

KVNO ■ aktuell

■ Schwerpunkt

Laumann im Interview

„Ich streite weiter für eine gerechtere Honorarverteilung“

■ Hintergrund

Noch 169 Kassen

Die Fusionswelle rollt weiter – bleiben 50 Krankenkassen übrig?

■ Aktuell

Vertrag mit der AOK

Extrabudgetäres Honorar für die Schizophrenie-Behandlung

■ Praxisinfo

Ab 1. April 2010

Honorar im Basistarif sinkt auf den 1,2 fachen GOÄ-Satz

■ Arzneimittel

Studienlage

ACE-Hemmer schneiden meist besser ab als Sartane

3

10



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Inhalt

- 1 Editorial

Schwerpunkt

- 2 Landesgesundheitsminister Karl-Josef Laumann im Interview: „Die Honorarverteilung ist ungerecht erfolgt“

Aktuell

- 7 Die Rundfunkgebühr für Praxiscomputer wackelt: Zahlen oder nicht zahlen? Das ist noch immer eine offene Frage
- 7 Tipps für den Kauf von Hard- und Software
- 8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten verbessern Vertrag zur Schizophrenie-Therapie

Berichte

- 16 Zahl der Kassen hat sich im vergangenen Jahrzehnt halbiert: Die Fusionitis der Krankenkassen
- 19 Qualitätsbericht der KV Nordrhein: Nordrheinische Praxen bürgen für Qualität
- 20 Organtransplantierte: Datenbank hilft bei der Suche nach erfahrenen Psychotherapeuten
- 21 Expertenkommission „Kinderschutz“ überreicht Abschlussbericht: Mehr Mittel für den Kinderschutz nötig
- 22 Gezielte Diagnostik dank lokaler Daten: Die Pollenfalle von Leverkusen

Service

- 24 Mehr als 10.000 Praxen nutzen D2D
- 24 Vorsorge-Koloskopie: Mehr Mut, Männer!
- 25 SPD gegen Kopfpauschale – KV Nordrhein für Honorargerechtigkeit
- 25 Cave: Fragwürdiges Forschungsprojekt der Firma I-Motion
- 26 Aktuelle Fragen und Antworten an die Serviceteams: Der Weg zum BtM-Rezept
- 27 Fax-Abruf

Praxisinfo

- 10 Honorarvereinbarung zum PKV-Basistarif ab 1. April 2010
- 10 Parenterale Ernährung – Vertrag mit der Barmer GEK
- 10 Ärzte für Psychiatrie und Neurologie (Doppelzulassung) und Nervenärzte: Wahlrecht für Arztgruppenzuordnung
- 10 Keine Praxisgebühr für „gut Dabei“-Teilnehmer der Knappschaft-Bahn-See
- 10 Meldeverfahren und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchungen U5 – U9
- 11 Regelwerksprotokolle im KVNO-Portal elektronisch einsehbar
- 11 Nummernverzeichnis der Mitglieder der KV Nordrhein auf CD
- 11 Cave: Methadon darf nicht in die Türkei mitgenommen werden

Arzneimittelinfo

- 12 Wer produziert das Anti-Marketing-Medikament?
- 13 Fragen und Antworten zum Sprechstundenbedarf
- 14 Gegenüber Sartanen sind ACE-Hemmer das Mittel der Wahl
- 15 Tamiflu-Umsatz steigt um 435 % – Experten bezweifeln Wirksamkeit



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

wieder konnten Sie in der Tagespresse lesen, dass die Honorarreform den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten einen ungeahnten Honorarzuwachs beschert haben soll. Für Nordrhein-Westfalen können wir wieder feststellen: Hier kommt so gut wie nichts davon an.

Denn das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung errechnete Umsatzplus für alle niedergelassenen Ärzte in Deutschland ist nur eine Seite der Medaille. Die andere ist – leider – die nach wie vor ungleiche Verteilung der zur Verfügung stehenden Honorare auf die einzelnen Regionen in Deutschland und die nicht zu leugnende Tatsache, dass die Reform auch viele Verlierer produziert hat.

Gerade die Ärztinnen und Ärzte in Nordrhein-Westfalen müssen die Erfolgsmeldungen aus Berlin als zynisch empfinden. Denn wir haben überwiegend die niedrigsten Fallwerte pro Patient. Mit anderen Worten: Für die Behandlung eines Patienten werden in anderen Bundesländern bis zu 35 Prozent mehr gezahlt. Die Forderung der nordrhein-westfälischen Ärzte ist klar: Die Honorarreform ist kein Erfolg, solange nicht Gerechtigkeit hergestellt wird.

Wie ungleich die Verteilung des Honorars ist, können wir inzwischen durch einen bundesweiten Vergleich in Euro und Cent belegen. Beispiele dafür finden Sie in dieser Ausgabe von KVNO aktuell.

Dabei bezahlt jeder Versicherte den gleichen Kassenbeitrag, gleichgültig ob er in Bremen, Hamburg, Erfurt oder in Dortmund oder Wuppertal wohnt. Dafür muss für die ambulante ärztliche Behandlung auch die gleiche Summe zur Verfügung stehen. Davon sind wir heute weiter denn je entfernt!

Solange für die ambulante medizinische Versorgung nicht ausreichend Mittel zur Verfügung stehen, wird der drohende Arztmangel sich zu einem ernsthaften Versorgungsproblem auswachsen. Auch dieser Zusammenhang wird in den nächsten Wochen deutlich zu betonen sein.

Dieser Meinung ist auch unser Landesgesundheitsminister Karl-Josef Laumann. Auch das können Sie in diesem Heft nachlesen. Er unterstützt unsere Forderung nach Gleichbehandlung entschieden, in Worten und mit Taten. Dazu gehört zum Beispiel ein gemeinsamer Besuch mit den Vorständen der nordrhein-westfälischen Kassenärztlichen Vereinigungen bei Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler. Denn: Das Problem wurde auf der Bundesebene angerichtet, dort muss es auch gelöst werden.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr KV-Vorstand

Dr. Peter Potthoff

Bernd Brautmeier

„Die Honorarverteilung ist ungerecht erfolgt“

Seit 2005 ist Karl-Josef Laumann Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Nordrhein-Westfalen. Im Interview blickt er auf die vergangenen Jahre zurück – und benennt die Aufgaben für die Zukunft.

Wenn Sie auf Ihre Amtszeit als Minister zurückblicken: Welche Entwicklungen sehen Sie positiv?

Ein besonderes Anliegen ist und war es mir immer, eine gute medizinische Versorgung der Menschen in unserem Land zu sichern. Gerade im ambulanten Bereich sind die Einflussmöglichkeiten der Landesregierung allerdings gering, da Bundesvorgaben kaum Spielraum lassen. Dennoch ist es gelungen, an der einen oder anderen Stelle durch Gespräche mit den Beteiligten Verbesserungen für die Patienten zu erzielen. Ich denke dabei zum Beispiel an die Heilmittelversorgung in Westfalen-Lippe. Hier sind auf unsere Initiative hin Vereinbarungen beispielsweise für die Be-

handlung behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder in Heilpädagogischen Kindergärten oder zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen erreicht worden, die den Negativtrend bei der Verordnung von Heilmitteln langsam umgekehrt haben. Dies hilft gerade den betroffenen Kindern und ihren Eltern – darüber bin ich froh.

Wir haben auch an anderer Stelle, nämlich da, wo wir selbst gestalten können, im stationären Bereich gezeigt, dass sich die ideologischen Gräben zwischen Monistik und dualer Krankenhausfinanzierung überwinden lassen, indem wir eine neue Baupauschale eingeführt haben. Eine flexible, transparente und leistungsorientierte Investitionsförderung ist damit möglich, ohne dass die Länder deshalb ihre Letztverantwortung für die Krankenhausplanung aufgeben müssen.

Die ungerechten Unterschiede bei den Basisfallwerten der Länder haben wir zwar nicht ganz abschaffen können, aber zumindest auf einen Korridor um den Bundesdurchschnitt begrenzt. Für die Krankenhäuser in NRW bedeutet das aus heutiger Sicht ein Plus von am Ende 175 Millionen Euro. Das macht mich nicht zufrieden, ist aber besser als die Situation vorher.

Mit unserer Entscheidung, den Gesundheitscampus NRW zu errichten, haben wir einen konsequenten Schritt in Richtung Zukunft getan. Hier werden Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammengeführt, um gemeinsam für die Herausforderungen der Zukunft Lösungen zu erarbeiten. Der ganzheitliche Ansatz des Gesundheitscampus NRW ist deutschlandweit einzigartig und ein Alleinstellungsmerkmal für NRW.



Karl-Josef Laumann (52) ist nicht nur Landesgesundheitsminister. Der Münsterländer ist gelernter Maschinenschlosser und hat viele Jahre in dem Beruf gearbeitet, ehe er 1990 Mitglied des Deutschen Bundestages wurde. Er gehört unter anderem dem Präsidium der CDU Deutschland an und ist Vorsitzender der Christlich Demokratischen Arbeitnehmerschaft (CDA). Laumann ist verheiratet und hat drei Kinder.

Und wo besteht der größte Handlungsbedarf? Welche Themen werden Sie anpacken, wenn Sie in der kommenden Legislaturperiode wieder Gesundheitsminister werden sollten?

Im Flächenland NRW wird auch weiterhin das Prinzip der wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung eine wichtige Rolle spielen. Im stationären Bereich ist es Aufgabe der Planungsbehörden, eine ausgewogene Mischung zwischen medizinisch und ökonomisch sinnvoller Schwerpunktbildung im Krankenhaus einerseits sowie der wohnortnahen stationären Versorgung mit Leistungen der Regelversorgung andererseits zu finden.

Um dies zu befördern und zu flankieren, überarbeiten wir gemeinsam mit dem Landesausschuss für Krankenhausplanung den Krankenhausplan grundlegend. Dies ist eines der wichtigsten Anliegen für die nächste Zukunft, in das auch ein Konzept zur zukunftsweisenden Psychiatrieplanung eingebunden werden wird.

Auch im ambulanten Bereich müssen wir uns der Aufgabe, eine wohnortnahe Versorgung auch in Zukunft zu sichern, stellen. Dieser Frage widme ich mich gerne. Wir brauchen dafür aber auch die Instrumente, um flexibel die unterschiedlichen Bedarfslagen in den Regionen anpacken zu können. Wir brauchen für die Vertragspartner im Land aber auch als Land selbst mehr Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten bei der Sicherstellung und Bedarfsplanung. So sinnvoll und zwingend eine bundesweite Rahmenvorgabe ist, so wenig hilfreich sind zentrale unflexible Vorgaben aus Berlin. Sie können nicht die besonderen Probleme in der Eifel oder im Sauerland lösen. Ich werde mich dafür stark machen, dass entsprechende Flexibilisierungsregelungen in der kommenden Gesundheitsreform geschaffen werden.

Ein weiteres Zukunftsthema wird sein, noch mehr in vernetzten Strukturen zu denken. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte kooperieren heute schon häufig mit Kol-

legen vor Ort, weil in der engen Zusammenarbeit viele Vorteile liegen. Deshalb werden wir Kooperationen auch sektoren-, professionen- und institutionenübergreifend weiter vorantreiben. Wir schaffen mit dem Gesundheitscampus NRW das dazu notwendige landesweite Netzwerk. So gelingt uns der Brückenschlag zwischen Versorgung, Wissenschaft und Wirtschaft, mit dem wir unsere Wettbewerbsposition ausbauen und stärken können – auch im internationalen Vergleich.

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind unzufrieden, weil ihre Honorare abrupt und deutlich unter den Bundesdurchschnitt gefallen sind. Was können Sie tun, um diese Ungerechtigkeit zu beseitigen?

Die Unzufriedenheit des einzelnen Arztes kann ich gut nachvollziehen. Die Vergütungsreform, die auch zu einer bundesweiten Annäherung der Honorare hätte führen sollen, hat längst nicht gehalten, was versprochen wurde. Das ist mehr als ärgerlich, gerade in NRW. Unsere Ärzte partizipieren nicht angemessen am bundeswei-

ten Honorarzuwachs. Die Honorarreform hat deutlich gemacht, dass hier in NRW deutlich weniger Geld für die Behandlung eines Versicherten zur Verfügung steht als in den anderen Ländern. Die Honorarverteilung ist ungerecht erfolgt. Die Schere in den ärztlichen Verdiensten zwischen den Bundesländern hat sich weiter geöffnet statt sich

„Wir müssen noch mehr in vernetzten Strukturen denken.“

zu schließen. Auswirkungen auf die Versorgung sind absehbar. Allerdings haben wir als Land auf die Honorarverteilung keinen direkten Einfluss, sie ist nämlich originäre Selbstverwaltungsaufgabe und folgt den Regeln der Bundesebene.

Aber da die niedergelassenen Haus- und Fachärzte für uns ein zentraler Bestandteil einer guten ambulanten Versorgung der Patientinnen und Patienten in NRW sind, nehmen wir ihre Sorgen mit Blick auf eine gute Versorgung selbstverständlich sehr ernst.

Schon in den beiden vergangenen Jahren habe ich mich deshalb persönlich auf der Bundesebene dafür stark gemacht, eine gerechte Verteilung der Finanzmittel zwischen den KV-Bezirken bzw. Bundesländern zu erreichen. Auch über den offiziellen Weg der Ländermitbestimmung, einen Antrag im Bundesrat, haben wir versucht, das Ruder rumzureißen. Leider, so muss ich sagen, bislang ohne nachhaltigen Erfolg. Es gestaltet sich leider immens schwierig, sich gegen die „Gewinner“ durchzusetzen, wenn diese verzichten müssen, damit es den Ärzten und der Versorgung in NRW besser geht. Da geht es uns als Land nicht anders als den Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW.

Allerdings hält mich auch der hartnäckigste Widerstand nicht davon ab, politisch weiterhin für eine gerechte Versorgung zu streiten. Ich nutze alle mir politisch zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, um die Bundespolitik und Selbstverwaltung auf Bundesebene davon zu überzeugen, dass dringend und zeitnah Korrekturen zu Gunsten NRWs und anderer benachteiligter Kassenärztlicher Vereinigungen zwingend sind.

Läuft das Aktionsprogramm „Hausärztliche Versorgung“ so wie Sie es sich wünschen?

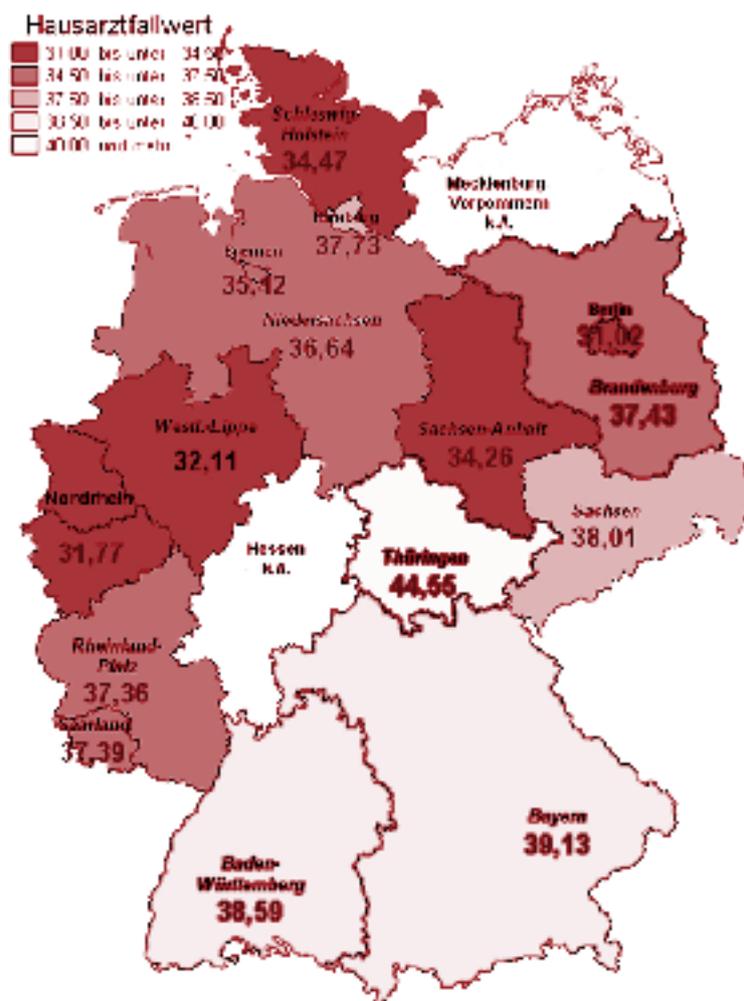
Ich bin sehr froh darüber, dass wir mit unserem Hausarztaktionsprogramm frühzeitig die Initiative ergriffen und mit einer Art Instrumentenkasten Ideen und Lösungsvorschläge entwickelt haben, um langfristig die hausärztliche Versorgung in allen Regionen NRWs sicherzustellen. Auch wenn die Sicherstellung originäre Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen ist, müssen bei diesem schwierigen Thema alle Beteiligten an einem Strang ziehen. Im Rahmen der Daseinsvorsorge des Landes fühlen wir uns daher ebenfalls verantwortlich.

Momentan ist mein Haus intensiv mit der finanziellen Niederlassungs- und Weiterbildungsförderung befasst. Bis zum ersten Antrags-Stichtag am 15. Dezember 2009

lagen uns 35 Anträge von Ärztinnen und Ärzten vor. Auch für den nächsten Stichtag am 15. März 2010 sind schon Anträge im Ministerium eingegangen. Ich hoffe, es läuft weiterhin gut. Noch sind Finanzmittel zur Unterstützung vorhanden und ich möchte diese gerne an den Mann und an die Frau bringen, um die wohnortnahe Versorgung auch in ländlichen Gebieten sicherer zu machen. Dabei können im Übrigen alle helfen, auch ideell. Beschreiben Sie den Beruf des niedergelassenen Arztes realistisch, aber reden Sie ihn nicht schlecht. Auch ich

Alarmstufe Rot beim Hausarzt-Fallwert

Der bundesweite Vergleich zeigt: Nur in Berlin ist der Fallwert niedriger. Gerade einmal 31,77 Euro beträgt der Fallwert der Allgemeinärzte und hausärztlich tätigen Internisten in Nordrhein im ersten Quartal 2010. Das sind 12,78 Euro (oder 28,7 Prozent) weniger als beim Spitzenreiter Thüringen.



weiß, dass 50.000 Euro als Starthilfe für eine Niederlassung nicht alle Probleme, vor allem nicht die strukturellen, lösen. Aber ich denke, das ist schon ein guter Anfang! Wir als Landesregierung tun das, was finanziell und im Rahmen unserer politischen Einflussnahme auf die Honorarentwicklung möglich ist. Mehr wäre sicherlich wünschenswert, ist zurzeit aber nicht realisierbar. Lassen Sie uns an einem Strang ziehen, und jeder da, wo er steht, die wohnortnahe hausärztliche Versorgung unterstützen.

Was erwarten Sie in diesem Zusammenhang von der ärztlichen Selbstverwaltung?

Das Hausarztaktionsprogramm wurde gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Ärztekammern und anderen Beteiligten in NRW entwickelt. Die Zusammenarbeit zwischen meinem Haus und den KVen und Kammern dazu funktioniert sehr gut. Ich wünsche mir, dass es weiter so läuft. Von den KVen erwarte ich auch, dass sie ihr Engagement für eine wohnortnahe Versorgung weiter steigern. Ich bitte, sich konstruktiv an der Weiterentwicklung unseres Programms zu beteiligen, die Versorgungssituation auch mit Blick auf übermorgen im Visier zu haben und ihrem Sicherstellungsauftrag eigenverantwortlich und engagiert nachzukommen.

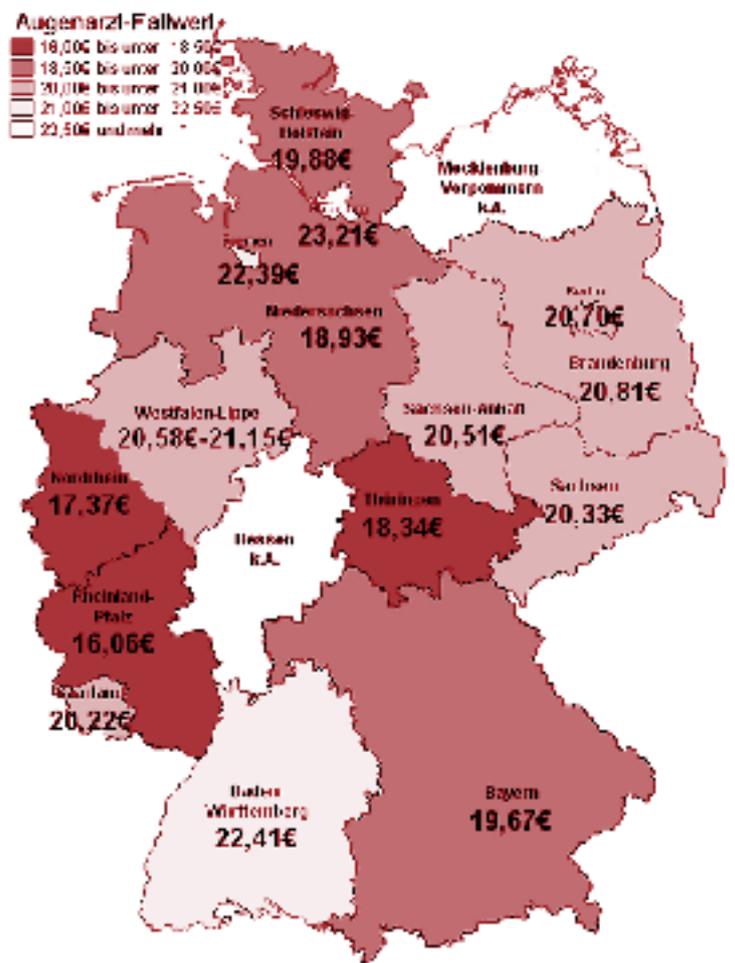
Aber auch von den Gemeinden und den niedergelassenen Ärzten erwarte ich Unterstützung. Auch sie sollten sich einbringen und kreative Ideen entwickeln, um die Versorgung vor Ort sicherzustellen bzw. weiterzuentwickeln. Denn sie sind es, die die Situationen konkret am besten kennen, wissen wo es fehlt und was machbar und sinnvoll ist.

Wie ist Ihr Verhältnis zu Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler?

Ich habe Herrn Dr. Rösler als offenen und authentischen Menschen und Politiker kennen gelernt. Für das aus meiner Sicht schwierigste Amt innerhalb der Bundesregierung wünsche ich ihm aufrichtig alles Gute und hoffe, dass er sich im sprichwörtlichen Haifischbecken durchsetzen kann. Ich setze sehr darauf, dass die Länderinteressen bei ihm mehr Gehör finden als bei seiner Vorgängerin.

Wie stehen Sie zu der Kopfpauschale, die Rösler favorisiert?

Für mich steht es außer Frage, dass wir uns Gedanken darüber machen müssen, wie wir die steigenden Gesundheitsausgaben in Zukunft finanzieren können und wollen. Die bisherige Anknüpfung an das Arbeits-einkommen führt zu einer problematischen Abhän-



Augenärzte in Nordrhein abgehängt

Mit 17,37 Euro Fallwert im ersten Quartal 2010 sind die Augenärzte in Nordrhein (fast) am Ende der Skala. Lediglich in Rheinland-Pfalz liegt der Wert noch niedriger. Die Kollegen in Hamburg erhalten pro Fall 5,84 Euro mehr.

gigkeit der Beitragseinnahmen von der aktuellen Wirtschaftslage und verteuert bei steigendem Beitragssatz den Faktor Arbeit. Letzteres hat in der Vergangenheit mit zu Budgetierungen und Kostendämpfungsmaßnahmen beigetragen. Die gehen zunehmend zu Lasten der Versorgungsqualität. Es ist daher keineswegs von vornherein unsozial, wenn über andere Finanzierungsmodelle für eine solidarische Gesundheitsabsicherung nachgedacht wird.

Muss Solidarität mit Kranken und Älteren oder mit Menschen mit einem geringeren Einkommen wie bislang allein von den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung gelebt werden?

Privatversicherte und Beamte bleiben bei einer solchen Definition von Solidarität außen vor. Auch Menschen, die wie ich mehr als die Beitragsbemessungsgrenze von 3.750 Euro verdienen, beteiligen sich finanziell nicht so stark, wie sie es könnten. Wird Solidarität als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, können durch das Einsetzen weiterer Steuergelder alle Steuerzahler entsprechend ihrer gesamten Leistungsfähigkeit beteiligt werden. Damit würden Risiken und Belastungen auf mehr und breitere Schultern verteilt.

Eine einkommensunabhängige Gestaltung von Krankenkassenbeiträgen geht meiner festen Überzeugung nach nur in Verbindung mit einem ausreichenden und einfach zu handhabenden Sozialausgleich. Kein Mensch darf durch einen einkommensunabhängigen Beitrag überfordert werden. Ob und wie dieser Weg gegangen werden kann, muss jetzt zunächst Bundesgesundheitsminister

Dr. Rösler und seine Regierungskommission beantworten. Ich bin mir sicher, dass es diesen Weg nicht geben wird, wenn es auf diese Fragen keine überzeugenden Antworten gibt.

Sie unterstützen die Telematik, besonders die elektronische Vernetzung der Gesundheitsberufe. Was sind die nächsten Ziele?

Die flächendeckende Vernetzung von über 80.000 Ärzten und Zahnärzten, 400 Krankenhäusern und 4.700 Apotheken in NRW ist eine große Herausforderung und Voraussetzung für die Modernisierung des Gesundheitssystems.

Nach der Ausstattung der Leistungserbringer mit modernen Lesegeräten kann die elektronische Gesundheitskarte durch die Krankenkassen in Nordrhein ausgegeben werden. Es folgen, abhängig von den Ergebnissen der

Bestandsaufnahme auf Bundesebene, die Online-Tests mit zunächst 10.000 Versicherten in der Testregion Bochum-Essen und schließlich der Masstest in Essen. Vor allem der elektronische Arztbrief ist eine der Anwendungen, die mir besonders am Herzen liegt. Ich darf daran erinnern, dass in NRW der erste elektronische Arztausweis ausgegeben wurde, mit dem der Arztbrief rechtsgültig signiert werden muss.

Damit der Aufbau einer Telematikinfrastruktur gelingen kann, braucht er vor allem die Unterstützung der Leistungserbringer. Ich habe deshalb die

Gründung eines Ärztlichen Beirats angeregt, der diesen Aufbau begleiten und Empfehlungen an die Organe der Selbstverwaltung und die Politik aussprechen soll.

„Es ist daher keineswegs von vornherein unsozial, wenn über andere Finanzierungsmodelle für eine solidarische Gesundheitsabsicherung nachgedacht wird.“

Das ist noch immer eine offene Frage

Ob die GEZ-Gebühr für internetfähige Computer in Arztpraxen gezahlt werden muss, ist noch nicht endgültig entschieden. Bei zwei Verwaltungsgerichten sind die Sender jüngst abgeblitzt.

Auf dem Praxis-PC von Dr. Ute Bartz ist noch nie ein Film gelaufen. Auch den Staumeldungen hat die Humangenetikerin und Psychotherapeutin nicht zugehört, während sie mit ihren Patienten spricht oder Berichte schreibt. Trotzdem soll sie nach dem Willen der Gebühreneinzugszentrale der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten (GEZ) 5,76 Euro monatlich zahlen.

Seit 2007 hält die GEZ ihre Hand auch für „neuartige Rundfunkempfangsgeräte“ auf, weil mit ihnen Radio oder Fernsehen über das Internet empfangen werden könne. Betroffen sind PCs und Handys, mit denen via Internet oder UMTS Hörfunk- oder Fernsehprogramme zu empfangen sind – und zwar auch dann, wenn der Rechner gar nicht ans Internet angeschlossen ist. Allein das „Bereithalten“ zählt, bestimmt der Rundfunkstaatsvertrag. Doch ob dessen neue Regelung auch alle Praxen trifft, war von Anfang an umstritten.

Diagnosecodes statt Fernsehsoaps

Für Ärztinnen und Ärzte ist die Gebühr ein Ärgernis. Denn in den Praxen zeigen die Bildschirme Diagnosecodes, Dokumentationen und Fachartikel – aber keine Soaps, Nachrichten oder Unterhaltungsmusik. Zahlen sollen die Praxen nach Ansicht der öffentlich-rechtlichen Sender trotzdem. Kein Wunder, denn die profitieren von den Gebühren.

Der Unmut bei Bartz ist groß: „Es ist geradezu absurd, von uns Ärzten einerseits zu verlangen, die Abrechnung elektronisch zu erstellen und auf der anderen Seite für den dafür nötigen PC Gebühren zu zahlen.“ Sie kann nicht nachvollziehen, dass sie für ein Gerät zahlen soll, das sie nicht zum Fernsehen oder

Radiohören nutzt. „Mit der gleichen Logik ließe sich auch die Strafverfolgung von Besitzern elektronischer Wecker begründen, weil sie daraus Zeitzünder für Bomben bauen könnten.“ Eine Einzugsermächtigung für die Gebühr hat die 48-jährige Düsseldorferin der GEZ in Köln verweigert. Sie zahlt bislang nur unter Vorbehalt.



Gerichte geben Klägern recht

Die jüngsten Urteile geben ihr dafür Rückenwind. So hat das Verwaltungsgericht Gießen in zwei Fällen Bescheide des Hessischen Rundfunks aufgehoben. Die Richter stellten fest: Allein durch den Besitz eines internetfähigen PCs sei nicht davon auszugehen, dass die Geräte auch für den Rundfunkempfang genutzt werden (Az. 9 K 305/09 und 9 K 3977/09).

Bereits im Juli 2008 hatte das Verwaltungsgericht Koblenz entschieden, dass ein Rechtsanwalt für den internetfähigen PC in seiner Kanzlei keine Gebühr zahlen müsse. Denn aus dem bloßen Besitz eines internetfähigen PCs könne nicht auf ein Bereithalten zum Radiohören geschlossen werden. Dies gelte nach Ansicht der Koblenzer Richter besonders für Rechner in Geschäfts- und Kanzleiräumen.

Tipp: Wenn Sie in Ihrer Praxis bereits ein Radio oder einen Fernseher bei der GEZ gemeldet haben, dann brauchen Sie für einen internetfähigen PC nichts zusätzlich zu zahlen. Denn dieser firmiert dann als „gebührenbefreites Zweitgerät“.

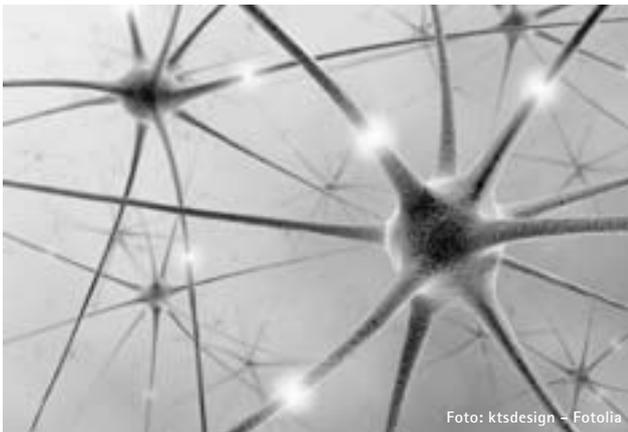
Mehr Infos unter www.gez.de [KW100306](#)

Vertrag zur Schizophrenie-Therapie

Eine bessere Versorgung von Patienten mit Schizophrenie wollen die KV Nordrhein und die AOK Rheinland/Hamburg erreichen. Die Vergütung ist extrabudgetär. Erstmals fließen Einsparungen aus Rabattverträgen an die Ärzte zurück.

Die Patienten stärker in den Behandlungsprozess einzubeziehen, eine bessere Therapietreue zu erreichen und Krankenhauseinweisungen zu vermeiden – das ist die Absicht der Vertragspartner. Rund 20.000 Versicherte der Kasse leiden nach Angaben von Cornelia Prüfer-Storcks, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg, unter Schizophrenie. „Allein die Kosten für die stationäre Behandlung und Arzneimittel belaufen sich auf rund 100 Millionen Euro pro Jahr“.

Die Förderung einer kontinuierlichen Therapie könne das Risiko eines Krankheitsrezidivs um bis zu zwei Drittel verringern, glaubt Prüfer-Storcks. Dafür sind jedoch finanzielle Anreize nötig. Die biete der Add-on-Vertrag, den die KV Nordrhein und die AOK Rheinland-Hamburg geschlossen haben.



Die nicht-medikamentöse Therapie soll die medikamentöse unterstützen; Ärzte erhalten dafür mehr Honorar. Während einer schizophrenen Psychose kommt es zu biochemischen Veränderungen im Gehirn. Ein Teil der Nervenzellen, die Dopamin als Neurotransmitter verwenden, sind in der Psychose überaktiv, andere unteraktiv. Dagegen helfen Neuroleptika.

Zusätzliches Honorar

Die Vergütung erhalten teilnehmende Neurologen und Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zusätzlich zum Regelleistungsvolumen. Das sind zum Beispiel fünf Euro für das Einbeziehen von Patienten in therapeutische Entscheidungen, zehn Euro für die Einschreibung oder 20 Euro pro Patient in einer Gruppeneidung.

Das Geld stammt aus Einsparungen, die die AOK durch einen Rabattvertrag erzielt. Mit dieser Konstruktion betreten die Vertragspartner Neuland. Erstmals fließt Geld aus den Einsparungen, die die Kassen durch einen Rabattvertrag erzielen, direkt in die Patientenversorgung. „Wir wollen, dass mehr Geld in der ärztlichen Versorgung ankommt“, sagte Prüfer-Storcks auf einer Info-Veranstaltung zu dem Schizophrenie-Vertrag. Das Honorar erhielten die Ärzte aber „absolut unabhängig von den verordneten Präparaten“.

Die Möglichkeit, durch den Vertrag zusätzliches Honorar zu erzielen, begrüßte Dr. Christian Raida, Psychiater und Vorstandsvorsitzender des Zentrums für Neurologie und Seelische Gesundheit der Region Köln. „Neurologen und Psychiater haben in der Vergangenheit erhebliche Umsatzeinbußen erleiden müssen.“

Kooperatives Konzept

Das Versorgungskonzept setzt auf die Kombination einer medikamentösen Langzeitbehandlung mit wissenschaftlich anerkannten begleitenden Therapieangeboten, um die Rückfallrate zu reduzieren und die Lebensqualität der Patienten spürbar zu verbessern. „Mehr Wissen über ihre Erkrankung hilft Patienten, ihre persönliche

Situation besser einzuschätzen und fördert die Therapie. Dieses Konzept leistet Nervenärzten eine gute Hilfestellung, um die Versorgung der Schizophreniepatienten weiter zu verbessern“, so der Psychiater Raida.

Entwickelt wurde das Versorgungskonzept von der KV Nordrhein, der AOK Rheinland/Hamburg und dem Arzneimittelhersteller Janssen-Cilag in enger Kooperation mit Experten aus Klinik und Praxis. Und den Betroffenen selbst. „Durch die Zusammenarbeit vieler Kompetenzbereiche bei der Schizophreniebehandlung ist ein strukturiertes Versorgungsangebot entstanden“, erläuterte Hans Wormann, Mitglied der Geschäftsführung von Janssen-Cilag. Das unterstütze die Patienten bei der Bewältigung ihrer Erkrankung und die Ärzte bei ihrem Engagement für eine bessere Patientenbetreuung.

Evaluation ohne Dokumentation

Um zu prüfen, ob das neue Versorgungsangebot den Patienten tatsächlich hilft, wird das Projekt von Prof. Jürgen Wasem, Inhaber des Lehrstuhls für Medizin-

management an der Universität Duisburg-Essen, wissenschaftlich begleitet. Im Zentrum steht die Frage, ob die Zahl der Krankenhauseinweisungen und -aufenthalte der teilnehmenden Patienten geringer ist als im Vergleich mit Nicht-Teilnehmern.

„Die Definition eines anhand von Routinedaten messbaren Parameters wie der Anzahl der Einweisungen ist unbedingt erforderlich, um die angestrebte Verbesserung der Versorgung auch wissenschaftlich zu überprüfen und zu belegen“, sagte Wasem. So ließen sich auch Aussagen treffen, welche Versorgungsangebote sinnvoll sind und gegebenenfalls in eine Regelversorgung aufgenommen werden sollten.

Der Dokumentationsaufwand der Ärzte ist gleich null, betonte Wasem. Alle erforderlichen Daten für die Evaluation stellten die AOK Rheinland-Hamburg und die KV Nordrhein anonymisiert zur Verfügung. Die Praxen können sich auf die Behandlung konzentrieren.

Der Vertrag im Überblick

Konzept

Das aus verschiedenen Bausteinen bestehende Therapiekonzept soll den Betroffenen helfen, mehr über die Erkrankung Schizophrenie zu erfahren und angemessen damit umzugehen: Patienten erhalten fundiertes Wissen über die Erkrankung („Psychoedukation“), um im Dialog mit ihrem Arzt über ihre Therapie mitzuentcheiden („Shared Decision Making“).

Patienten

Voraussetzung für die Teilnahme ist eine stationäre Behandlung mit der Entlassungsdiagnose F20 innerhalb der vergangenen zwölf Monate. Der Versicherte erklärt seine Teilnahme auf einem Formular bei Ihnen in der Praxis. Die Teilnahme ist in der Regel auf ein Jahr befristet.

Ärzte

An dem Vertrag können Fachärzte für Nervenheilkunde oder Psychiatrie und Psychotherapie teilnehmen, wenn sie mindestens 20 Patienten (müssen keine AOK-Versicherten sein) mit der Behandlungsdiagnose F20 innerhalb eines Quartals in der Praxis behandelt haben. Eine Mindestteilnahmedauer besteht nicht.

Aufgaben

Die wesentliche Aufgabe der Ärzte besteht darin, Maßnahmen durchzuführen, die das Wissen um Ursachen, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankten und deren Angehörigen verbessern. Dies soll die Krankheitseinsicht und Bewältigungsstrategien der Patienten fördern, die Sie in die Behandlungsprozesse und Therapieentscheidungen einbeziehen sollen.

Vergütung

Die AOK Rheinland/Hamburg finanziert diesen Vertrag zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Im ersten Jahr der Teilnahme können Sie pro eingeschriebenem Patient eine extrabudgetäre Vergütung von bis zu 200 Euro erzielen. Für die Einschreibung und Aufklärung des Patienten, die Teilnahme an Gruppenedukationen, Verarbeitung von Follow-up-Maßnahmen sowie Adhärenz fördernde Vereinbarungen gibt es eigene Symbolnummern.

Mehr Informationen und den Vertragstext finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KV100309](#)

Honorarvereinbarung zum PKV-Basistarif ab 1. April 2010

Der PKV-Verband hat sich mit den Beihilfeträgern und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf eine Honorarvereinbarung ab 1. April 2010 für die bundesweit insgesamt ca. 12.000 versicherten Personen im PKV-Basistarif geeinigt. Grundlage für die Honorierung ambulanter ärztlicher und belegärztlicher Leistungen ist die GOÄ mit folgenden Vergütungsfaktoren:

Laboruntersuchungen nach Abschnitt M und die GOÄ-Nr. 437	Faktor 0,9
Leistungen Abschnitt A, E, und O	Faktor 1,0
Übrige Leistungen	Faktor 1,2

Bitte beachten Sie, dass im PKV-Basistarif nur Leistungen abgerechnet werden dürfen, die nach Art und Umfang mit den Kassenleistungen vergleichbar sind. Die Vereinbarung bezieht sich nur auf im Basistarif versicherte Personen und hat keine Gültigkeit für andere Tarife.

Weitere Infos finden Sie unter www.kbv.de im Internet. [KV100310](#)

Parenterale Ernährung – Vertrag mit der Barmer GEK

Der seit 2004 geltende Vertrag mit der Barmer über die parenterale Ernährung gilt jetzt auch für die ehemaligen GEK-Versicherten, die seit 1. Januar 2010 in der neuen Barmer GEK versichert sind.

Der Vertrag regelt den Bezug von

- Ernährungsinfusionen als Fertigarzneimittel
- Ernährungsinfusionen als Individualzubereitung und
- enterale Flüssigkeitszuführung nach den Arzneimittelrichtlinien.

Ziel des Vertrages ist es, die bisher individuell zubereiteten parenteralen Ernährungslösungen durch gleichwertige parenterale Fertigarzneimittel zu ersetzen. Gleichfalls sollen Patienten – wenn möglich – von parenterale auf enterale bzw. orale Flüssignahrung mit Diätetika oder auf normale krankheitsangepasste Ernährung ohne Rezeptierung umgestellt werden.

Für den zusätzlichen Aufwand für die Verwaltung und Koordinierung bei der Umstellung des Patienten kann ein Honorar von 75 bis 90 Euro je Quartal und Patient vergütet werden. Bitte rechnen Sie hierfür die Symbolnummern 90940 bzw. 90941 ab.

Weitergehende Informationen zu diesem Vertrag finden Sie unter www.kvno.de im Internet. [KV100310](#)

Ärzte für Psychiatrie und Neurologie (Doppelzulassung) und Nervenärzte: Wahlrecht für Arztgruppenzuordnung

Nach einem Beschluss des Vorstands der KV Nordrhein können Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie (Doppelzulassung) und Nervenärzte eine Arztgruppenzuordnung beantragen. Nervenärzte und Ärzte für Neurologie und Psychiatrie, die sich dafür entscheiden, entweder den Neurologen oder den Psychiatern zugeordnet zu werden, können nur die Leistungen aus dem entsprechenden Kapitel abrechnen. Es wird das neurologische oder psychiatrische Regelleistungsvolumen bzw. der Fallwert anerkannt. Maßgeblich ist der individuelle Bescheid nach dem Antrag auf Zuordnung.

Keine Praxisgebühr für „gut Dabei“-Teilnehmer der Knappschaft-Bahn-See

Die Knappschaft-Bahn-See befreit auch 2010 ihre Versicherten, die am strukturierten Behandlungsprogramm „gut Dabei“ für chronisch Kranke teilnehmen, von der Praxisgebühr. Alle Versicherten der Knappschaft-Bahn-See, die an Disease-Management-Programmen teilnehmen, erhalten entsprechende Befreiungsausweise.

Meldeverfahren und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchungen U5 – U9

Mit der Verankerung der „positiven Meldepflicht“ für Ärztinnen und Ärzte im § 32a des Heilberufsgesetzes NRW wurde im November 2007 die rechtliche Grundlage für ein verbindliches Einladewesen zur Früherkennung geschaffen. Ärzte melden der „Zentralen Stelle Gesunde Kindheit“ des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit

NRW regelmäßig diejenigen Kinder, die an den Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U9 teilgenommen haben. Sie tragen damit entscheidend dazu bei, dass die Vorsorge konsequent genutzt und eine mögliche Kindeswohlgefährdung frühzeitig erkannt wird. Die „Zentrale Stelle Gesunde Kindheit“ erkennt nach Abgleich der von den Ärzten gemeldeten Daten mit denen der Einwohnermeldeämter, welche Kinder die Früherkennung bislang nicht in Anspruch genommen haben. Wenn bis zum Ende des vorgesehenen Zeitraums für die jeweilige Kinder-Früherkennungsuntersuchung keine Mitteilung eines Arztes vorliegt, werden die Eltern von der Zentralen Stelle schriftlich erinnert.

Wird die Untersuchung nachgeholt, kann es in bestimmten Fällen zu Überschreitungen der grundsätzlich geltenden Toleranzgrenzen der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen U5 bis U9 kommen. Diese außerhalb der Toleranzgrenzen liegenden Vorsorgeuntersuchungen können folgendermaßen abgerechnet werden:

U5:	5. bis einschl. 8. Monat
U6:	9. bis einschl. 19. Monat
U7:	20. bis einschl. 32. Monat
U7a:	33. bis einschl. 42. Monat
U8:	43. bis einschl. 57. Monat
U9:	58. bis einschl. 70. Monat

Regelwerksprotokolle im KVNO-Portal elektronisch einsehbar

Die Regelwerksprotokolle werden mit der Versendung der Abrechnungsunterlagen für das 1. Quartal 2010 im Juli in elektronischer Form über das KVNO-Portal allen Praxen zur Verfügung gestellt. Die bisherige kostenintensive Zusendung von Papierausdrucken entfällt damit. Die Regelwerksprotokolle enthalten die elektronischen Berichtigungen Ihrer Abrechnung, die vom Regelwerk automatisch vorgenommen wurden. Sie finden die Regelwerksprotokolle ab Juli 2010 unter www.kvnoportal.de im Internet. Eine Anmeldung im KVNO-Portal ist zu jeder Zeit möglich.

Nummernverzeichnis der Mitglieder der KV Nordrhein auf CD

Bis die neue Ausgabe der CD „Mitglieder-Verzeichnis“ der KV Nordrhein erscheint, bieten wir Ihnen ab sofort übergangsweise eine CD mit dem Nummernverzeichnis unserer Mitglieder. Die CD enthält die Lebenslangen Arztnummern, Betriebsstätten- oder Nebenbetriebsstättennummern sowie die Namen, Anschriften, Telefonnummern und Fachgruppenzugehörigkeit (codiert) der Mitglieder der KV Nordrhein.

Das Verzeichnis liegt auf der CD in verschiedenen Formaten vor (Excel-, csv- und pdf-Format). Eine spezielle Oberfläche zur Eingabe von Suchkriterien ist allerdings nicht vorhanden.

Um einen kostengünstigen Versand zu ermöglichen, bitten wir Sie, die CD möglichst nur im Zusammenhang mit einer Formularbestellung über unseren Formularversand in Krefeld anzufordern. Auf dem Bestellschein für Kassen- und KV-Vordrucke, den Sie auch auf unserer Homepage finden, ist jetzt eine entsprechende Auswahlmöglichkeit vorhanden. [KV100311](#)

Cave: Methadon darf nicht in die Türkei mitgenommen werden

Das türkische Generalkonsulat macht darauf aufmerksam, dass ab sofort allen Personen, die in die Türkei einreisen wollen, die Mitnahme bzw. Einfuhr von Methadon untersagt ist. Hintergrund für diese Entscheidung ist die Feststellung, dass in der Türkei der Missbrauch des Medikaments Methadon in hohem Maße zugenommen hat. Bitte weisen Sie gegebenenfalls Ihre Methadon-Patienten darauf hin.

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

Wer produziert das Anti-Marketing-Medikament?

Konkurrenz ist auch nur eine Form der Kooperation. Mit dieser These leitete der Münchener Religionswissenschaftler Prof. Michael von Brück die Veranstaltung „Marketing im Gesundheitswesen – neue Wege“ am 6. Februar in Düsseldorf ein, zu der die KV Nordrhein und die Arzneimittelhersteller Boehringer-Ingelheim, Novo Nordisk und Takeda Pharma eingeladen hatten. Das Konkurrierende, so Brück, diene nämlich immer als orientierendes Maß.

Dass dieses Maß auch der Gegenpol sein könne, bemerkte Dr. Holger Neye, Leiter der Pharmakotherapieberatung der KV Nordrhein: „Wir betreiben eine Art Anti-Marketing“

zu verhindern, sagte Michael Grusa, Geschäftsführer der Freiwilligen Selbstkontrolle Arzneimittelindustrie. Wer beispielsweise gegen den Kodex „Fachkreise“ verstoße, müsse mit Sanktionen rechnen.

„Wir brauchen Marketing, um zu verkaufen“, betonte Dr. Sabine Nikolaus, Marketing-Leiterin von Boehringer-Ingelheim. Weil die Zeit bis zum Return on Investment immer kürzer werde, müsse die Industrie dieses Instrument verstärkt einsetzen. Die Devise laute aber: „Weniger Promotion, mehr Kooperation“. Nikolaus wies darauf hin, dass die Hersteller für Ärzte und Apotheker auch Fortbildungen „in großer Vielfalt“ anbieten.



Pro und contra Pharma-Marketing: Dr. Sabine Nikolaus (Boehringer-Ingelheim), Dr. Holger Neye (KV Nordrhein, l.) und Prof. Wolf-Dieter Ludwig (AkdÄ).

„Und das sei sehr wichtig. Zum Beispiel, weil die Angaben in den Anzeigen der Hersteller oft nicht mit den Studien übereinstimmen. Mit Mitteln wie Richtgrößen und Me-too-Listen versuche die KV zudem, den rasanten Anstieg der Arzneimittelausgaben zumindest zu bremsen. „Es bleibt sonst am Ende immer weniger für das ärztliche Honorar übrig.“

Die pharmazeutische Industrie habe sich freiwillig Marketing-Regeln auferlegt, um „unlautere Beeinflussung“

Die Industrie solle sich lieber auf ihre originären Aufgaben konzentrieren, kontierte Prof. Wolf-Dieter Ludwig. Das heißt nach Ansicht des Vorsitzenden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): innovative Wirkstoffe entwickeln, diese in methodisch einwandfreien Studien testen und Ärzten und Patienten „sachgerechte Informationen“ wie die Drug boxes in den USA zur Verfügung stellen.

Derzeit fehlten vor allem Studien, die die Wirksamkeit und Sicherheit vermeintlich innovativer Wirkstoffe im Vergleich zur Standardtherapie untersuchten. „Stattdessen bekomme ich 40 kg Hochglanzbroschüren pro Jahr“, kritisierte Ludwig, der als Chefarzt der Onkologie am Helios-Klinikum Berlin-Bruch tätig ist. Die Industrie Sorge mit ihrem Einfluss auf die Studien für eine „verzerrte Evidenz“ und torpediere so eine rationale Arzneimitteltherapie. „Was wir wirklich bräuchten, ist ein Anti-Marketing-Medikament.“

Die Vorträge finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KV100312](#)

Fragen und Antworten zum Sprechstundenbedarf

Mullbinden, Combur 3 Test und Mittel zur Blutstillung sind typische Sprechstundenbedarfsartikel soweit diese für mehrere Patienten zur Sofortanwendung, zur Diagnostik oder im Notfall direkt in der Sprechstunde zum Einsatz kommen. Bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf (SSB) gibt es immer mal wieder unklare Punkte.

Hotline zum Sprechstundenbedarf

Telefon 0211 5970 8666

Die Hotline ist montags bis donnerstags besetzt von 8 bis 17 Uhr und freitags von 8 bis 13 Uhr.

Welche Medizinprodukte kann ich im SSB verordnen?

Eine Liste der verordnungsfähigen Medizinprodukte finden Sie als Anlage der Arzneimittel-Richtlinie. Die Liste enthält ausschließlich Medizinprodukte mit arzneimittelähnlichem Charakter. Sie umfasst apothekenpflichtige, nicht-apothekenpflichtige und die verschreibungspflichtigen Medizinprodukte. Welche arzneimittelähnlichen Medizinprodukte Sie zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnen dürfen, bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss.

Darf ich Externa auf einem SSB-Rezept verordnen?

Ja und Nein. Rezeptpflichtige Externa wie Voltaren Emulgel oder Heparin-Gel, mit denen traumatisch bedingte Schwellungen, Ödeme und stumpfe Traumata behandelt werden, dürfen Sie nicht auf Kassenrezept verordnen. Damit ist auch die Verordnung über den Sprechstundenbedarf ausgeschlossen. Verordnen können Sie als Sprechstundenbedarf aber die nicht-rezeptpflichtigen Externa.

Kann ich auch Handschuhe über den SSB beziehen?

Nein. Einmalartikel wie Atemmasken oder Einmalhandschuhe gelten als allgemeine Praxiskosten, die Sie selbst bezahlen müssen. Eine

Abrechnung über den Sprechstundenbedarf ist nicht möglich.

Kann ich Arzneimittel ohne Normgröße im SSB verordnen?

Ja, wenn Sie die Arzneimittel über eine öffentliche Apotheke beziehen, können Sie auch ohne Normgröße (N1, N2 und N3) über den Sprechstundenbedarf verordnen und abrechnen.

Kann ich Glucoseteststreifen für den Notdienstkoffer über den SSB beziehen?

Nein. Denn die Kosten der Glucoseteststreifen sind in der Vergütung für die EBM-Nummer 32025 enthalten.

Welchen Zuschlag dürfen Apotheken bei Impfstoffen für den SSB abrechnen?

Impfstoffe berechnen die Apotheken mit einem Zuschlag von drei Prozent auf den Apothekeneinkaufspreis. Dazu kommt noch die Umsatzsteuer.

Mehr Infos im Internet unter www.kvno.de [KW100313](#)

Seit 1. Januar 2009 rechnet die KV Nordrhein Impfstoffe und den Sprechstundenbedarf (SSB) für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ab. Bitte tragen Sie als Kostenträger „KVNO-SSB“ und „38999“ (das ist die sogenannte Vertragskassennummer) in das Rezept ein. Für den Ausdruck des Musters 16 ist zudem das Institutionskennzeichen (IK) 2513583 nötig. Je Rezept können Sie höchstens drei Artikel verordnen. Kennzeichnen Sie SSB-Verordnungen im Statusfeld 9 und unterzeichnen Sie das Rezept. Bei Impfstoff-Verordnungen bitte Statusfeld 8 ankreuzen.

Gegenüber Sartanen sind ACE-Hemmer das Mittel der Wahl

Seit Januar 2010 bieten zwei Generikahersteller auch den AT1-Antagonisten Losartan an. Somit stehen in Deutschland die beiden Angiotensin-Rezeptor-Antagonisten Eprosartan und Losartan generisch zur Verfügung. Aufgrund der Studienlage sind ACE-Hemmer jedoch weiterhin Mittel der Wahl. AT1-Antagonisten sind zunächst nur bei Unverträglichkeit der ACE-Hemmer, beispielsweise beim sogenannten ACE-Hemmer-Husten indiziert.

Studien belegen Vorteile der ACE-Hemmer

In einer großen Metaanalyse, die 2007 im Journal of Hypertension erschienen ist, wurde untersucht, ob ACE-Hemmer oder AT1-Rezeptor-Blocker (ARB) einen Effekt auf die Vermeidung kardiovaskulärer Ereignisse haben, der über den Effekt der reinen Blutdrucksenkung hi-

nausgeht. Untersucht wurde der Einfluss auf die Ereignisse Schlaganfall, koronare Herzerkrankung und Herzinsuffizienz.

Aus der Analyse von 26 Studien mit mehr als 145.000 Patienten ging hervor, dass die blutdruckabhängigen Effekte von ACE-Hemmern und ARB sich nicht signifikant unterscheiden. Nur für die koronare Herzkrankheit konnte ein blutdruckunabhängiger Vorteil ermittelt werden – allerdings für den Einsatz von ACE-Hemmern.

Nur wenige weitere Studien haben den Effekt von Sartanen im direkten Vergleich mit ACE-Hemmern untersucht. Die Ergebnisse der Studien im Überblick:

- In der ELITE II-Studie (2000) konnte bei Patienten mit Herzinsuffizienz kein Unterschied bei einer Losartan- gegenüber einer Captopril-Behandlung in Bezug auf Mortalität oder plötzlichen Tod nachgewiesen werden.
- Die OPTIMAAL-Studie (2002) hat bei Patienten mit akutem Herzinfarkt und Herzinsuffizienz keinen Unterschied in der Gesamtmortalität zwischen der Losartan- und Captopril-Behandlung festgestellt.
- Valsartan und Captopril zeigten sich in der VALIANT-Studie an Patienten mit akutem Herzinfarkt und zusätzlicher Herzinsuffizienz oder linksventrikulärer Dysfunktion gleich effektiv.
- Barnett et al. (2004) konnten bei Typ-2-Diabetikern mit früher Nephropathie keinen signifikanten Unterschied zwischen Telmisartan und Enalapril in der Abnahme der glomerulären Filtrationsrate (GFR) nachweisen. Tendenziell nahm die GFR in der Enalapril-Gruppe weniger schnell ab.
- In der ONTARGET-Studie (2008) bei kardiovaskulären Hochrisikopatienten traten die Inzidenzen des

Aktuelle Preisübersicht

Preise für ACE-Hemmer und Angiotensin-Rezeptor-Antagonisten. Preise je 98 oder 100 Stück für die angegebene Definierte Tagesdosis (DDD). Enalapril, Lisinopril und Ramipril sind die Leitsubstanzen in den aktuellen Zielvereinbarungen der KVen und sollten in der Gruppe der ACE-Hemmer bevorzugt eingesetzt werden.

		DDD	Preis 98/ 100 Stück
Enalapril	Generikum	10 mg	10,77 Euro
Lisinopril	Generikum	10 mg	14,24 Euro
Ramipril	Generikum	2,5 mg	11,35 Euro
Losartan	Hexal, Sandoz	50 mg	71,34 Euro
Eprosartan	Ct, ratio	600 mg	69,09 Euro
Valsartan	Diovan	80 mg	79,31 Euro
Irbesartan	Aprovel	150 mg	91,58 Euro
Candesartan	Atacand	8 mg	83,97 Euro
Telmisartan	Micardis	40 mg	88,00 Euro
Olmesartan	Olmotec	20 mg	97,78 Euro

Stand: 1. Februar 2010

kombinierten Endpunktes aus Verdoppelung des Serumkreatinins, Dialysepflichtigkeit und Tod mit gleicher Häufigkeit auf, wenn die Patienten Telmisartan oder Ramipril erhielten.

Zahlreiche Studien und Metaanalysen zeigten eine Überlegenheit der ARB im Vergleich zu ACE-Hemmern nur bei unerwünschten Wirkungen wie Husten und Angioödem. Ein allgemeiner Vorteil von ARB besteht somit weder in der Behandlung der Hypertonie noch bei speziellen Vorerkrankungen wie Herzinsuffizienz und koronarer Herzerkrankung oder Nephropathie.

Vorsicht: Eine Kombination von ACE-Hemmern und ARB ist mit besonderen Gefahren wie Hyperkaliämie verbunden. Die Kombination sollten Sie deswegen auf Einzelfälle von Herzinsuffizienz oder Nephropathie beschränken.

Was Sie über Sartane wissen sollten

- Hemmstoffe des Angiotensinsystems werden nach aktuellen Leitlinien als Mittel der Wahl zur antihypertensiven Therapie besonders bei Risikopatienten mit Herzinsuffizienz, koronarer Herzkrankheit und Nephropathie empfohlen.
- Eine Überlegenheit von Angiotensin-Rezeptor-Antagonisten gegenüber ACE-Hemmern ist nur bei unerwünschten Wirkungen belegt.
- ACE-Hemmer sollten aufgrund der Datenlage bevorzugt eingesetzt werden.
- Sartane sind im Vergleich zu ACE-Hemmern sieben- bis achtmal teurer als ACE-Hemmer. Dies gilt auch für die Präparate von Generikaanbietern.

Tamiflu-Umsatz steigt um 435 % – Experten bezweifeln Wirksamkeit

Weltweit sind 2009 die Tamiflu-Verkäufe um 435 Prozent gestiegen, der Umsatz kletterte auf circa 2,2 Milliarden Euro. Dabei ist der nachgewiesene Nutzen von Oseltamivir (Tamiflu) gering: Er beschränkt sich auf die klinisch kaum relevante Verkürzung der Krankheitsdauer bei Gesunden um etwa einen Tag.

An den Studien, die die Wirksamkeit des Neuraminidasehemmers belegen sollen, hegen Experten zudem Zweifel. „Die wissenschaftliche Basis für die Erwartung, dass Oseltamivir (Tamiflu) Sekundärkomplikationen einer Influenza und Hospitalisierungen verringert, lässt sich nicht halten.“ Zu diesem Schluss kommt das Arzneitelegramm (a-t).

Die Autoren des Artikels bemängeln, dass der positive Einfluss auf Grippekomplikationen in einer gepoolten Auswertung von zehn randomisierten Studien nachgewiesen wurde, bei der im Nachhinein einige Ungereimtheiten auftreten:

- acht der zehn Studien wurden nicht veröffentlicht
- bei der gepoolten Auswertung ist ein systematischer Fehler im statistischen Verfahren entstanden
- die Rohdaten zu den Studien liegen beim pharmazeutischen Unternehmer, der sie für eine erneute Analyse nicht zur Verfügung stellt.

Tamiflu wird in den USA anders eingeschätzt als in Europa. Nach der amerikanischen Fachinformation ist nicht belegt, dass Oseltamivir bakterielle Komplikationen einer Influenza verhindert. Im europäischen Zulassungstext ist dagegen von weniger Sekundärerkrankungen der unteren Atemwege bei Erwachsenen, die mit Antibiotika behandelt werden, die Rede. Merkwürdig.

Neuraminidasehemmer sind bei einer klinisch diagnostizierten Influenza im Krankheitsfall auf einem Kassenrezept verordnungsfähig. Sie dürfen sie aber nicht zur Prophylaxe zu Lasten der gesetzlichen Kassen verordnen.

Zahl der Kassen hat sich im vergangenen Jahrzehnt halbiert

Die Fusionitis der Krankenkassen

Vor zwanzig Jahren waren es noch weit über 1.000 gesetzliche Krankenkassen. Inzwischen ist die Zahl auf 169 gesunken. Und die Fusionswelle rollt weiter.

Die „Fusionitis“ ist seit Jahren hochansteckend. Den bisherigen Höhepunkt erreichte sie zu Beginn dieses Jahres mit dem Zusammenschluss von Barmer und Gmünder Ersatzkasse (GEK). Rund 8,5 Millionen Versicherte sind durch die Elefantenhochzeit unter einem Dach versichert. Das war nicht der einzige Zusammenschluss zum Jahreswechsel: auch die Deutsche Angestellten-Krankenkasse und die Hamburg-Münchener Krankenkasse schlossen sich zusammen. Zwanzig Betriebskrankenkassen fusionierten zum neuen BKK Landesverband Mitte und vier Innungskrankenkassen firmieren nun unter dem Namen IKK classic.

Der Fusionsdruck steigt

Seit dem 1. Januar 2009, dem Start des Gesundheitsfonds, hat der Fusionsdruck bei den Kassen spürbar zugenommen. Von mehr als 200 hat sich die Zahl der Kassen auf inzwischen 169 reduziert. Neu ist dabei: Die Fusionen finden über die Krankenkassen-Arten hinweg statt, also nicht mehr wie früher etwa nur innerhalb der Familie der

Betriebskrankenkassen. Der Gesetzgeber machte es mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz möglich.

Seit der Einführung des Gesundheitsfonds gilt der bundeseinheitliche Beitragssatz von 14,9 Prozent. Brauchen die Kassen mehr Geld, dann können sie es nur via Zusatzbeitrag direkt von ihren Mitgliedern hereinholen. Diesen Weg scheuen die meisten Kassen. Denn sie fürchten nichts mehr als eine massenhafte Abwanderung ihrer Mitglieder und Versicherten zur billigeren Konkurrenz. Diese Sorge ist nicht unbegründet: In Umfragen bekräftigen drei Viertel der Befragten ihre Wechselabsicht, wenn sie den Zusatzbeitrag von acht Euro oder mehr zahlen müssten.

Die Angst vor der Abstimmung mit den Füßen war wohl auch der entscheidende Impetus für die Fusion von Barmer und Gmünder. Denn die GEK allein hätte nach Medienberichten im laufenden Jahr wohl Zusatzbeiträge erheben müssen. Durch die Fusion mit der Barmer konnte die Kasse diesen Schritt zunächst vermeiden.



Wie viele Kassen brauchen wir?

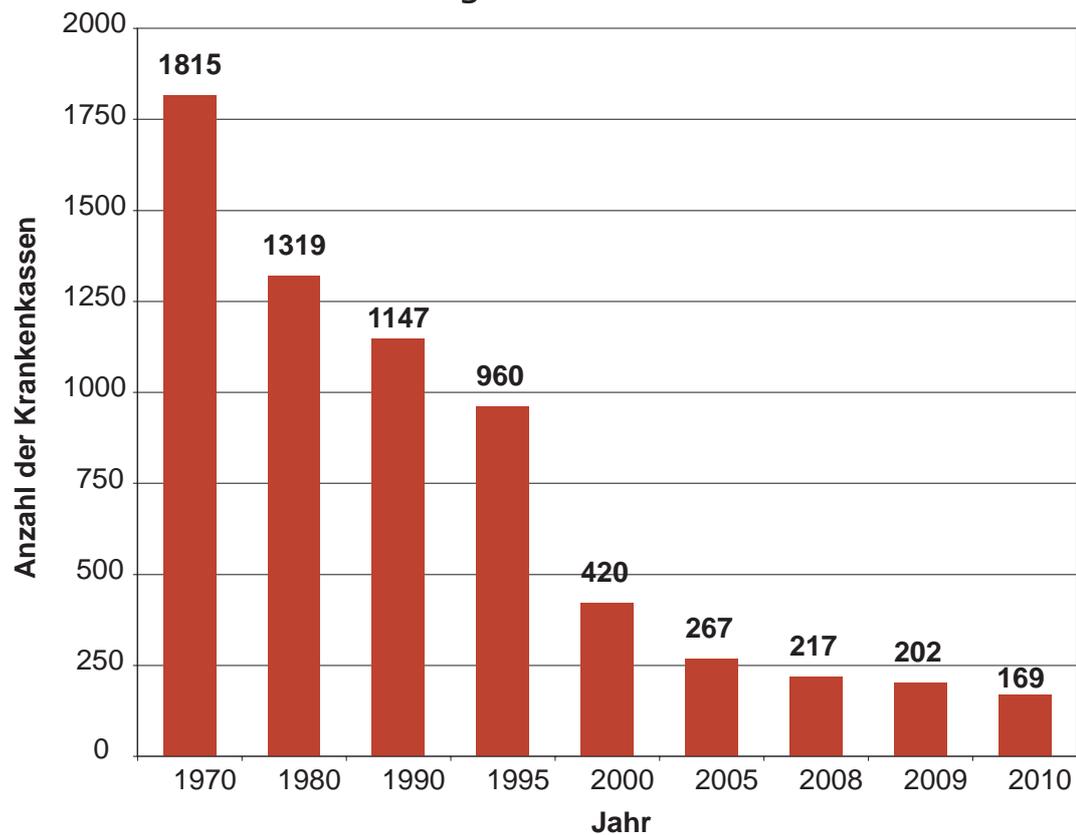
Wilfried Jacobs, Vorstandsvorsitzender der AOK Rheinland/Hamburg

„Für die Versicherten hat sich kein Nachteil ergeben, dass die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland bis heute auf 169 gesunken ist. Der wirtschaftliche Druck wird für weitere Fusionen sorgen. Das lässt sich nicht aufhalten. Ich halte perspektivisch 30 bis 50 gesetzliche Krankenkassen für ausreichend.“

Durch größere Einheiten hoffen die Kassen wirtschaftlicher zu agieren, zum Beispiel bessere Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern und lukrativere Selektivverträge mit Ärzten zu schließen. Die Marktmacht macht's – und die wird in Mitgliedern gezählt. Für die Ärzte sind die Fusionen also mit Vorsicht zu genießen. „Marktmacht heißt, dass die Preise gedrückt werden, also bei den Ärzten das Honorar“, sagte der Chef der Siemens BKK, Dr. Hans Unterhuber, der Ärzte Zeitung.

Um ihren Einfluss ausspielen zu können, ist nach Ansicht von Gesundheitsökonom Prof. Jürgen Wasem von der Universität Duisburg-Essen ein zweistelliger Marktanteil „zwingend notwendig“. Holger Stürmann von der Unternehmensberatung Pricewaterhouse-Cooper taxiert diese „kritische Masse“ auf „15plus X“. „Erst bei 20 bis 25 Prozent Marktanteil hat man wirklich Ge-

Immer weniger Krankenkassen



Quelle: GKV-Spitzenverband; nur gesetzliche Kassen; Stichtag: 1. Januar

staltungsmacht“, sagte Ex-Barmer-Chef Dr. Johannes Vöcking.

Das gilt auch für den Aufbau besonderer Versorgungsstrukturen vor Ort. Nur wenn genug Patienten daran teilnehmen, rechnet sich für AOK, Barmer und Co der



Wie viele Kassen brauchen wir?

Daniel Bahr, Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium

„Wir wollen ein wettbewerblich organisiertes Gesundheitssystem. Es gibt also keine Vorgabe vom Bundesgesundheitsministerium zu einer bestimmten Zahl der gesetzlichen Krankenkassen. Das regelt der Markt. Und damit es keine unkontrollierten Machtkonzentrationen gibt, ist eine kartellrechtlich abgesicherte Fusionskontrolle unerlässlich.“

Aufwand für ein neues Modell. Das Geld könnte aus „klassischen“ Synergien kommen: Ein zentraler IT-Einsatz oder der Zusammenschluss von Geschäftsstellen, so das Kalkül, mindert die Verwaltungskosten spürbar.

Ein Ende des Konzentrationsprozesses ist nicht abzusehen. Nach Ansicht des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) könnte die Zahl der Kassen bald auf 100 zusammenschmelzen. Wer weniger als 100.000 Mitglieder hat, dürfte allein wegen des Verwaltungsaufwands keine Chance mehr haben. Das sind mehr als die Hälfte der derzeit noch existierenden Krankenkassen. „30 bis 50 Kassen sind genug“, die Devise der ehemaligen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt könnte demnach bald Realität werden.

Sinkende Verwaltungskosten auf der einen Seite, mehr Marktmacht auf der anderen. Der Konzentrationsprozess ist ein zweischneidiges Schwert. Die zehn größten gesetzlichen Krankenkassen verfügen derzeit über einen Marktanteil von gut 60 Prozent. Wir nähern uns oligopolistischen Strukturen – und damit niederländischen Verhältnissen. Dort dominieren inzwischen vier Unternehmen den von der Regierung erst vor wenigen Jahren „liberalisierten“ Markt.

In solchen Gebilden drohen Preis- und sonstige Absprachen den gewünschten Wettbewerb zu behindern. Daher rückt das Bundeskartellamt auf den Plan. Tatsächlich hat die Bonner Behörde bereits am 17. Februar 2010 ein

Verfahren gegen neun Kassen eingeleitet: „Es geht dem Verdacht nach, dass die Kassen gegen das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen verstoßen haben, als sie Ende Januar gemeinsam angekündigt haben, Zusatzbeiträge zu erheben.“ [J.R.: Zitat ohne Quelle]

Big ist beautiful

Das Fusionskarussell dreht sich weiter. AOK Hessen und die AOK Plus Sachsen/Thüringen prüfen derzeit ihren Zusammenschluss, Berichte gibt es auch über die Fusion der AOK in Niedersachsen mit der dortigen IKK.

Auch bei uns könnte es bald zu einem gewaltigen Zusammenschluss von AOK Rheinland /Hamburg und AOK Westfalen-Lippe kommen. Bereits im laufenden Jahr könnte es soweit sein. Das meint zumindest der Vorsitzende der AOK Rheinland/Hamburg, Wilfried Jacobs.

Der Verwaltungsrat der AOK Westfalen-Lippe hat den Fusionsverhandlungen zugestimmt. Die Gespräche laufen, Details sind noch offen. Dazu gehört die Frage nach dem Hauptsitz (Düsseldorf oder Dortmund), und nicht zuletzt, wer an der Spitze der Groß-AOK mit fast fünf Millionen Mitgliedern und 12.300 Beschäftigten stehen würde.

Die Kasse soll nach Jacobs Worten weiteren Partnern offen stehen, besonders Innungs- und Betriebskrankenkassen. NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann unterstützt den Zusammenschluss. Er wünscht sich eine starke Regionalkasse im größten Bundesland.



Wie viele Kassen brauchen wir?

Reiner Cremer, Allgemeinarzt und Vorsitzender der Kreisstelle Rhein-Sieg

„Ich halte eine einstellige Anzahl von Kassen für völlig ausreichend. Der derzeitige (Add-on-)Vertragswirrwarr im hausärztlichen Bereich ist weder überschaubar noch praktikabel. Selbst innerhalb der Kassengruppen (Ersatzkassen, BKKen etc.) gibt es bei den Verträgen Unterschiede in Bezug auf die Teilnahme, Befreiung von Praxisgebühr oder Leistungsinhalten. Das ist gerade am Quartalsanfang eine organisatorische Zumutung.“

Der „Kassenwettbewerb“ provoziert zudem Marketingmaßnahmen wie die Förderung von Wellnessprogrammen inklusive Bauchtanz oder Urlaubsreisen. Hier wird Geld zum Fenster hinaus geworfen, das für eine „hinreichende“ Patientenversorgung, wie sie das Sozialgesetzbuch V vorschreibt, fehlt. Das Geld gehört in unseren Honorartopf. Schließlich wird noch nicht einmal die ärztliche Grundversorgung auch nur annähernd angemessen vergütet.“

Nordrheinische Praxen bürgen für Qualität

Der aktuelle Qualitätsbericht der KV Nordrhein dokumentiert die hohe Behandlungsqualität in den Praxen. Rund zwei Drittel aller vertragsärztlichen Leistungen unterliegen konkreten Qualitätsvorgaben.

Ein Vergleich der Jahre 2007 und 2008 zeigt: die Zahl der qualitätsgeprüften Genehmigungen ist um rund 53 Prozent gestiegen. Mehr Genehmigungen hat es vor allem in den Bereichen Akupunktur, ambulante Operationen, Disease-Management-Programme, Rehabilitation, Palliativmedizin und Ultraschall gegeben. So verzeichneten Akupunktur 1.157 und Palliativmedizin 1.060 neue Genehmigungen in 2008.

Im Berichtsjahr 2008 waren insgesamt 70.300 Genehmigungen in insgesamt 44 Bereichen verzeichnet. Gegenüber dem Vorjahr kamen 19.306 neue Genehmigungen hinzu. 1.241 Anträge wurden abgelehnt und 180 Genehmigungen widerrufen, vor allem in den Bereichen Akupunktur und Ultraschall.

Spitzenwerte bei der Dialyse

Der Bericht gewährt zudem Einblick in die Arbeit der nordrheinischen Qualitätssicherungskommission zur Dialyse. Die Kommission kommt 2008 bei ihrer Arbeit zu einem positiven Fazit. Die Zielerreichungsquote bei Hämodialyse und Peritonealdialyse fiel im dritten und vierten Quartal 2008 in fast allen Richtlinienparametern erheblich besser aus als der deutschlandweite Durchschnitt.

Der Bericht greift auch die Qualitätszirkelarbeit in Nordrhein auf. Qualitätszirkel sind für die Haus-, Fachärzte und Psychotherapeuten mittlerweile erste Wahl der fachlichen Fortbildung. Im Rheinland existierten im Jahr 2008 mehr als 1.500 anerkannte Qualitätszirkel.

Im Fokus: Versorgung von Kindern

Unter dem Kapitel „Qualität bei der Versorgung von Kindern: Krankheiten erkennen und Gesundheit stärken“ stellt

der Bericht die ambulanten Versorgungsmöglichkeiten und neue Ansätze zur Vorsorge, Diagnostik und Therapie bei Kindern und Jugendlichen dar. Hierzu gehören die Früherkennungsuntersuchungen oder die Weiterentwicklung der Kinder-Untersuchungen wie Neugeborenen-Hörtest und sonographisches Screening der Säuglingshüfte.

Fälle vernachlässigter, misshandelter und selbst getöteter Kinder in Deutschland hatten Anfang 2007 die NRW-Landesregierung veranlasst, ein „Handlungskonzept für einen besseren und wirksamen Kinderschutz“ zu verabschieden. Bestandteil des Konzepts ist unter anderem die verbindlichere Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen.

„Alles in allem zeigen die Daten und das Engagement unserer Mediziner im Bereich Qualitätssicherung, dass die Patienten in Nordrhein auf fachkundige, regelmäßig weitergebildete Ärzte und Psychotherapeuten sowie nach Qualitätsnormen ausgestattete Praxen vertrauen können“, sagt Dr. Peter Potthoff, Vorstand der KV Nordrhein.



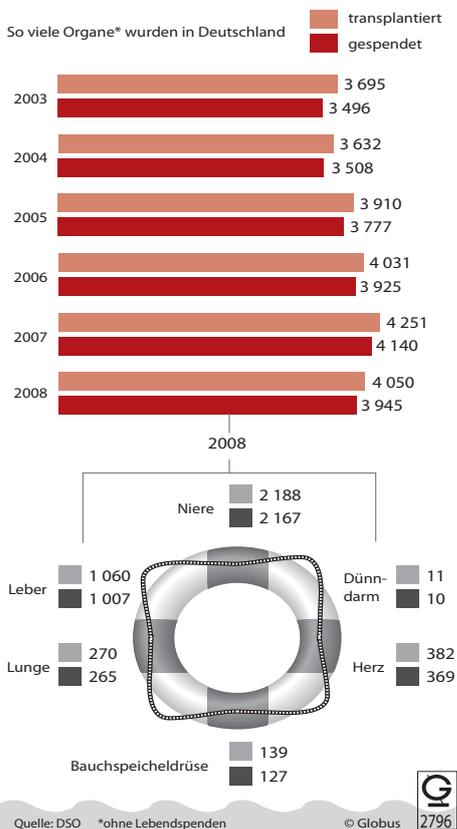
Sie finden den Qualitätsbericht im Internet unter www.kvno.de **KV100319**

Datenbank hilft bei der Suche nach erfahrenen Psychotherapeuten

Jährlich werden mehr als 4.000 Organe transplantiert. Doch mit der Transplantation sind diese Menschen keinesfalls geheilt. Sie brauchen weiterhin eine intensive medizinische Betreuung – und eine psychische.

Organspender gesucht

In Deutschland werden mehr Organe transplantiert als gespendet. Die Patienten sind auf Spenderorgane aus dem Ausland angewiesen.



Im Jahr 2009 spendeten in Deutschland 1217 Menschen nach ihrem Tod Organe. In Nordrhein-Westfalen waren es 259 Menschen, das liegt im Bundesdurchschnitt. Angesichts von 12.000 Menschen auf der Warteliste reicht diese Zahl nicht aus. „Mit der Organspende schenken sie einem anderen Menschen häufig das Leben. Es ist nie zu spät, einem anderen Menschen sein Herz zu schenken“, appelliert Burkhard Trapp, Sprecher des Bundesverbandes der Organtransplantierten.

„Wer die psychische Dimension einer Transplantation vernachlässigt, gefährdet den Erfolg der gesamten medizinischen Behandlung“. Dieser Auffassung ist Monika Konitzer, die Präsidentin der Psychotherapeutenkammer NRW. Häufig wüssten weder die betroffenen Patienten noch ihre behandelnden Ärzte, an wen sie sich wenden könnten.

Abhilfe soll eine Datenbank von mit dem Thema vertrauten Therapeuten schaffen. Sie wird von der Kammer gemeinsam mit dem Bundesverband der Organtransplantierten aufgebaut. „Darin sind bereits

rund 200 Adressen von Psychotherapeuten erfasst, die Erfahrung mit dem Thema Organspende und Transplantation haben“, berichtet Burkhard Trapp vom Bundesverband. Ärzte, aber auch betroffene Patienten können sich an den Bundesverband oder die Kammer wenden, um in der Nähe des Wohnortes geeignete Therapeuten zu finden.

„Die psychischen Belastungen vor, direkt nach und auch im Langzeitverlauf nach einer Organtransplantation können erheblich sein. Häufig fühlen sich Patienten und Angehörige mit diesen Problemen allein gelassen“, so Trapp. Es fehle vor allem an qualifizierten Psychotherapeuten, die wohnortnah praktizieren.

Unterstützung für das „zweite Leben“

Gerade darin bestehe ein besonderes Problem der psychotherapeutischen Nachsorge, sagt Konitzer. Denn in vielen Zentren herrsche eine hohe Fluktuation, so dass es häufig an konstanten Ansprechpartnern vor Ort fehle.

Zwar beginne für die meisten Patienten nach der Transplantation ein „zweites Leben“, doch die meisten müssten jetzt ihr Leben lang eine Reihe strenger medizinischer Regeln befolgen, die für den dauerhaften Erfolg der Transplantation entscheidend seien.

„Psychotherapie kann dazu beitragen, dass dieses Korsett an Einschränkungen und Verpflichtungen nicht in einer Depression endet“, meint die Kammerpräsidentin.

Mehr Mittel für den Kinderschutz nötig

Was müssen wir in Nordrhein-Westfalen tun, um Kinder besser zu schützen? Mit dieser Frage beschäftigte sich drei Jahre lang eine Expertenkommission. Ohne zusätzliche finanzielle und personelle Ressourcen geht es nicht.

Am 27. Januar 2010 hat die Expertenkommission „Kinderschutz“ ihren Abschlussbericht an Armin Laschet, Minister für Generationen, Familie, Frauen und Integration in NRW, übergeben. Die Kommission sollte den Stand des Kinderschutzes einschätzen und wenn nötig Maßnahmen für einen besseren Schutz vorschlagen. „In drei Jahren wollen wir überprüfen, ob sich der Kinderschutz in Nordrhein-Westfalen durch die Empfehlungen nachhaltig verbessert hat“, kündigte Laschet an.

Von Prävention bis Professionalisierung

Die Empfehlungen der Kommission beziehen sich auf die Themen: Prävention, Frühe Hilfen, Professionalisierung der Fachkräfte, Weiterentwicklung der Vernetzung und der Bereitstellung von Informationen. Sie richten sich sowohl an Politik und Öffentlichkeit als auch an die Fachinstitutionen und Fachkräfte.

Die Kommission meint, dass eine wirksame Förderung des Kinderschutzes aber nur dann gelingen kann, wenn ausreichend personelle, sächliche und finanzielle Ressourcen für alle am Kinderschutz Beteiligten zur Verfügung stehen. Dafür hat das Land bereits einiges getan: Seit 2006 wurden 8,75 Millionen Euro in den Ausbau des Kinderschutzes investiert. Zum Beispiel in Fortbildungen für Fach- und Lehrkräfte und in den Ausbau der sozialen Frühwarnsysteme. Für letztere ist es wichtig, dass Jugend- und Gesundheitshilfe gut kooperieren, damit riskante Lebenslagen rechtzeitig erkannt werden und frühzeitig gehandelt wird.

Ob das allerdings reicht, ist fraglich. Denn die Anforderungen an die Handelnden haben sich in den vergange-



Dr. Thomas Fischbach übergibt den Bericht an Familienminister Armin Laschet. Die Kommission bestand aus 21 Expertinnen und Experten.

nen Jahren erhöht – unter anderem durch den steigenden Unterstützungs- und Beratungsbedarf.

Meldeverfahren bewerben

Das Ende 2008 eingeführte verbindliche Meldeverfahren für Kinder-Früherkennungsuntersuchungen ist ein wichtiger Baustein des Handlungskonzeptes für einen wirksamen Kinderschutz. Mit seiner Umsetzung hat sich die Kommission befasst und eine Empfehlung ausgesprochen.

Dr. Thomas Fischbach, Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte und Mitglied der Expertenkommission: „Die Teilnahmeraten lassen sich nur steigern, wenn das Verfahren von allen Beteiligten akzeptiert wird. Dafür muss in der Öffentlichkeit intensiv geworben werden“. Und das, so Fischbach, sei auch Aufgabe der Landesregierung.

Den Bericht finden Sie im Internet unter www.mgffi.nrw.de/W100321

Die Pollenfalle von Leverkusen

Allergologe Norbert Mülleneisen weiß genau, wann welche Pollen fliegen. Denn er hat seine eigene Pollenfalle.

Seit April 2009 fängt Mülleneisen die Pollen ein. Seine Auswertungen zeigen: Der Pollenflug in Leverkusen unterscheidet sich von den Daten, die der Deutsche Polleninformationsdienst für Deutschland zur Verfügung stellt. Das hat Folgen für die Diagnostik.

Patienten, die unter allergischen Rhinopathien – im Volksmund: Heuschnupfen – leiden, bittet der Allergologe ein Beschwerdetagebuch zu führen. Die Tage mit akuten Beschwerden vergleicht er dann mit dem Pollenflug vor Ort. „Dann kann ich gezielt auf die Pollen testen.“ Die Trefferquote steigt – und so auch die Möglichkeit zur Heilung durch Hyposensibilisierung.

Pollen in der Heimatstadt

Ganz nebenbei zeigt der 54-Jährige Veränderungen in der Botanik auf. „Roggenpollen können wir vergessen, die gibt es im Rheinland nicht mehr.“ Dafür spielten Belastungen durch Rapspollen eine immer größere Rolle. „In Zeiten, in denen sich der landwirtschaftliche Anbau und die Umweltbedingungen rasch ändern, müssen wir stärker auf neue Allergene achten.“

In den mikroskopischen Fokus geraten auch Pollen des Glaskrauts oder der Zypresse. Die hat in Deutschland bis dato kaum jemand als Auslöser allergischer Reaktionen im Visier. In Italien und Spanien beispiels-

Wie funktioniert eine Pollenfalle?

Die heutzutage verwendete sogenannte Burkard-Pollenfalle saugt mithilfe einer Vakuumpumpe durch eine schmale Einsaugöffnung zehn Liter Luft pro Minute an. Direkt hinter dem Ansaugschlitz befindet sich



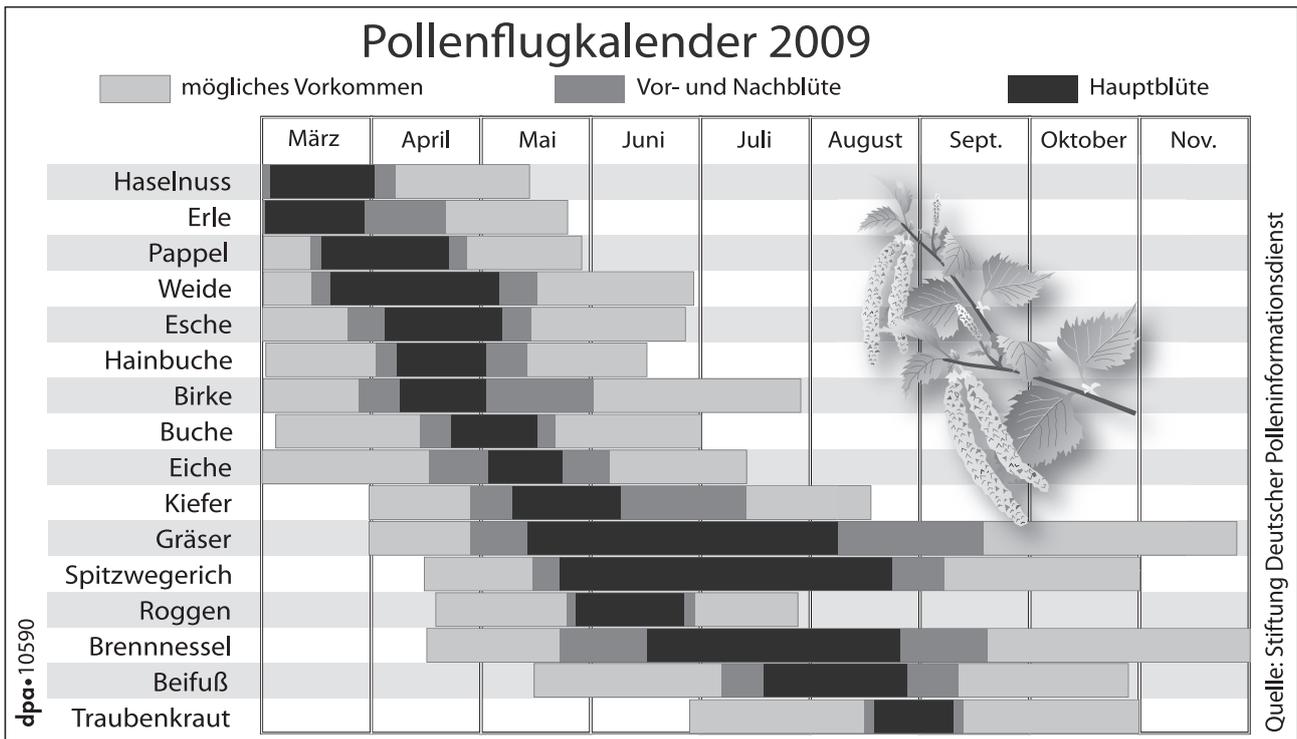
Über den Dächern von Leverkusen: Norbert Mülleneisen mit seiner Pollenfalle.

eine rotierende Trommel, auf der ein mit Vaseline beschichteter Plastikstreifen befestigt wird. Die in der angesogenen Luft enthaltenen Pollen bleiben auf diesem Plastikstreifen kleben.

Der Streifen wird herausgenommen und unter dem Mikroskop analysiert. Jede Pollenart hat ihre eigenen Strukturen, sodass sie unter dem Mikroskop zu bestimmen ist. Die wichtigsten Pollenarten sind hierbei Hasel, Erle, Birke, Gräser, Roggen und Beifuß.

Bereits im Jahre 1883 unternahm der englische Arzt Charles Blackley die ersten Versuche einer Pollenanalyse, indem er die Flugphasen von Gräserpollen mit klebrigen Objektträgern bestimmte.

In Deutschland gibt es derzeit rund 60 Stationen mit Pollenfallen, die Daten an den Polleninformationsdienst weiterleiten. In Nordrhein sind dies zwei Stationen, in Mönchengladbach und Bonn.



Über eine Million Menschen in Nordrhein leiden unter Heuschnupfen. Für die Betroffenen wird die Situation künftig möglicherweise noch schwieriger, denn Auswertungen aller Pollenflugdaten der vergangenen sieben Jahre zeigen, dass der Pollenflug inzwischen nicht nur früher beginnt, sondern auch länger andauert.

weise sieht das aber anders aus. „Und die Menschen aus diesen Ländern bringen Ihre Allergien mit.“

Wie kommt der Allergologe an die Pollen? „Die Falle arbeitet im Prinzip wie ein Staubsauger, der Luft ansaugt.“ Die Pollen bleiben dann auf einem Plastikstreifen kleben. Etwa fünf Zentimeter lang ist der Streifen eines Tages, der unter dem Mikroskop untersucht wird.

Die grüne Metallkonstruktion steht auf dem Dach des Ärztehauses in Leverkusen-Rheindorf, in dem Mülleneisens Allergie- und Asthmazentrum beheimatet ist. Rund 5.000 Euro hat sie gekostet. In der Pollensaison lässt der Allergologe sie täglich auswerten. Das übernimmt Jessica Kasel. Die pneumologische Fachhelferin ist zurzeit im Erziehungsurlaub. Mit der Auswertung verdient sie 400 Euro im Monat dazu. „Das ist doch eine gute Sache. Sie hat das Mikroskop zuhause und kann sich die Arbeit selbst einteilen“, sagt ihr Chef.

Rund 40 Pollenarten ist Kasel auf der Spur. In allergenen Hochzeiten, etwa wenn im März und April die Birkenpollen fliegen, kleben bis zu 400 Pollen auf dem Plastikstreifen.

Hanf oder Hopfen?

Die meisten Pollen erkennt Kasel sicher. Doch im August vergangenen Jahres stand sie vor einem Rätsel. „Sie meinte, Hopfenpollen gefunden zu haben“, erzählt Mülleneisen. Doch Hopfen gibt es nicht im Rheinland; die Anbauggebiete sind Hallertau, Elbe-Saale, Tettngang, Spalt und Hersbruck. Sollten die Pollen mehrere hundert Kilometer geflogen sein?

Der Allergologe inspizierte die Pollen genau. „Tatsächlich hatten wir Hanfpollen auf dem Streifen.“ Offenbar hat irgendjemand in der Nachbarschaft ein paar Cannabispflanzen gezüchtet. Der Helferin kann der Allergologe keinen Fehler vorwerfen. Denn Hopfen gehört zur Familie der Hanfgewächse; die Pollen von Cannabis und Hopfen sehen sich sehr ähnlich.

SPD gegen Kopfpauschale – KV Nordrhein für Honorargerechtigkeit

Die Versichertenpauschale ist das Hauptthema, mit der die SPD in Nordrhein-Westfalen in den Landtagswahlkampf ziehen will. Das machte der SPD-Vorsitzende Sigmar Gabriel auf dem Landesparteitag am 26. und 27. Februar in Dortmund deutlich: „Wir werden die Kopfpauschale verhindern.“ Denn eine solche Pauschale bedeute „die Zerstörung der gesetzlichen Krankenversicherung“. Während seiner Rede hielten Dutzende Delegierte Schilder mit der Aufschrift „Nein zur Kopfpauschale“ in die Höhe. Eine Unterschriftenaktion prominenter SPD-Politiker startete auf dem Podium des Parteitages.

Versichertenpauschale hin, prozentualer Kassenbeitrag her. Die ambulante Versorgung der Menschen im bevölkerungsreichsten Bundesland gerät schon heute unter Druck. Das machten die KV Nordrhein und KV Westfalen-Lippe deutlich, die im Foyer der Westfalenhalle gemeinsam präsent waren. Ihre Botschaft an die SPD-Gesundheitspolitik: Die niedergelas-

senen Ärzte und Psychotherapeuten erhalten in NRW deutlich weniger Honorar, als in vielen anderen Bundesländern. Das Ziel der KV Nordrhein: diese Benachteiligung stoppen.



Heike Gebhard (3. v. l.), gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion im Landtag NRW mit Dr. Edith Meier, KV Nordrhein, Thomas Müller, KV Westfalen-Lippe und Dr. Peter Potthoff, Vorstand der KV Nordrhein.

Cave: Fragwürdiges Forschungsprojekt der Firma I-Motion

Das Angebot klingt verlockend: Die Firma I-Motion spricht Ärzte an, um sie zur Teilnahme an einem „Forschungsprojekt“ über den Beratungsumfang von Pharmareferenten zu bewegen. Der Aufwand belaufe sich auf rund eine Minute pro Referenten-Besuch. Für die Teilnahme verspricht I-Motion die Umstellung der Praxis-EDV auf eine Praxissoftware der Firma DOCexpert durch die Firma I-Motion vollständig zu finanzieren. Auch die weitere Pflege des Systems wird für 36 Monate übernommen. Doch Vorsicht ist geboten: Die Ergebnisse der Studie dürften allein der

Pharmaindustrie nutzen. Und eine vollständige Umstellung der Praxis-EDV birgt Risiken bei der Datenübertragung.

Zudem erscheint die „Vergütung“ für die Teilnahme in Form einer vollständigen Praxissoftware inklusive drei Jahre Wartung gegenüber dem Aufwand für die Dokumentation unverhältnismäßig. Im Bereich der Anwendungsbeobachtungen hat dies in der Vergangenheit zu staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren geführt.

Der Weg zum BtM-Rezept

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Wie Praxen Betäubungsmittel-Rezepte erhalten, war im März eine häufig gestellte Frage.

Wie erhalte ich Betäubungsmittel-Rezepte?

Es gibt zwei unterschiedliche Wege für den Erstbezug und die Nachbestellung von Betäubungsmittel-Rezepten (BtM-Rezepten).

Erstbezug von BtM-Rezepten: Das Formular für die Erst-Anforderung von Betäubungsmittel-Rezepten können Sie über die Internetseite (www.bfarm.de) des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte / Bundesopiumstelle erhalten. Sie können das Formular auch schriftlich anfordern:

Bundesopiumstelle

Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3

53175 Bonn

oder telefonisch unter 0228 2074 321

(werktags zwischen 9 und 12 Uhr)

Den Erstanforderungsantrag müssen Sie ausfüllen und unterschreiben. Zusammen mit einer amtlich beglaubigten Kopie der Approbationsurkunde oder der Erlaubnis zur Berufsausübung schicken Sie den Antrag an die Bundesopiumstelle. (Das Beglaubigungsdatum darf nicht älter als drei

Monate sein.) Die Bundesopiumstelle teilt Ihnen dann eine BtM-Nummer zu, unter welcher Sie registriert sind, und schickt Ihnen die benötigten BtM-Rezepte und eine Anforderungskarte für künftige Rezepte zu.

Nachbestellung von BtM-Rezepten: Für die Nachbestellung verwenden Sie die Folge-Anforderungskarte. Kreuzen Sie die gewünschte Stückzahl an, teilen eventuelle Anschriftenänderungen oder Urlaubszeiten mit, unterschreiben die Karte und schicken sie an die Bundesopiumstelle. In Ausnahmefällen -Verlust der Folge-Anforderungskarte- können Sie die Rezepte auch formlos per Brief unter Angabe der BtM-Nummer und der Versandadresse anfordern. Folgeanforderungen, die „in Vertretung“ unterschrieben sind, beliefert die Bundesopiumstelle nicht. [KV100326](#)

In welchem zeitlichen Abstand kann die Gesundheitsuntersuchung (Check-up) erbracht werden?

Versicherte ab 35 Jahren haben jedes zweite Jahr einen Anspruch auf diese Untersuchung (EBM-Nummer 01732). Das bestimmen die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien. Gezählt wird nach Kalenderjahren. Die Untersuchung können Sie folglich jeweils im zweiten des auf die Untersuchung folgenden Jahres durchführen – und nicht erst nach Ablauf von 24 Monaten. Einen Patienten, bei dem Sie den Check-up im Dezember 2009 durchgeführt haben, könnten Sie im Jahr 2011 jederzeit wieder „checken“.

Wann haben Versicherte Anspruch auf die Jugendgesundheitsuntersuchung?

Die Jugendgesundheitsuntersuchung (J1) ist begrenzt auf den Zeitraum zwischen dem 13. und 14. Geburtstag. Zudem gibt es eine Toleranzzeit von zwölf Monaten vor dem 13. Geburtstag und zwölf Monaten nach dem 14. Geburtstag. Abrechnen können Sie die J1 unter der EBM-Nummer 01720.

Telefon, Fax und E-Mail der Serviceteams finden Sie im Impressum und auf Seite 11 dieser Ausgabe von KVNOaktuell



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)	Durchwahl-Nr.	Titel	(Seitenanzahl)
Bezirksstellen der KV Nordrhein					
7504	Bestellschein für Vordrucke	(2)	7551	Meldeformular für Laborgemeinschaften zur Direktabrechnung über die KV Nordrhein ab dem 4. Quartal 2008	(3)
Bezirksstelle Düsseldorf					
7500	Gesamtaufstellung – Zugelassene Ärzte	(4)	7553	DMP Asthma/COPD: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität (fachärztliche Versorgungsebene)	(1)
7501	Gesamtaufstellung – Ermächtigte Ärzte	(4)	7554	DMP Asthma/COPD: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
7502	Gesamtaufstellung – Krankenhäuser	(4)	7555	Ambulantes Operieren: Check-Liste	(9)
Bezirksstelle Köln					
7510	Gesamtaufstellung – Zugelassene Ärzte	(3)	7556	Anzeige über Beginn/Beendigung der Methadonsubstitution	(1)
7511	Gesamtaufstellung – Ermächtigte Ärzte	(3)	7557	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität für den Hausarzt	(1)
7512	Gesamtaufstellung – Krankenhäuser	(3)	7558	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität für die DSP und Kinderärzte	(4)
EDV/IT in der Arztpraxis					
7523	Merkblatt eHKS, elektronische Dokumentation zum Hautkrebs-Screening	(7)	7560	Patientendokumentation zur substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger	(4)
75 24	Online-Abrechnung mit D2D: Merkblatt für Arztpraxen	(14)	7561	Patientenerklärung zum Datenschutz / Abschluss	(2)
7525	D2D-Anmeldung	(8)	7562	Patientenerklärung zum Datenschutz / Beginn	(2)
7526	Merkblatt und Antragsunterlagen zur Blankoformularbedruckung	(6)	7563	Patientenmerkblatt: Darmkrebs-Früherkennung	(3)
7527	Merkblatt eKoloskopie-Dokumentation	(8)	7564	DMP Brustkrebs: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(2)
7528	Merkblatt: eDMP	(10)	7566	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
7529	Meldebogen für die IT-gestützte Quartalsabrechnung	(1)	7567	DMP Diabetes mellitus Typ 2: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
Pharmakotherapieberatung					
7532	Patentgeschützte Analogpräparate (Me-too-Liste 2010)	(2)	7568	DMP KHK: Erklärung über die Praxisausstattung	(2)
7533	Praxisbesonderheiten 2010 – Arzneimittel	(1)	7569	DMP KHK: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
7534	Richtgrößen 2010 – Heilmittel	(1)	Rechtsabteilung		
7536	Richtgrößen 2010 – Arzneimittel	(1)	7570	Kooperation mit pharmazeutischen Unternehmen	(4)
7537	GAmSI-Fax-Bestellformular	(2)	7571	Praxisgebühr: Mustermahnbescheid	(1)
7539	Genehmigungsverzicht bei Heilmittel-Verordnungen außerhalb des Regelfalles	(2)	7572	Rundschreiben der KBV zur Umsatzsteuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 UStG – Sachverständigentätigkeit eines Arztes für die gesetzliche Unfallversicherung	(5)
7541	Symbolnummer der Heilmittel-Praxisbesonderheiten 2010	(2)	Unternehmenskommunikation		
Qualitätssicherung/Sicherstellung					
7550	Bedarfsplanung	(4)	7580	Anfahrtsbeschreibung zur KV Nordrhein	(2)
			7581	Bestellformular: Publikationen der KV Nordrhein	(1)
			Vertragsabteilung		
			7586	Bezirksstelle Düsseldorf: Abrechnungsformular/Meldebogen für Impfungen gegen Influenza A/H1N1-Impfung (ab 20.11.2009)	(1)
			7587	Bezirksstelle Köln: Abrechnungsformular/Meldebogen für Impfungen gegen Influenza A/H1N1-Impfung (ab 20.11.2009)	(1)

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 in Düsseldorf

Experten der KV Nordrhein beantworten ihre Fragen rund um den Praxisalltag: Sei es zu Arznei- und Heilmitteln, dem Einsatz von IT in der Praxis, zu Kooperationen mit Selbsthilfegruppen und vielem mehr. Eine Anmeldung zum Infomarkt ist nicht nötig.

Termin: 7. April 2010, 15 bis 18 Uhr

Ort: KV Nordrhein (Haus der Ärzteschaft), Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Pharmakotherapie-Fortbildung für MFA

Die KV Nordrhein bietet weiter kostenlose Fortbildungsveranstaltungen für Medizinische Fachangestellte (MFA) an. Neu im Programm ist das Thema „Pharmakotherapie“. Konkret geht es um rechtliche Grundlagen, Richtgrößen und einzelnen Fragen zur Verordnung von Arznei- und Heilmitteln. Die Seminare finden mittwochs von 15 Uhr bis 17.30 Uhr statt.

Termin	Ort
19.5.2010	Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln
18.8.2010	KV Nordrhein (Haus der Ärzteschaft), Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
24.11.2010	Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln

Anmeldung

Nordrheinische Akademie, Tersteegenstraße 3, 40474 Düsseldorf

Telefon 0211 4302 1301

Telefax 0211 4302 1390

E-Mail: akademie@kvno.de

Round Table der KV Nordrhein mit Selbsthilfeorganisationen

Der Umgang mit Tod und Trauer ist sowohl in den Praxen als auch in den Patientenorganisationen Thema. Besondere Versorgungskonzepte in Nordrhein tragen dem Wunsch nach einem würdevollen Lebensende Rechnung. Experten stellen die Arbeit ärztlicher palliativer Netzwerke, die Hospizbewegung und die Arbeit von Selbsthilfegruppen vor. Auch medizinethische Fragen stehen auf der Tagesordnung, zum Beispiel ob eine Sondenernährung am Lebensende sinnvoll ist oder nicht. Schließlich formulieren Praxen und Patienten ihre Anforderungen an ein Patiententestament.

Termin: 5. Juni 2010, 10 bis 14 Uhr

Ort: KV Nordrhein (Haus der Ärzteschaft), Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Information und Anmeldung

KOSA der KV Nordrhein

Anke Petz

Telefon 0211 5970 8090

Telefax 0211 5970 8082

E-Mail kosa@kvno.de



5. Kongress / Samstag, 17. April 2010

Qualitätssicherung in ärztlicher Hand – zum Wohle der Patienten

Eine Kurzfassung des Programms ist auf der Rückseite abgedruckt.

Tagungsort: Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Uhrzeit: 9.15 – 17.00 Uhr

Teilnahmegebühr: 105 Euro inkl. Verpflegung, Studenten 52,50 Euro

Zertifiziert mit 9 Punkten

Informationen: Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Telefon 0211 4302 1571, Telefax 0211 4302 18571, E-Mail iqn@aekno.de, www.iqn.de

Bitte faxen an 0211 4302 18571

Hiermit melde ich mich verbindlich an:

Titel _____ Frau Herr Name _____

Vorname _____ Fachbereich _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____

Datum, Unterschrift, Stempel

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgendem
Workshop an (bitte einen Workshop ankreuzen)

9.15 Uhr Begrüßung und Einführung

9.45 Uhr Eröffnungsvortrag

12.00 Uhr Mittagspause

13.00 Uhr Workshop I (Pay for performance)

13.00 Uhr Workshop II (Primärarztversorgung)

13.00 Uhr Workshop III (Zusammenarbeit mit an-
deren Gesundheitsberufen)

9.15 Uhr Begrüßung und Eröffnung

Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Ärztekammer Nordrhein und der Bundesärztekammer

Bernd Brautmeier, Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Ministerialdirigentin Dr. Dorothea Prütting, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in NRW

Dr. Klaus Uwe Josten, Vorsitzender des Ausschusses Qualitätssicherung der Ärztekammer Nordrhein

Dr. Dirk Mecking, Vorsitzender des Gemeinsamen Ausschusses des IQN

9.45 Uhr „Der Gesundheitsfonds, Risikostrukturausgleich... (DRG, Regelleistungsvolumen) – die Finanzierung des Gesundheitswesens – was bedeutet dies für die Qualität der medizinischen Versorgung?“

Prof. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen

10.15 Uhr Diskussionsrunde

Birgit Fischer, Prof. Jörg-Dietrich Hoppe, Dr. Peter Potthoff, Prof. Kurt Rasche, Dr. Willibert Strunz,

Dr. Arno Theilmeier, Prof. Jürgen Wasem

Moderation Wolfgang van den Bergh, Chefredakteur Ärzte Zeitung

12.00 Uhr Mittagspause

Workshop I 13.00 – 17.00 Uhr Pay for performance	Workshop II 13.00 – 17.00 Uhr Primärarztversorgung	Workshop III 13.00 – 17.00 Uhr Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen
Moderation: Dr. Dirk Mecking	Moderation: Dr. Arno Theilmeier	Moderation: Dr. Klaus U. Josten, Dr. Alexander Heinkel
Pay for performance und Qualitätsindikatoren – wissenschaftliche Sicht Prof. Martin Scherer	Die Sicherstellung der wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung, Möglichkeiten und Grenzen Bernd Brautmeier	Delegation ärztlicher Leistungen – Möglichkeiten und Grenzen Dr. Dirk Schulenburg
Qualität – ein Maß für die Honorierung – ist das sinnvoll? Ist das machbar? – politische Aspekte Dr. Axel Munte	Bessere Versorgungsqualität durch Hausarztverträge? Dr. Christopher Hermann	Hausärztliche Versorgung in Norwegen – ein Beispiel für die Zukunft (in der Zusammenarbeit bei uns?) Harald Kamps
Qualitätsindikatoren – was ist sinnvoll? was ist machbar? Erste Erfahrungen aus der KBV Dr. Susanne Kleudgen	Primärarztzentrierte Versorgung – sichert diese die Qualität der medizinischen Versorgung? N. N.	Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im Krankenhaus Dr. Simone Gurlit und Maria Domke
Honorar nicht ohne Qualitätsnachweis? Jürgen Malzahn	Will ich als Patient einen Primärarzt? Was bedeutet das für die Qualität der medizinischen Versorgung? Wolfgang Schuldzinski	EVA, VerAH, AGNES – Entlastung oder Substitution ärztlicher Tätigkeit Frank Bausch
Pay for performance – was bedeutet das für meine Arbeit in der Praxis? Dr. Günther Egidi	Wie verändern sich die Strukturen der ambulanten Versorgung? Dr. Christian Kurbacher	Arztentlastende Strukturen: praktische Erfahrungen, Möglichkeiten und Grenzen aus der Sicht Medizinischer Fachangestellter Sabine Ridder
Pay for performance – was bedeutet das für die Patienten-Versorgung im fachärztlichen Bereich am Beispiel einer Orthopädischen Schwerpunktambulanz? Dr. Wolfgang Cordier		Die Zusammenarbeit mit Pflegeberufen – was ist sinnvoll, wie könnte die Zukunft aussehen? Peter Bechtel

Tag der Niedergelassenen



Die KBV und Ihre KV laden Sie ein zum Tag der Niedergelassenen am 7. Mai 2010 in Berlin. Besuchen Sie das Forum der Vertragsärzte und -psychotherapeuten beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit.

Seien Sie dabei, wenn um 11 Uhr der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Köhler mit Politikern und Ärzte-Vertretern die Frage debattiert: „Der Arzt im Wandel: Beruf statt Berufung?“

An allen drei Tagen des Hauptstadtkongresses (5. bis 7. Mai 2010) präsentieren wir Ihnen beim Info-Markt der KVen unsere Service-Angebote für Ihre Praxis.

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

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

Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

Ja, wir nehmen teil. Teilnehmerzahl

9.00—10.30 Uhr:	Rahmenbedingungen für Medizinische Versorgungszentren	<input type="checkbox"/>
9.00—10.30 Uhr:	Der Hygieneplan in der Praxis	<input type="checkbox"/>
9.00—10.30 Uhr:	Qualitätsorientierte Vergütung	<input type="checkbox"/>
14.00—15.45 Uhr:	Medizinprodukte hygienisch richtig aufbereiten	<input type="checkbox"/>
14.00—15.45 Uhr:	Stichprobenprüfungen durch KVen: Qual oder Qualitätsbeleg?	<input type="checkbox"/>
16.15—18.00 Uhr:	Die neuen Kodierrichtlinien	<input type="checkbox"/>
16.15—18.00 Uhr:	Qualitätsmanagement: aktuelle Entwicklungen und Neuerungen	<input type="checkbox"/>

Freier Eintritt zum Tag der Niedergelassenen für Vertragsärzte, -psychotherapeuten und Praxispersonal. Melden Sie sich bis zum 30. April 2010 hier an:

Vor- und Nachname:

Arztnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

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

Veranstalter: WISO S.E. Consulting GmbH

6 Fortbildungspunkte für die Teilnahme am Tag der Niedergelassenen
7. Mai 2010, ICC Berlin



Termine

■ 17.3.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Richtig abrechnen – Beispiele aus der Praxis“, Köln
■ 17.3.2010	Mitgliederversammlung der Kreisstelle Oberberg der KV Nordrhein, Wiehl
24.3.2010	KV Nordrhein Consult: „Betriebswirtschaftliches Basiswissen für die Arztpraxis“, Düsseldorf
■ 24.3.2010	Fortbildung der KV Nordrhein: „Einführungsworkshop rational und rationell verordnen“, Düsseldorf
27.03.2010	Beginn der Fortbildung der Nordrheinischen Akademie für Medizinische Fachangestellte: „Ambulante Versorgung älterer Menschen“, Düsseldorf
29. – 31.3.2010	Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften: „KBVMesse – Versorgungsinnovation 2010“, Berlin
■ 7.4.2010	Infomarkt der KV Nordrhein, Düsseldorf
14. – 18.4.2010	Fortbildung des Lehrstuhls für Naturheilkunde der Alfred Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftung: „Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren“, Essen
16.4.2010	KV Nordrhein Consult: „Datenschutz – AufbauSeminar“, Düsseldorf
17.4.2010	5. IQN-Kongress: „Qualitätssicherung in ärztlicher Hand – zum Wohle der Patienten“, Düsseldorf
21.4.2010	KV Nordrhein Consult: „Boxenstopp – Coaching“, Düsseldorf
24.4.2010	Hartmannbund – Landesverband Nordrhein: „Landesdelegiertenversammlung 2010“, Düsseldorf
1. – 7.5.2010	Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung: „Fortbildungskongress“, Norderney
5. – 7.5.2010	Hauptstadtkongress, Berlin
7.5.2010	Tag der Niedergelassenen, Berlin
■ 12.5.2010	Fortbildung der KV Nordrhein: „Einführungsworkshop rational und rationell verordnen“, Düsseldorf
■ 19.5.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zur Pharmakotherapie, Köln
■ 2.6.2010	RP-Sprechstunde: „Bluthochdruck“, Düsseldorf
■ 5.6.2010	12. Round-Table der KV Nordrhein mit Selbsthilfeorganisationen, Düsseldorf
■ 9.6.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Richtig abrechnen – Beispiele aus der Praxis“, Düsseldorf
9.6.2010	KV Nordrhein Consult: „Honorarverteilung, Abrechnung, Regelleistungsvolumen“, Düsseldorf
9.6.2010	IQN-Fortbildung: „Geburtshilfe – Thromboserisiken und Thromboseprophylaxe in der Schwangerschaft – die Problematik wiederholter Fehlgeburten“, Düsseldorf
■ 12.6.2010	4. Nordrheinischer Praxisbörsentag der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 15.6.2010	Kreisstelle Köln der KV Nordrhein: „Jour variable“, Köln
16.6.2010	KV Nordrhein Consult: „Praxiswertermittlung“, Düsseldorf
23.6.2010	KV Nordrhein Consult: „Praxisabgabe aus Sicht des abgebenden Arztes optimieren“, Düsseldorf
30.6.2010	IQN-Fortbildung: Verordnungssicherheit Teil 9: Elektronische Verordnungssysteme – wann und wie nützen sie im Praxisalltag?, Düsseldorf
■ 30.6.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung“, Köln
■ 7.7.2010	Infomarkt der KV Nordrhein, Köln
■ 18.8.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zur Pharmakotherapie, Düsseldorf
■ 21.9.2010	Kreisstelle Köln der KV Nordrhein: „Jour variable“, Köln
9. – 15.10.2010	Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung: „Fortbildungskongress“, Norderney
17. – 20.11.2010	MEDICA, Düsseldorf
■ 24.11.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zur Pharmakotherapie, Köln
■ 27.11.2010	Vertreterversammlung KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 4.12.2010	Vertreterversammlung KV Nordrhein, Konstituierende Sitzung, Düsseldorf

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

Impressum

KVNO aktuell

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

Serviceteams 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

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.

Vorschau KVNO ■ aktuell 4 | 10

- Allgemeinmedizin:
3.500 € Zuschuss für
den WB-Assistenten
- KV Nordrhein:
Bericht von der
Vertreterversammlung
- Abrechnung:
Online können die
Praxen Geld sparen
- Mammographie:
Kennzahlen zeigen
Nutzen des Screenings
- Service:
KV Nordrhein hilft bei
der Praxis-Nachfolge

**Die nächste Ausgabe von
KVNO aktuell erscheint
am 14. April 2010**

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 59 700 · Telefax 0211 5970 8287

www.kvno.de



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein