ab – unabhängig von Tageszeit oder Wochentag.

Kommt es zu einem weiteren Kontakt oder ruft Sie ein Patient im Notfalldienst an, so müssen Sie nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) Tageszeit und Wochentag beachten.

Rechnen Sie eine dieser drei EBM-Nummern ab:

- 01216: an Wochentagen zwischen 19 und 22 Uhr und an Wochenenden und Feiertagen zwischen 7 und 19 Uhr
- 01218: an Wochentagen zwischen 22 und 7 Uhr und an Wochenenden und Feiertagen zwischen 19 und 7 Uhr
- 01214: in allen anderen Zeiten des Notfalldienstes, zum Beispiel Mittwochnachmittags

Die richtige Bereitschaftspauschale (EBM-Nummern 01211, 01215, 01217 oder 01219) fügt die KV Nordrhein automatisch hinzu.

Hausbesuche: Machen Sie im organisierten Notfalldienst einen Hausbesuch, rechnen Sie diesen unabhängig vom Wochentag ab:

- zwischen 7 und 19 Uhr mit der Nummer 01411
- zwischen 19 und 7 Uhr mit der Nummer 01411N EBM

Wegegeld: Bitte tragen Sie die einfache Entfernung (eine Wegstrecke) zwischen Ihrer Praxis und der Wohnung des Patienten in der Einheit Doppelkilometer (DKM) hinter dem Besuch in das dafür vorgesehene Feld des Datensatzes ein. Das gilt für alle Kassenarten.

Weitere Leistungen der Erstversorgung: Erforderliche Leistungen der Erstversorgung wie Infusionen können Sie zusätzlich zu den oben genannten Nummern eintragen. Im Notdienst nicht abrechenbar sind der funktionelle Ganzkörperstatus, die im Anhang 1 des EBM in der Spalte „GP“ (Grundpauschale) aufgeführten Leistungen sowie Beratungs-, Gesprächs- und Erörterungsleistungen.

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



www.kvno-portal.de

Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

- **Abrechnungsunterlagen** Greifen Sie bereits vor dem Versand auf die Abrechnungsunterlagen Ihrer Praxis zu. Auch die Unterlagen der vergangenen Quartale stehen für Sie online bereit.
- **Kennzahlen** Tabellarisch und grafisch aufbereitete Auswertungen aus der Honorarabrechnung; darunter Ihre Fallzahlen, Diagnosen und Ihr Leistungsspektrum – inklusive der Abweichungen vom Vergleichsgruppenschnitt.
- **Honorarauswertung** Als Partner in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines Medizinischen Versorgungszentrums können Sie (gegen Gebühr) den Anteil am Honorar, Leistungsbedarf und an den Behandlungsfällen je Mitglied abrufen. Aber nur, wenn alle Partner dem zustimmen.
- **eQualitätszirkel** Dieser Dienst unterstützt Moderatoren bei der Vor- und Nachbereitung von Qualitätszirkeln und

bietet für alle Teilnehmer eine elektronische Informations- und Kommunikationsplattform.

- **eDokumentationen** Geben Sie Ihre Dokumentation für das Hautkrebs-Screening oder zytologische Untersuchungen einfach online ein; das Senden auf Diskette oder CD entfällt.
- **Vordrucke** Alle Vordrucke, die Sie für die Praxis benötigen, können Sie rund um die Uhr online über das Portal bestellen.
- **Praxisdaten** Mit diesem Dienst können Sie Ihre Praxisdaten einsehen, prüfen und elektronisch ändern.

Das KVNO-Portal steht allen Mitgliedern der KV Nordrhein kostenlos zur Verfügung. Ihre Zugangsdaten erhalten Sie unter www.kvno-portal.de

Kontakt

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

www.kvno-portal.de 

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

Fax-Abruf-Nr.: 0211 59 70 - _ _ _ _

Zum Abruf wählen Sie bitte die Nummer des Dokumentes. Je nach Gerät müssen Sie vor oder nach dem Wählen die Abruf-Taste des Fax-Gerätes drücken. Da die Fax-Geräte je nach Hersteller unterschiedlich sein können, sind

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

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

Bezirksstellen der KV Nordrhein

7504	Bestellschein für Vordrucke	(2)
------	-----------------------------	-----

Bezirksstelle Düsseldorf

7500	Gesamtaufstellung – Zugelassene Ärzte	(4)
------	---------------------------------------	-----

7501	Gesamtaufstellung – Ermächtigte Ärzte	(4)
------	---------------------------------------	-----

7502	Gesamtaufstellung – Krankenhäuser	(4)
------	-----------------------------------	-----

Bezirksstelle Köln

7510	Gesamtaufstellung – Zugelassene Ärzte	(3)
------	---------------------------------------	-----

7511	Gesamtaufstellung – Ermächtigte Ärzte	(3)
------	---------------------------------------	-----

7512	Gesamtaufstellung – Krankenhäuser	(3)
------	-----------------------------------	-----

EDV/IT in der Arztpraxis

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

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

7525	D2D-Anmeldung	(8)
------	---------------	-----

7526	Merkblatt und Antragsunterlagen zur Blankoformularbedruckung	(6)
------	--	-----

7527	Merkblatt eKoloskopie-Dokumentation	(8)
------	-------------------------------------	-----

7528	Merkblatt: eDMP	(10)
------	-----------------	------

7529	Meldebogen für die IT-gestützte Quartalsabrechnung	(1)
------	--	-----

Pharmakotherapieberatung

7532	Patengeschützte Analogpräparate (Me-too-Liste 2011)	(2)
------	---	-----

7533	Praxisbesonderheiten 2011 – Arzneimittel (Symbolnummern)	(1)
------	--	-----

7534	Richtgrößen 2011 – Heilmittel	(1)
------	-------------------------------	-----

7536	Richtgrößen 2011 – Arzneimittel	(1)
------	---------------------------------	-----

7537	Die GKV-Arzneimittelschnellinformation (GAmSi)	(2)
------	--	-----

7538	Anfrage: Arznei-, Verband- oder Heilmittelverordnung oder Verordnungen des Sprechstundenbedarfs	(1)
------	---	-----

7539	Genehmigungsverzicht bei Heilmittel-Verordnungen außerhalb des Regelfalles	(2)
------	--	-----

7541	Praxisbesonderheiten 2011 – Heilmittel (Symbolnummern)	(2)
------	--	-----

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

Qualitätssicherung/Sicherstellung

7550	Bedarfsplanung	(4)
------	----------------	-----

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

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

7554	DMP Asthma/COPD: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
------	--	-----

7555	Ambulantes Operieren: Check-Liste	(9)
------	-----------------------------------	-----

7556	Anzeige über Beginn/Beendigung der Methadonsubstitution	(1)
------	---	-----

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

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

7560	Patientendokumentation zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger	(4)
------	--	-----

7561	Patientenerklärung zum Datenschutz / Abschluss	(2)
------	--	-----

7562	Patientenerklärung zum Datenschutz / Beginn	(2)
------	---	-----

7563	Patientenmerkblatt: Darmkrebs-Früherkennung	(3)
------	---	-----

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

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

7568	DMP KHK: Erklärung über die Praxisausstattung	(2)
------	---	-----

7569	DMP KHK: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
------	--	-----

Rechtsabteilung

7570	Kooperation mit pharmazeutischen Unternehmen	(4)
------	--	-----

7571	Praxisgebühr: Muster-Zahlungsaufforderung für Praxisgebühr	(1)
------	--	-----

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

Unternehmenskommunikation

7580	Anfahrtsbeschreibung zur KV Nordrhein	(2)
------	---------------------------------------	-----

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

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

Infomarkt der KV Nordrhein in Köln

Experten der KV Nordrhein beantworten ihre Fragen rund um den Praxisalltag: Sei es zu Arznei- und Heilmitteln, dem Einsatz von IT in der Praxis, zu Kooperationen mit

Selbsthilfegruppen und vielem mehr. Eine Anmeldung zum Infomarkt ist nicht nötig.

Termin: 12. Januar 2011, 15 bis 18 Uhr
Ort: Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein, Sedanstraße 10 – 16, 50668 Köln

Diagnostik des Mamma-Karzinoms

Anforderungen an die radiologische Diagnostik beim Mamma-Karzinom, an die Pathologen und die niedergelassenen Gynäkologen bei der Diagnostik des Mamma-Karzinoms sind die Themen der 50. Veranstaltung des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nord-

rhein (IQN) und der Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler. Anhand von Beispielen aus der Gutachterkommission werden die möglichen Besonderheiten und Fallstricke bei der Diagnose des Mamma-Karzinoms diskutiert.

Termin: 16. Februar 2011
Ort: Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

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

Tinnitus – Diagnostik und Therapie

Gemeinsam mit dem Tinnitus-Zentrum Düsseldorf/Krefeld bietet die KV Nordrhein die zertifizierte Fortbildungsveranstaltung „Tinnitus – Diagnostik und Therapie“ an.

Termin: 12. März 2011, 10 bis 13.30 Uhr
Ort: KV Nordrhein (Haus der Ärzteschaft), Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Zertifiziert: beantragt

Anmeldung
KV Nordrhein
Unternehmenskommunikation
Andrea Hof / Kristin Eckard
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon 0211 5970 8106/8281, Telefax 0211 5970 8100, E-Mail andrea.hof@kvno.de; kristin.eckard@kvno.de

Termine

■ 12.1.2011	Infomarkt der KV Nordrhein, Köln
12.1.2011	Ärztekammer Nordrhein: 1. Symposium für Vertragsärzte 2011, Düsseldorf
17.-28.1.2011	Kaiserin-Friedrich-Stiftung: „14. Wiedereinstiegskurs für Ärztinnen und Ärzte nach berufsfreiem Intervall“, Berlin
25.-26.2.2011	Kaiserin-Friedrich-Stiftung: „40. Symposium für Juristen und Ärzte“, Berlin
■ 2.3.2011	RP-Sprechstunde, 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
■ 26.3.2011	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 6.4.2011	Infomarkt der KV Nordrhein, Düsseldorf
30.4.-3.5.2011	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin: „117. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin“, Wiesbaden
■ 7.5.2011	5. Nordrheinischer Praxisbörsentag, Düsseldorf
11.-13.5.2011	WISO S.E. Consulting GmbH Berlin: „Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2011“, Berlin
■ 8.6.2011	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf

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

Betriebswirtschaftliche Beratung für die Praxis

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

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



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

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

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

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

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Redaktion:

Ruth Bahners (verantwortlich)
Frank Naundorf, Karin Hamacher

Redaktionsbeirat:

Dr. Peter Potthoff, Bernd Brautmeier, Ruth Bahners

Druck:

Echo Verlag, Köln

Satz:

BCS, Düsseldorf

Anschrift der Redaktion:

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

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

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

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 22 000

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.

■ Interview: Die Agenda des Vorstands

■ Praxen: Immer mehr Angestellte tätig

■ IQN: 50. Veranstaltung mit Gutachterkommission

■ DMP: Chroniker gut versorgt

**Die nächste Ausgabe von
KVNO aktuell erscheint
am 16. Februar 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 5070 8100

www.kvno.de



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.