

■ Schwerpunkt

Arzneimittel

Weniger Regulierung und schnelle Nutzenbewertung

■ Hintergrund

Zweigpraxen

Ein Rezept gegen den Ärztemangel auf dem Land

■ Aktuell

Entlastung

Die ersten EVAs sind zum Einsatz bereit

■ Praxisinfo

Einmal-Abdecksets

Ab Oktober nicht mehr zusätzlich abrechenbar



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

- 1 Editorial

Schwerpunkt

- 2 Steigende Ausgaben für Spezialpräparate: Schnelle Nutzen-Bewertung soll die Spreu vom Weizen trennen

Aktuell

- 4 Vertreterversammlung der KV Nordrhein: Gegen Kodierrichtlinie und Aquik-Qualitätsindikatoren
- 6 Abrechnung bleibt länger auf Datenträger möglich: Online-Abrechnung hat Vorteile – Pflicht ist sie (noch) nicht
- 7 Seit 1. Juli in Kraft: Neuer Honorarverteilungsvertrag
- 8 Hausbesuche, Wundmanagement und Geriatrie: Entlastung für den Chef – die ersten EVAs sind da
- 10 136 Risikogebiete in Deutschland: Wann Kassen die FSME-Impfung bezahlen
- 11 50 Euro für U10, U11 und J2: TK und Knappschaft bieten neue Früherkennungsuntersuchungen

Berichte

- 18 Familienpraxis betreibt Zweigpraxis am Niederrhein: Kochs Rezepte gegen den Ärztemangel
- 20 Fragen und Antworten rund um die Zweigpraxis
- 22 Vierter Praxisbörsentag in Düsseldorf: 50 Hausärzte suchen eine Praxis
- 23 Hypertonieaktion in Köln: Kennen Sie Ihren Blutdruck?
- 24 Homepage der KV Nordrhein modernisiert: Die neue Informationszentrale im Internet
- 25 Videospot zu Kinder-Früherkennungsuntersuchungen

Service

- 26 TK kündigt Vertrag mit Atriomed
- 27 Aktuelle Fragen an die Serviceteams – und deren Antworten: Was tun mit Patienten mit der Europäischen Krankenversichertenkarte?
- 28 Erster Infomarkt für Medizinische Fachangestellte: Service auch für das Praxisteam
- 29 KV Nordrhein bietet neuen Service: Differenzierte Honorarauswertung für Gemeinschaftspraxen und Versorgungszentren
- 30 Fax-Abruf

Praxisinfo

- 12 Bescheide über Zuschläge zu den RLV aufgrund von Praxisbesonderheiten
- 12 Krankenseinweisungsschein reicht
- 12 Aktuelle Symbolnummern im Internet
- 12 Information des City BKK-Vorstandes
- 12 Signal Iduna IKK und IKK Nordrhein fusionieren zur Vereinigten IKK
- 12 Homöopathievertrag seit 1. Juli 2010 auch für Versicherte der BKK 24
- 12 Einmal-Abdecksets ab 1. Oktober nicht mehr zusätzlich abrechenbar
- 13 Praxisgebühr für Patienten der BKK Achenbach Buschhütten
- 13 EBM-Nr. 40860: Palliativversorgung und besondere Arzneimitteltherapien
- 13 Neues Merkblatt zum Mammografie-Screening

Arzneimittelinfo

- 14 Retardierte Opioide – preiswerte Generika verordnen
- 14 Glitazone und Glinide künftig nicht mehr auf Kassenrezept?
- 15 Kein Vorrat für längeren Auslandsaufenthalt
- 16 Von Abführmitteln bis Rhinologika – Was zahlen die gesetzlichen Kassen?



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

in unserem Brief haben wir bereits ausführlich die zu erwartenden Ergebnisse des 3. Quartals 2010 erläutert. Lassen Sie uns noch einmal zusammenfassen:

Statt der versprochenen Anhebung der Regelleistungsvolumen werden einige Fachgruppen Absenkungen ihres Umsatzes gegenüber dem Quartal III/2009 erleiden. Und dies, obwohl die Honorarsumme insgesamt höher ist als die des Bezugsquartals aus 2008. Es gibt auch bei dieser Reform sehr wohl Fachgruppen wie auch Praxen, die durch die Reform Umsatzzuwächse erzielen.

Trotzdem: Die Flut der gesetzlichen Gesundheitsreformen sowie die zentralistischen EBM- und Honorarverteilungsreformen der jüngeren Vergangenheit haben bewirkt, dass in Nordrhein viel zu wenig Geld für die ambulante Versorgung zur Verfügung steht. Zudem haben sie Umverteilungen in erheblichem Ausmaß bewirkt und für ein nicht enden wollendes Chaos und weitere Versorgungsunsicherung gesorgt.

Es darf nicht sein, dass wir gezwungen werden, durch immer kompliziertere Honorarverteilungsmechanismen den Mangel zu verwalten, und dies bei einer schrankenlos ausufernden Bürokratie, die nichts bringt, aber jedem Beteiligten Arbeits- und Tatkraft raubt.

Die Beschlüsse, die uns zu dieser Mangelverwaltung zwingen, fasst der Bewertungsausschuss, der paritätisch besetzt ist mit Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes der gesetzli-

chen Krankenkassen. Auf Druck der Krankenkassen sind wir mit der Reform der Reform zum 1. Juli 2010 von der Systematik wieder auf den Ausgangspunkt 2008 zurückgeworfen worden. Wieder wird unser ärztliches Handeln von Budgets bestimmt.

Die Kassenvertreter versuchen mit der neuerlichen Budgetierung schon im Vorgriff ihr Defizit, das für das kommende Jahr prognostiziert wird, klein zu halten. Die KBV versucht die Quadratur des Kreises. Sie versucht eine gerechtere Verteilung des Honorars zu bewerkstelligen durch ein immer enger geknüpftes Netz von Vorschriften.

Wir finden: Es reicht! Das haben wir in unserem Brief geschrieben. Heute bekräftigen wir diese Auffassung noch einmal. Doch wir müssen dies auch gemeinsam zum Ausdruck bringen. Der Bewertungsausschuss soll wissen, dass es so nicht weitergeht. Er kann sich auch nicht länger in die Anonymität zurückziehen.

Deshalb werden wir alle uns offen stehenden Klagemöglichkeiten ausschöpfen. Doch wir sollten auch direkt dem Bewertungsausschuss unsere Meinung sagen!

Mit freundlichen Grüßen
Ihr KV-Vorstand

Dr. Peter Potthoff

Bernd Brautmeier

Schnelle Nutzen-Bewertung soll die Spreu vom Weizen trennen

Eine Einigung im Streit zwischen FDP und CSU um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erscheint ferner denn je. Um so mehr muss die Bundesregierung nun auf der Ausgabenseite ihre Handlungsfähigkeit unter Beweis stellen. Besonders dringlich: die Arzneimittel. Hier tritt nun die schwarz-gelbe Bundesregierung gleich zwei Mal in rascher Folge auf die Kostenbremse.

Bereits Mitte Juni hat der Bundestag das GKV-Änderungsgesetz (GKV-ÄndG) verabschiedet. Es bringt unter anderem eine deutliche Erhöhung des Herstellerabschlags für nicht festbetragsgebundene Arzneimittel von sechs auf 16 Prozent. Damit diese Maßnahme nicht durch Preiserhöhungen postwendend unterlaufen wird, gilt ein Preismoratorium rückwirkend ab August 2009. Beide Maßnahmen gelten bis Ende 2013 und sollen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung jährlich um rund 1,15 Milliarden Euro senken.

Noch vor Inkrafttreten des GKV-ÄndG wurde ein Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) bekannt. Darin plant die Bundesregierung eine verbindliche Nutzen-Bewertung bereits zur Einführung neuer Arzneimittel.

Der Löwenanteil an den Mehrkosten für Arzneimittel verteilt sich auf

wenige Arzneimittelgruppen. Besonders neue Spezialpräparate wie Zytostatika belasten die Arzneimittelausgaben überproportional. Der AMNOG-Entwurf sieht daher vor, neue Arzneimittel künftig hinsichtlich ihres Nutzens frühzeitig zu prüfen und einen GKV-Erstattungspreis festzulegen.

Denn anders als in fast allen Staaten können hierzulande pharmazeutische Hersteller ihre Produkte zu einem von ihnen selbst festgesetzten Preis auf den Markt bringen. Dieses Privileg bleibt mit dem AMNOG zwar erhalten, aber nur für die Dauer eines Jahres.

Drei Monate Zeit für Bewertung

Bereits zur Einführung eines neuen Arzneimittels soll der pharmazeutische Hersteller künftig ein Dossier zu Wirksamkeit, Nutzen und Kosten vorlegen. Auf dieser Grundlage wird der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) bzw. das von ihm beauftragte Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) innerhalb von drei Monaten eine entsprechende Beurteilung abgeben. Mit dem Instrument einer Schnellbewertung für Arzneimittel reagiert der Gesetzgeber auf die anhaltende Kritik an den teils jahrelangen Verfahren des GBA zur Nutzenbewertung neuer Medikamente und Behandlungsmethoden.

Arzneimittel, denen der GBA einen Zusatznutzen attestiert, gelten als „Solist“ und bleiben festbetragsfrei. Arz-



Lichtet das Regulierungsdickicht:
Minister Dr. Philipp Rösler Foto: BMG

neimittel ohne Zusatznutzen werden einer Festbetragsgruppe zugeordnet. Wenn diese nicht existiert, verhandeln der Spitzenverband der Krankenkassen und das pharmazeutische Unternehmen über einen Erstattungsbetrag, der sich an einer Vergleichstherapie orientiert. Kommt keine Einigung zustande, entscheidet eine Schiedsstelle.

Für die Solisten treten der GKV-Spitzenverband und der pharmazeutische Hersteller in Preisverhandlungen ein. Kann innerhalb von sechs Monaten keine Einigung erzielt werden, setzt eine Schiedsstelle innerhalb von weiteren drei Monaten einen Preis fest, der sich am europäischen Durchschnittspreis eines Präparates orientiert. Die Schiedsstelle wird vom GKV-Spitzenverband und dem Verband, der die Interessen der pharmazeutischen Unternehmen vertritt, gemeinsam gebildet. Der Schiedsstelle gehören zudem drei unabhängige Mitglieder an, darunter auch der Vorsitzende.

Die Verhandlungspartner oder die Schiedsstelle entscheiden nicht über den Listenpreis eines Präparats, sondern über den Preis, den die gesetzlichen Krankenkassen für das Medikament erstatten. Dieser Rabattpreis gilt spätestens ein Jahr nach Markteintritt des Präparates. Die Klage eines Herstellers gegen den Schiedsspruch oder die Einordnung eines Präparats in eine Festbetragsgruppe hat keine aufschiebende Wirkung.

Alle Studien auf den Tisch

Mit Blick auf die von den Herstellern zu liefernden Dossiers verlangt der Gesetzgeber die vollständige Übermittlung aller relevanten Informationen. Damit soll verhindert werden, dass beispielsweise Studiendaten unterdrückt oder selektiv dargestellt werden.

In ersten Reaktionen bescheinigen auch Kritiker der schwarz-gelben Gesundheitspolitik, dass der Gesetzentwurf wichtige Maßnahmen in Richtung Kosteneffizienz enthält: Schon lange fordern Gesundheitsökonomien, Ärzte und Pharmakologen eine Nutzenbewertung von Arzneimitteln, die über den bloßen Nachweis der Wirksamkeit, wie er im Verfahren der Arzneimittelzulassung gefordert wird, deutlich hinausgeht. Dennoch wird zunächst

die Pharmazeutische Industrie die Preise für neue Arzneimittel weiterhin vorgeben. Ferner muss der Gemeinsame Bundesausschuss durch deutliche Vorgaben sicher stellen, dass das Hersteller-Dossier eine objektive und ausreichende Quelle zur Nutzenbewertung ist.

Es wird übersichtlicher

Der vorliegende Entwurf des AMNOG enthält eine Reihe weiterer Neuregelungen, die für die Vertragsärzte bedeutsam sind. Damit soll das Regulierungsdickicht rund um die Arzneimittelversorgung gelichtet werden:

- Die Bonus-Malus-Regelung soll gestrichen werden. Dieser Papiertiger konnte aufgrund der Rabattverträge nicht umgesetzt werden.
- Die Richtgrößenprüfungen werden weiterhin möglich sein. Denn die Kassen werden künftig auch Fallzahlen und verordnete Leistungen aus Selektivverträgen (zum Beispiel Verträge der hausarztzentrierten Versorgung des Hausärzteverbandes) an die Prüfungsstelle liefern müssen. Alternativ erhält die Selbstverwaltung die Möglichkeit, die Richtgrößenprüfungen durch eine Prüfung der Wirkstoffauswahl und Mengen in den einzelnen Anwendungsgebieten abzulösen.
- Die Regelung zur Verordnung besonderer Arzneimittel („Zweitmeinung“) soll aufgehoben werden.
- Das unübersichtliche System an Therapiehinweisen und Verordnungsausschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses wird klarer geregelt.
- Die Laufzeit von Rabattverträgen beträgt künftig zwei Jahre. Dies dient einerseits der verlässlichen Arzneimittelversorgung für die Patienten (Compliance) und fördert andererseits den Wettbewerb, in dem Anbieter, die in einem vorangegangenen Vergabeverfahren nicht zum Zuge kamen, nicht dauerhaft vom Markt ausgeschlossen bleiben.
- Patienten können künftig anstelle eines Rabattarzneimittels ein anderes Präparat verlangen, wenn sie die Differenz zahlen.

Politische Beobachter rechnen damit, dass der Entwurf ohne gravierende Veränderungen im Parlament verabschiedet und zum 1. Januar 2011 in Kraft treten dürfte.

Gegen Kodierrichtlinie und Aquik-Qualitätsindikatoren

Die Vergütung in Nordrhein, die Kodierrichtlinie und die Aquik-Qualitätsindikatoren sind nur einige Stichworte der Beschlüsse der geschlossenen Arbeitssitzung der Vertreterversammlung der KV Nordrhein am 26. Mai 2010.

Entsprechend einem Beschluss der Vertreterversammlung (VV) geben wir im Folgenden die Beschlüsse im Wortlaut wieder.

Aquik-Qualitätsindikatoren abgelehnt

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein lehnt Aquik-„Qualitätsindikatoren“ für die ärztliche Versorgung als ungeeignete und in der Wirksamkeit unbewiesene Instrumente ab, die nur weitere ärztliche Arbeitszeit den Patienten entziehen.

Die Aquik-Systematik entstammt einem Patienten- und Krankheitsmanagement und ist sachlich nicht in der Lage, die Qualität ärztlicher Leistungen abzubilden. Sie verführt zu Fehldarstellungen und ist damit nicht anwendbar.

Sie setzen auf Abfragen von Surrogatparametern und dienen lediglich dem „Profiling“ und der Kennzahlen-

ermittlung für Qualitätsvorstellungen der Kostenträger. International liegen keinerlei Erkenntnisse für einen medizinischen Nutzen vor.

In internationalen Erfahrungen (USA, UK) ist eindeutig belegt:

- Schwierige und multimorbide Patienten, die die Qualitätsbilanz belasten, werden gezielt abgewiesen.
- Indikatoren existieren nur auf dem Papier, entsprechen nicht der Wirklichkeit.
- Auch diese Berichtsbürokratie belastet den Praxisalltag zusätzlich.

Es ist kontraproduktiv, an die Erfüllung solcher „Qualitätsparameter“ Vergütungen zu koppeln oder umgekehrt Abschläge zu fordern, wenn eine vorgegeben behauptete Qualität nicht erreicht wird.

*Antragsteller: Dres. Dirk Mecking und Stephan Becker
Beschluss: Der Antrag wird bei wenigen Enthaltungen mehrheitlich angenommen.*

Kodierrichtlinien verhindern

Die KV Nordrhein soll gemeinsam mit anderen KVen via Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV-VV) die Einführung der Kodierrichtlinien bundesweit verhindern.

*Antragsteller: Prof. Klaus-Erich Goder
Beschluss: Der Antrag wird bei wenigen Nein-Stimmen und Stimmenthaltungen mit 18 Ja-Stimmen angenommen.*



Die Vertreter stimmten auch für die bundesweite Angleichung der Regelleistungsvolumen

Die Vertreterversammlung KV Nordrhein fordert von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die „ambulante Kodierrichtlinie“, die zum 1. Januar 2011 verbindlich eingeführt werden soll, nicht einzuführen.

Die bisher im Bundesgebiet mittels Diagnosecodierung dokumentierte Morbidität ist nicht plausibel und damit zur Bereinigung der Vergütung nachweislich nicht geeignet. Damit disqualifiziert sich die Diagnosecodierung als nicht sachgerecht und nicht praktikabel für die Honorarsteuerung.

Antragsteller: Prof. Bernd Bertram

Beschluss: Der Antrag wird bei einer Nein-Stimme und einigen Enthaltungen mehrheitlich angenommen.

Sofortiger Honorarausgleich

Die Vertreterversammlung (VV) lehnt die Beschlussfassung der VV der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV-VV), die ungerechte Honorarverteilung bei der Honorarreform erst in den kommenden Jahren durch eine asymmetrische Verteilung möglicher Zuwächse auszugleichen als völlig inakzeptabel ab. Dies ist eine durchsichtige Verzögerungstaktik der KBV-VV, die den Status quo

auf Jahre hinaus zementiert. Die VV der KV Nordrhein fordert weiterhin einen sofortigen Ausgleich innerhalb des KV-Systems und fordert den Vorstand der KV Nordrhein auf, diese Forderung gegenüber der KBV und dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) unverzüglich weiter zu verfolgen.

Antragsteller: Dr. Dirk Mecking und Rainer Kötzle

Beschluss: Der Antrag wird bei drei Gegenstimmen und einigen Enthaltungen mehrheitlich angenommen.

Regelleistungsvolumen bundesweit angleichen

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf, binnen eines halben Jahres die Fachgruppen bezogen auf die RLV bundesweit zu homogenisieren mit einer maximalen Abweichung von einem Mittelwert von 1,00 Euro.

Antragsteller: Dr. Oliver Funken

Beschluss: Der Antrag wird bei zwei Gegenstimmen und einigen Enthaltungen mehrheitlich angenommen.

Die Beschlüsse im Wortlaut finden Sie auch unter www.kvno.de im Internet.

KW100705

Stichwort:

Kodierrichtlinie

Die genannte Kodierrichtlinie wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eingeführt. Zum besseren Verständnis kizzieren wir im Folgenden kurz die Richtlinie.

Das Messen der Morbidität steht und fällt mit der Diagnose-Verschlüsselung. Die ist nach Ansicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) derzeit zu allgemein. So lasse sich der Schweregrad einer Erkrankung und der eventuell höhere Behandlungsbedarf nicht nachvollziehen. „Wir wollen mit der Richtlinie wirklich transparente Regeln in der Praxis umsetzen, damit die Kassen in

die Pflicht kommen, nach Morbidität zu vergüten“, sagt Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der KBV.

Dazu hat die KBV Erläuterungen und Klarstellungen zum Umgang mit der ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) entwickelt. Die Kodierrichtlinie wird ab Juli in Bayern von 100 Praxen getestet. Ab 1. Januar 2011 soll sie bundesweit gelten.

*Einen Video-Podcast zur Kodierrichtlinie finden Sie unter www.kv-on.de im Internet. **KW100707***

Abrechnung bleibt länger auf Datenträger möglich

Online-Abrechnung hat Vorteile – Pflicht ist sie (noch) nicht

Von der Vorgabe zur Online-Abrechnung sollten sich Praxen nicht unter Druck setzen lassen.

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein forderte jüngst, die Pflicht zur Online-Abrechnung auszusetzen. Viele Praxen hat die Meldung überrascht. Gibt es diese Pflicht? Und wer hat sie festgelegt?

Wie welche Abrechnungsdaten an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu übermitteln sind, regelt das Sozialgesetzbuch in Paragraf 295 allgemein. Genauer legt die Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zum „Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zweck der Abrechnung“ fest.

Unhaltbare Termin-Vorgabe

Diese Richtlinie bestimmt, dass die Abrechnungsdaten elektronisch zu übermitteln und die Gesamtaufstellung digital zu signieren sind. Dazu aber sind die meisten Praxen in Deutschland aber derzeit technisch gar nicht in der Lage. „Die Frist ist unrealistisch“, sagt Bernd Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein.

Von den rund 15.000 Praxen in Nordrhein rechnen derzeit knapp 2.000 online mit der D2D-Technik ab. Fast

1.000 von ihnen nutzen den elektronischen Heilberufsausweis (HBA), um die Gesamtaufstellung digital zu signieren. „In keiner Region ist der Anteil online abrechnender Ärzte und Psychotherapeuten, die die KBV-Richtlinie schon heute erfül-

len, höher als im Rheinland“, betont Gilbert Mohr, Leiter der Abteilung IT in der Arztpraxis der KV Nordrhein.

Keine Sanktionen

Trotzdem: Die Vorgabe der KBV-Richtlinie ist nicht zu halten. Der Vorstand der KV Nordrhein hat dies in den KBV-Gremien vorgetragen. Nach uns vorliegenden Informationen haben Praxen im Rheinland auch keine Sanktionen zu fürchten, wenn sie 2011 noch mittels Datenträgern abrechnen.

Unabhängig von kommenden gesetzlichen Verpflichtungen gibt es aber gute Gründe für die Online-Abrechnung. So steht per Testabrechnung das amtliche Regelwerk Tag und Nacht für praxisindividuelle Prüfungen zur Verfügung. Spätestens drei Stunden nach dem Versand erhält die Praxis eine Antwort von der KV mit Informationen zur formalen, aber auch zur inhaltlichen Richtigkeit der Abrechnung.

Wer online abrechnet und die Gesamtaufstellung mit dem HBA digital signiert, spart zudem Verwaltungskosten: Der Satz liegt bei 2,4 Prozent statt 2,6 Prozent bei den Disketten- oder CD-Abrechnern. Eine Praxis mit einem Jahresumsatz mit der gesetzlichen Krankenversicherung von 160.000 Euro spart so Gebühren von 320 Euro pro Jahr.

Dagegen stehen die Kosten für ein HBA-Lesegerät, etwa 50 bis 80 Euro. „Zudem können noch Kosten durch Ihr Softwarehaus entstehen und für den Anschluss von KV-Safenet“, erläutert Mohr. Auch den HBA gibt es nicht umsonst. Derzeit kostet er 5,90 Euro monatlich. Der Preis wird künftig auf 7,90 Euro für Ärzte steigen, für Psychotherapeuten sogar auf 9,90 Euro.

Frist zur Online-Abrechnungspflicht aussetzen

Der Vorstand der KV Nordrhein wird aufgefordert, für die KV Nordrhein die Verpflichtung zur Online-Abrechnung zum 1. Januar 2011 auszusetzen und dieses Vorgehen umgehend zu veröffentlichen.

*Antragsteller: Martin Grauduszus
Beschluss: Der Antrag wird ohne Gegenstimme und bei einigen Enthaltungen mehrheitlich angenommen.*

Neuer Honorarverteilungsvertrag

Ab 1. Juli 2010 gilt ein neuer Honorarverteilungsvertrag. Darin finden Sie nun auch die auf Nordrhein heruntergebrochenen neuen Regelungen der Honorarverteilung, sprich: die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV). Für welche Fachgruppen Regelleistungsvolumen (RLV) und QZV gelten, listet Anlage B3 des Honorarver-

teilungsvertrags auf. Wie Regelleistungsvolumen und QZV im einzelnen berechnet werden, stellt Anlage B4 dar. Anlage B5 zeigt die QZV für alle Fachgruppen.

Der neue Honorarverteilungsvertrag im Wortlaut erscheint in der Juli-Ausgabe des Rheinischen Ärzteblattes als amtliche Bekanntmachung. Sie finden ihn auch im Internet unter www.kvno.de

Fragen und Antworten zu RLV und QZV

Werden die Leistungen für die unvorhergesehene Inanspruchnahme und die dringenden Besuche weiterhin außerhalb des Regelleistungsvolumens (RLV) gezahlt?

Nein, die „Unvorhergesehene Inanspruchnahme“ nach den Nummern 01100 oder 01101 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und der „Dringender Besuch“ nach den EBM-Nummern 01411, 01412 oder 01415 fällt ab dem 1. Juli 2010 ins Regelleistungsvolumen. Das gilt auch für die „Samstagssprechstunde“ (01102 EBM). Die KV Nordrhein plant, für die genannten Leistungen und die „Sonstigen Hilfen“ der Gynäkologen ab dem 4. Quartal ein QZV zu bilden.

Ist mein RLV und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gegenseitig verrechenbar?

Ja, sofern das einer Praxis zugewiesene RLV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus den zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gefüllt werden. Umgekehrt geht das auch.

Welche EBM-Nummern gehören zu den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen Sonographie I und III im hausärztlichen Versorgungsbereich?

Der Bewertungsausschuss sieht für die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen Sonographie I und III folgende EBM-Nummern im hausärztlichen Versorgungsbereich (außer Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin) vor:

Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Sonographie III	33060, 33061, 33062

Achtung: Bei den Fachärzten fallen andere Leistungen in die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen.

Wie werden die Vorsorgeleistungen ab 1. Juli 2010 vergütet?

Alle Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4 des EBM zahlen die Kassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Sie erhalten für diese Leistungen somit in jedem Fall den Orientierungspunktwert; der beträgt in diesem Jahr 3,5048 Cent.

Werden die KO-Leistungen für Hausärzte weiterhin außerhalb des RLV gezahlt?

Ja, die KO-Leistungen werden weiterhin außerhalb des RLV vergütet. Allerdings wird auf der Basis des Leistungsbedarfs des entsprechenden Quartals des Jahres 2009 ein eigenständiges Kontingent für diese Leistungen gebildet.

Gibt es im 3. Quartal noch die Fallwertzuschläge zu den RLV?

Ja, die Fallwertzuschläge bleiben für dieses Quartal noch bei allen Arztgruppen erhalten. Mit einer Ausnahme: die Ärzte für radiologische Diagnostik. Hier gib es eine Änderung in der Systematik für CT- bzw. MRT-Leistungen und deswegen keine Fallwertzuschläge.

Entlastung für den Chef – die ersten EVAs sind da

Einunddreißig Entlastende Versorgungsassistentinnen (EVA) haben ihre Ausbildung am 2. Juni abgeschlossen. Sie übernehmen jetzt mehr Aufgaben in der Praxis.

„Für mich stehen jetzt auch Hausbesuche auf der Tagesordnung“, berichtet Sabrina Ostrowski, die in einer Troisdorfer Allgemeinarztpraxis arbeitet. Entlastung des Praxisinhabers von delegierbaren Routinejobs – das ist das Ziel. Damit qualifizierte Medizinische Fachangestellte mehr Aufgaben übernehmen können, gibt es die Fortbildung zur EVA. Angeboten wird sie von der KV Nordrhein in Zusammenarbeit mit der Nordrheinischen Akademie.

Die Qualifikation ist ganz im Sinne von Reiner Cremer, in dessen Praxis Ostrowski arbeitet. „Hausbesuche bekommen wir zurzeit faktisch nicht vergütet. Da muss ich delegieren.“ Denn der Besuch der EVA entlastet den Hausarzt zeitlich. Weil es für die EVA-Hausbesuche derzeit kein Extra-Honorar gebe, sei es günstiger, wenn Ostrowski zum Beispiel eine routinemäßige Wundversorgung übernehme. „Bei Problemen komme ich natürlich mit raus“, betont Cremer.

Ausbildung neben der Praxisarbeit machbar

Knapp eineinhalb Jahre dauert die Ausbildung. Der EVA-Pflichtteil umfasste 178 Unterrichtsstunden. Dazu ka-

men für die Teilnehmerinnen des Starterkurses ein bis drei Wahlmodule, je nach Thema also nochmals zwölf bis 50 Unterrichtsstunden. „Das ist anstrengend, aber auch neben der eigentlichen Praxisarbeit zu schaffen“, meint die 25-Jährige. Zwei bis dreimal im Monat, Mittwoch- oder Freitagnachmittags, mitunter auch Samstags oder Sonntags, findet der Kurs statt. Also im Wesentlichen außerhalb der Sprechzeiten.

Zudem können die angehenden EVAs fast ein Drittel der Inhalte online erarbeiten. „Das funktioniert gut“, betont Ostrowski. Weniger Präsenztage, das ist ein Vorteil des digitalen Lernens. Auf einen anderen weist Dr. Peter Lösche, Geschäftsführer der Akademie hin: „Wer einmal bei uns auf der Plattform registriert ist, erhält auch die Inhalte der Folgekurse. So lässt sich das Wissen stets auffrischen – oder neue Erkenntnisse aneignen. „Das bieten nur wir im Rheinland“, betont Lösche das Alleinstellungsmerkmal der nordrheinischen Akademie.

Wichtiger als die arbeitskompatiblen Kurszeiten sind die Inhalte. Die schienen beim ersten Durchgang schon weitgehend zu stimmen. „Ich werde den Kurs auf jeden Fall weiterempfehlen“, sagt Ostrowski. Besonders wichtig sind ihr die Ansprechpartner, die sie bei der Fortbildung kennengelernt hat. Zum Beispiel für das Wundmanagement: „Da kann ich in Zweifelsfällen eine zusätzliche qualifizierte Einschätzung einholen.“

Auch für Facharzt-Praxen interessant

Die nordrheinischen EVAs kommen nicht nur aus Hausarztpraxen. Lilia Kilb beispielsweise arbeitet in einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis in Gummersbach. „Die



Einsatzbereit: die 31 EVAs am 2. Juni im Haus der Ärzteschaft

Fortbildung ist sehr praxisnah", sagt die 25-Jährige, „besonders das Notfallmanagement.“

Neben Notfall- und Wundmanagement enthält das Curriculum weitere neun Pflichtmodule. Darunter das geriatrische Basisassessment, Untersuchungs- und Behandlungsverfahren häufiger Krankheiten in der hausärztlichen Praxis (zum Beispiel das Metabolische Syndrom), Sozialrecht und elektronische Kommunikation. Auch eine praktische Fortbildung zu Hausbesuchen müssen die EVAs absolvieren.

Knackpunkt Vergütung

Für solche Hausbesuche soll die Praxis eigentlich 17 Euro bekommen. Das hatte der Bewertungsausschuss im März 2009 beschlossen. Der Arzt kann an die Helferinnen zum Bei-



Praxisnah und hilfreich – Lilia Kilb und Sabrina Ostrowski hat die Ausbildung gut gefallen

spiel das Anlegen der Langzeit-Blutdruckmessung und des Langzeit-EKG delegieren, Laborparameter wie Glucose oder Gerinnung vor Ort bestimmen lassen oder das Einnehmen von Medikamenten dokumentieren lassen. Auch standardisierte Tests (etwa Timed-up-and-go, Esslinger Sturzrisikoassessment, Demenz) sind delegierbar. Zusätzlich abrechenbar sind auch die postoperative Betreuung und in Einzelfällen Besuche. So weit, so gut.

Doch die qualifizierten Helferinnen EVA, VERAH und Co erhalten die Vergütung bis jetzt nur in unterversorgten Gebieten oder dort, wo nach Auffassung der Zulassungsausschüsse „ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf im hausärztlichen Versorgungsbereich“ besteht. Das ist in Nordrhein derzeit nirgends der Fall.

Trotz dieses Mankos hält Frank Bausch, Geschäftsführer der KV Nordrhein Consult, die Ausbildung für „eine sinn-

volle Investition in die Zukunft. Denn früher oder später wird es zu mehr delegierbaren Leistungen in der Patientenversorgung kommen.“ Die KV setze sich dafür ein, dass die Leistungen der EVA zum Beispiel im Rahmen von Verträgen der hausarztzentrierten Versorgung besonders vergütet werden. Dafür tritt auch der Verband medizinischer Fachberufe ein. Die Vorsitzende des Landesverbandes West, Doris Schmidt: „Wir kämpfen dafür, dass diese qualifizierte Arbeit auch bezahlt wird.“

Ungeachtet dieses Vergütungs-Problems schätzen die neuen EVAs ihre Fortbildung. Eine bessere Qualifikation, mehr Kompetenzen und die Entlastung des Praxisinhabers sind gute Gründe für die Teilnahme. Einige wie Sabrina Ostrowski können sich zudem über eine Gehaltserhöhung freuen. Gestimmt hat auch die Atmosphäre im Kurs. „Wir sind ein bisschen traurig, dass es jetzt vorbei ist.“



Lilia Kilb mit ihrem EVA-Zertifikat. Das überreichten Dr. Peter Lösche, Dr. Caroline Kühnen (Nordrheinische Akademie) und Frank Bausch (KV Nordrhein Consult)

Neuer EVA-Kurs

Die ersten Versorgungsassistentinnen sind fertig, die zweite Fortbildung läuft derzeit. Im Oktober oder November startet der dritte Durchgang.

Info und Anmeldung
Nordrheinische Akademie
Kerstin Scheufen
Telefon 0211 4302 1301
Telefax 0211 4302 18301
E-Mail kerstin.scheufen@aecko.de

Ausführliche Informationen finden Sie auch im Internet unter www.kvno.de **[W100709]**

Wann Kassen die FSME-Impfung bezahlen

Der kalte Winter konnte ihnen nichts anhaben, jetzt krabbeln sie wieder:

Die Zeckensaison hat begonnen – und es wird voraussichtlich ein ganz normales Zeckenjahr.

Als Überträger von Infektionskrankheiten sind die Plagegeister gefürchtet. Jährlich erkranken in Deutschland Schätzungen zufolge zwischen 60.000 und 80.000 Menschen an der bundesweit auftretenden Bakterieninfektion Borreliose. Besonders in Süddeutschland ist zudem das Risiko hoch, sich mit der Viruserkrankung FSME (Frühsummer-Meningoenzephalitis) zu infizieren.

Immer mehr Risikogebiete

Seit 1998 hat sich die Zahl der FSME-Risikogebiete in Deutschland etwa verdoppelt. Inzwischen sind 136 Landkreise oder kreisfreie Städte als Risikogebiet eingestuft, 1998 waren es 68. Vor allem Bayern, Baden-Württemberg und Hessen sind betroffen. In Ostdeutschland ist das FSME-Risiko in Thüringen am höchsten, sieben Regionen sind hier Risikogebiete.

- die erste Dosis eines Impfzyklus rechnen Sie bitte mit der Symbolnummer 89102A ab,
- die letzte Dosis mit der Nummer 89102R und
- die Auffrischimpfung mit der Nummer 89102R.

Den Impfstoff beziehen Sie in diesen Fällen als Sprechstundenbedarf.

Wünschen Patienten, die sich nicht in FSME-Risikogebieten in Deutschland aufhalten, eine FSME-Impfung, so handelt es sich dabei um eine Leistung, die die Patienten aus eigener Tasche zahlen müssen. Den Impfstoff verordnen Sie in diesem Fall auf einem Privat Rezept.

Ausnahme: Die Barmer GEK zahlt die Zeckenimpfung auch in Deutschlands „Nicht-Zeckengebieten“. Sie können die Leistung mit der Symbolnummer 89706 abrechnen. Den Impfstoff bitte auf den Namen des Patienten auf einem Kassenrezept verordnen und als Kostenträger die Barmer GEK eintragen.

Beachten Sie Sonderverträge

Reisen die Patienten ins Ausland, so handelt es sich bei der FSME-Impfung grundsätzlich um eine privat zu zahlende Impfung, bei der der Impfstoff auf einem Privat Rezept verordnet wird. Allerdings hat die KV Nordrhein mit mehreren Krankenkassen Sonderverträge geschlossen. Bei diesen Verträgen rechnen Sie die Leistungen mit der Symbolnummer 89706 ab. Den Impfstoff verordnen Sie bitte mit dem Namen des Patienten auf einem Kassenrezept.

Eine Übersicht über die Risikogebiete finden Sie im Internet-Angebot des Robert Koch-Instituts unter www.rki.de. Eine Liste der Kassen, mit der die KV Nordrhein Sonderverträge zur FSME-Impfung geschlossen hat, finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KW100710](#)

Blutsauger als Krankheitsträger

Mögliche Erkrankungen nach einem Zeckenbiss

	Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	Lyme-Borreliose (LB)
Erreger	Viren	Bakterien
	grippeähnliche Symptome, Hirnhautentzündung	grippeähnliche Symptome, dauerhafte Spätschäden (u. a. Arthritis)
Vorbeugung	Impfung	nicht möglich

■ Risikogebiet

Zecken-Saison Frühjahr bis Herbst

Verteilung FSME-Erkrankungen 2009

insgesamt	313 Fälle
Baden-Württemberg	146
Bayern	130
andere Bundesländer	21
Hessen	16

dpa • 12660

Halten sich Patienten in FSME-Risikogebieten in Deutschland auf, dann können Ärzte die Impfung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abrechnen. Die Abrechnung dieser Impfungen funktioniert so:

50 Euro für U10, U11 und J2

TK und Knappschaft bieten neue Früherkennungsuntersuchungen

Die Palette der Vorsorgeuntersuchungen für Kinder ist um die U10 und die U11 erweitert worden. Zumindest wenn sie bei der Techniker Krankenkasse oder der Knappschaft versichert sind.

Die Untersuchungen schließen die große Lücke zwischen U9 und J1. Die U10 (Grundschulcheck im Alter von sieben bis acht Jahren) und die U11 (Untersuchung bei Neun- bis Zehnjährigen) können die Kinder über die Krankenversicherungskarte bei allen Pädiatern in Anspruch nehmen. Hausärzte können diese Leistungen dann abrechnen, wenn mindestens 30 Kindervorsorgen pro Quartal in den letzten vier Quartalen erbracht wurden.

Ein Schwerpunkt der U10 ist das Erkennen von Entwicklungsstörungen, zum Beispiel Lese-Rechtschreib-Rechenstörungen. Die U11 dient unter anderem dem Erkennen von Sozialisations- und Verhaltensstörungen – und falls erforderlich, nötige Maßnahmen einzuleiten.

Die Inhalte der Leistungen hat der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte entwickelt. Den Vertrag schlossen der Verband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit der Techniker Krankenkasse (TK) und der Knappschaft. Die neuen Leistungen sind seit 1. Juli 2010 abrechenbar.

TK bietet zudem die J2

Die Techniker Krankenkasse bietet zudem noch eine weitere Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche, die J2. Sie ist für die 16- bis 17-Jährigen vorgesehen. Auch diese Leistung können alle Pädiater abrechnen und Hausärzte, wenn jährlich der Nachweis über eine Fortbildung im Gebiet der Jugendmedizin mit sechs Punkten vorgelegt wird. An dem Vertrag mit der Techniker Krankenkasse können zudem Fachärzte teilnehmen, wenn der Nachweis über eine abgeschlossene Weiterbildung in Kinder-

und Jugendmedizin vorliegt. Sie können die U10, U11 und J2 anbieten und abrechnen.

Bitte dokumentieren Sie die durchgeführten Vorsorgen in dem vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte erstellten Vorsorgeheft. Es ist nicht nötig, eine Kopie der Dokumentation an die KV Nordrhein zu senden. Die Abrechnung für die eigentliche Untersuchung, für die Dokumentation und Auswertung des jeweiligen Fragebogens (U10/ U11) und für die J2 liegt bei jeweils 50 Euro.



Die U10 ist für Sieben- bis Achtjährige gedacht. Ärzte achten dabei auch auf Verhaltensstörungen wie ADHS.

Tragen Sie in die Abrechnung die neuen Symbolnummern U10: 81102, U11: 81120 und J2: 81121 ein. Die Vergütung erfolgt zusätzlich zum Regelleistungsvolumen, die Kassen zahlen die neuen Vorsorgeleistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Kinder- und Jugendärzte brauchen für die Abrechnung der Leistungen keinen Teilnahmeantrag stellen, für Haus- und Fachärzte ist ein Teilnahmeantrag indes nötig.

Die Anträge und die Verträge finden Sie im Internet unter www.kvno.de **KV100711**

Bescheide über Zuschläge zu den RLV aufgrund von Praxisbesonderheiten

Bescheide über Zuschläge zu den Regelleistungsvolumen (RLV) aufgrund von Praxisbesonderheiten (§ 6 Absatz 1b und Absatz 3 Honorarverteilungsvertrag) wurden in der Vergangenheit mit einer auflösenden Bedingung versehen. Durch die Umstellung der Abrechnungssystematik für das Quartal III/2010 wäre die auflösende Bedingung zum Tragen gekommen mit der Folge, dass Fallwertzuschläge entfallen würden. Der Vorstand der KV Nordrhein hat beschlossen, dass die auflösende Bedingung für das 3. Quartal 2010 nicht gelten soll, so dass die Fallwertzuschläge für dieses Quartal noch erhalten bleiben. Diese Fortgeltung gilt aber nicht für die Bescheide an Ärzte für radiologische Diagnostik. Für diese Ärzte erfolgt durch das Abrechnungsvolumen für CT- bzw. MRT-Leistungen eine neue Regelung. Die Fortgeltung im Quartal III/2010 gilt auch nicht für die Zuerkennung einer Gesamtsumme (gegebenenfalls aber für Teilsommen) anstelle von Zuschlägen.

Krankenhauseinweisungsschein reicht

Wir möchten darauf hinweisen, dass die Praxis vieler Krankenhäuser, trotz eines Krankenhauseinweisungsscheins noch eine Überweisung zu fordern, unzulässig ist. Die notwendigen prästationären Untersuchungen können über den ausgestellten Krankenhauseinweisungsschein abgerechnet werden. Dies gilt unabhängig vom Tag der tatsächlichen stationären Aufnahme.

Aktuelle Symbolnummern im Internet

Von der AIDS-Vereinbarung über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomievertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen. Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internetauftritt der KV Nordrhein unter www.kvno.de [KV100712](#)

Information des City BKK-Vorstandes

Aufgrund der derzeitigen Medienberichterstattung und der damit einhergehenden Verunsicherung der Versicherten der City BKK, hat der Vorstand der BKK um eine Infor-

mation der Mitglieder der KV Nordrhein gebeten. Die City BKK weist darauf hin, dass der Vorstand der City BKK der Aufsichtsbehörde, dem Bundesversicherungsamt, mitteilen musste, dass sie derzeit eine Unterdeckung der Einnahmen hat. Einen amtlichen Beschluss, der eine Schließung der City BKK vorsieht, gibt es aber nicht.

Selbst wenn es zu einer Schließung kommen sollte, wovon der Vorstand nicht ausgeht, werden auch danach noch alle Behandlungen und Leistungen bezahlt – hierfür muss dann das gesamte BKK-System eintreten (§ 155 SGB V).

Signal Iduna IKK und IKK Nordrhein fusionieren zur Vereinigten IKK

Am 1. Juli 2010 fusionierten die Signal Iduna IKK und die IKK Nordrhein zur Vereinigten IKK. Die neue Vereinigte IKK ist bundesweit geöffnet.

Homöopathievertrag seit 1. Juli 2010 auch für Versicherte der BKK 24

Die BKK 24 trat zum 1. Juli 2010 dem Homöopathievertrag mit der Securvita BKK, der BKK Linde, der BKK Daimler und der BKK Essanelle bei. Damit können auch die Versicherten der BKK 24 die Leistungen des Homöopathievertrages in Anspruch nehmen.

Sofern Sie bereits am Vertrag mit der Securvita BKK teilnehmen, gilt diese Teilnahmeberechtigung automatisch auch für die anderen BKKen. Teilnahmeanträge für Patienten erhalten Sie über den Formularversand der KV Nordrhein. Das Original der Patienten-Teilnahmeerklärung reichen Sie bitte mit der Quartalsabrechnung ein. Die Vergütung erfolgt zusätzlich zum Regelleistungsvolumen.

Einmal-Abdecksets ab 1. Oktober nicht mehr zusätzlich abrechenbar

Mit der Änderung der Allgemeinen Bestimmungen des EBM in Abschnitt 7.1 durch den Bewertungsausschuss sind Einmal-Abdecksets (auch Abdecktücher) bei knochen- und gelenkchirurgischen Eingriffen ab 1. Oktober 2010 nicht mehr gesondert abrechnungsfähig. Sie sind

nun in den EBM-Nummern für die ärztliche Leistung (wie z. B. auch Einmalhandschuhe) enthalten.

Praxisgebühr für Patienten der BKK Achenbach Buschhütten

Ab 1. August 2010 müssen Patienten der BKK Achenbach Buschhütten, die im Hausarztvertrag der BKKen eingeschrieben sind, wieder die Praxisgebühr bezahlen. Dies betrifft im 3. Quartal 2010 nur die Patienten, die ab 1. August erstmalig die Praxis konsultieren. Für Patienten, die bereits im Juli in der Praxis waren, muss die Praxisgebühr nicht nachträglich erhoben werden.

EBM-Nr. 40860: Palliativversorgung und besondere Arzneimitteltherapien

Die Partner der Bundesmantelverträge haben sich zum 1. Juli 2010 auf die Aufnahme einer Anmerkung in der Präambel 40.17 verständigt. Dies betrifft die Kostenpauschalen für die Verordnung der Palliativversorgung sowie die Beantragung und Beurteilung besonderer Arzneimitteltherapien.

In der Präambel 40.17 wurde unter 2. neu aufgenommen: Bei durchgängiger Behandlung im Sinne der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 37b SGB V nach Ablauf des Ordnungszeitraumes der Erstverordnung nur noch Folgeverordnungen auszustellen, auch wenn ein neues Quartal begonnen hat. Wird die Behandlung unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt eine erneute Behandlungsbedürftigkeit festgestellt, ist erneut eine Erstverordnung auszustellen.

Die Einschränkung der Abrechnungsfähigkeit auf den einmaligen Ansatz im Behandlungsfall bei der Kostenpauschale EBM-Nummer 40860 entfällt seit 1. Juli 2010.

Neues Merkblatt zum Mammografie-Screening

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zum 1. Mai 2010 das Merkblatt zum Mammografie-Screening neu gefasst. Das Merkblatt ist Bestandteil der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie und klärt die anspruchsberechtigten

Frauen über Hintergründe, Ziele, Inhalte, Vorgehensweise und Datenschutz des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs auf. Sie sollen sich mit Hilfe des Merkblatts selbst eine Meinung bilden, ob sie die Einladung annehmen möchten.

Besonders das neu aufgenommene Zahlenbeispiel in dem Abschnitt „Was haben Sie konkret zu erwarten“ ist eine Verbesserung in der Risikokommunikation des Mammografie-Screenings. Das Zahlenbeispiel ist eine Abschätzung der zu erwartenden Wahrscheinlichkeiten aus Erfahrungen anderer Länder und Modellprojekten in Deutschland. Die Neufassung des Merkblattes wurde mit externen Epidemiologen abgestimmt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss bereitet zur Zeit den Druck des neuen Merkblattes vor. Sobald die neuen Exemplare vorliegen, werden ausschließlich die neuen Merkblätter im Rahmen des Mammografie-Screenings versandt und ausgelegt. Unter www.mammo-programm.de finden Sie das Merkblatt auch in anderen Sprachen. [KV100713](#)

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

Wenn die Hotline der Serviceteams überlastet ist, sprechen Sie bitte die Ansprechpartner der einzelnen Abteilungen direkt an. In der Servicebroschüre der KV Nordrhein finden Sie Namen, Telefonnummern und die E-Mail-Adressen. Die Servicebroschüre erhalten Sie: Bezirksstelle Köln

Ralf Coutelle

Telefon 0221 7763 6270
Telefax 0211 7763 6266
E-Mail ralf.coutelle@kvno.de

Retardierte Opioide – preiswerte Generika verordnen

Der Austausch von Opioiden im Rahmen der Aut-idem-Regel ist grundsätzlich möglich. Darauf weist die Bundesopiumstelle hin. Jedoch müssen einige Regeln beachtet werden, die den Austausch in der Apotheke erschweren. Daher sollten Sie aus wirtschaftlichen Gründen direkt preiswerte Generika verordnen.

Zunächst können Präparate mit identischen Wirkstoffen ausgetauscht werden, wenn Gehalt (Wirkstoffkonzentration) und Menge, beispielsweise die Tablettenzahl, übereinstimmen. Bei retardierten Opioiden müssen zusätzlich die Freisetzungskinetiken identisch sein. So würde also die Bezeichnung „retard“ nicht ausreichen, um Präparate austauschen zu können. Vielmehr kommt es darauf an, in welchem Zeitraum die Wirkstoffe freigesetzt werden.

Bei Opioidpflastern kommt hinzu, dass neben der Freisetzungsrate auch die Beladungsmenge identisch sein muss. So können beispielsweise Fentanylpflaster mit einer Freisetzungsrate von 25 µg/h nur gegeneinander ausgetauscht werden, wenn auch die Wirkstoffmenge pro Pflaster identisch ist.

Neue Hydromorphon-Generika

Seit Mai sind retardierte Hydromorphon-Präparate im Handel, die zirka 20 Prozent preiswerter sind als das Originalpräparat. Da noch nicht geklärt ist, ob Retardkapseln gegen Retardtabletten im Rahmen von aut idem ausgetauscht werden können, empfehlen wir, direkt ein preiswertes Generikum zu verordnen.

Beispiel: Wirkstoffverordnung eines Fentanylpflasters

1. Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift des Patienten
2. Ausstellungsdatum
3. Eindeutige Arzneimittelbezeichnung und Menge des verschriebenen Arzneimittels in Gramm, Milliliter oder Stückzahl der abgeteilten Form. (Die Angabe „10P“ bzw. „N2“ hinter der Arzneimittelbezeichnung reicht nicht aus.) Angabe der Freisetzungsrate und Beladungsmenge (auf die Angabe der Beladungsmenge können Sie verzichten, wenn sie aus der eindeutigen Arzneimittelbezeichnung hervorgeht).
4. Gebrauchsanweisung mit Einzel- und Tagesgabe oder der Vermerk „gemäß schriftlicher Anweisung“, falls der Patient eine schriftliche Anleitung erhalten hat.
5. Name, Anschrift einschließlich Telefonnummer und Berufsbezeichnung des verschreibenden Arztes, eigenhändige ungekürzte Unterschrift des Arztes, im Vertretungsfall zusätzlich der Vermerk „i.V.“.

(Quelle: Bundesopiumstelle)

Glitazone und Glinide künftig nicht mehr auf Kassenrezept?

Glitazone sollen nicht mehr, Glinide nur noch mit Einschränkungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnungsfähig sein. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seiner Sitzung am 17. Juni 2010 be-

schlossen. Die Änderungen betreffen die Arzneimittelrichtlinie. Ein weiterer Beschluss konkretisiert die Verordnung von Antidiarrhoika. Außerdem verabschiedete der G-BA Therapiehinweise für Prasugrel und Epoetine.

Die Beschlüsse sind noch nicht in Kraft. Sie liegen dem Bundesgesundheitsministerium für zwei Monate zur Genehmigung vor. Patienten sollten daher noch nicht umgestellt werden.

Nach dem Beschluss des G-BA sollen Nateglinid (Starlix) und Repaglinid (Novonorm, Generika) nicht mehr auf einem Kassenrezept verordnet werden können. Ausnahmen sollen nur für Repaglinid für niereninsuffiziente Typ 2 Diabetiker mit einer Kreatinin-Clearance kleiner 25 ml / min bestehen, soweit keine anderen oralen Antidiabetika in Frage kommen und eine Insulintherapie nicht angezeigt ist.

Ferner schließt der G-BA die Verordnung von Rosiglitazon (Avandia) und Pioglitazon (Actos) für Typ-2-Diabetiker von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen aus. Ausnahmen sieht der G-BA nicht vor. Beide Beschlüsse würden mit einer Übergangsfrist von drei Monaten in Kraft treten, sofern das Bundesgesundheitsministerium sie nicht beanstandet.

Beschluss zu Antidiarrhoika

Für die Antidiarrhoika hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Ausnahmen, unter denen diese Mittel dennoch verordnet werden können, erweitert. Somit können Motilitätshemmer zusätzlich auch auf einem Kassenrezept verordnet werden

- nach kolorektalen Resektionen in der post-operativen Adaptationsphase, und
- bei schweren und länger andauernden Diarrhöen, auch wenn diese therapieinduziert sind, sofern eine kausale oder spezifische Therapie nicht ausreichend ist.

Eine längerfristige Anwendung über vier Wochen bedarf der besonderen Dokumentation und Verlaufsbeobachtung. Auch diese Änderung tritt erst in Kraft, wenn das Bundesgesundheitsministerium den Beschluss in den kommenden zwei Monaten nicht beanstandet.

Die Beschlüsse finden Sie im Internet unter www.g-ba.de **KV100715**

Kein Vorrat für längeren Auslandsaufenthalt

An Vertragsärzte wird häufig der Wunsch herangetragen, Arzneimittel für einen mehrmonatigen Auslandsaufenthalt zu verordnen. Eine derartige Verordnung ist jedoch nicht zulässig. Nach Paragraph 16 des Sozialgesetzbuchs V ruht nämlich der Anspruch auf Leistungen für gesetzlich Versicherte, wenn sie sich im Ausland aufhalten. Die Arzneimittelverordnung für einen kurzfristigen Urlaub im Ausland ist hingegen zulässig.

Eine Abgrenzung, wie lange ein Auslandsaufenthalt sein darf, um noch zu Kassenlasten versorgt zu werden, kann im Einzelfall allerdings schwierig sein, da es hierzu keine eindeutigen Festlegungen gibt. Keinesfalls mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehen Fälle, in denen der Auslandsaufenthalt nicht den Charakter einer Reise oder eines Urlaubs hat und die Patienten für einen längeren Zeitraum im Ausland leben. Verordnun-

gen für beispielsweise ein halbes Jahr oder länger sind – auch mit dem Zusatz „Urlaubsbedarf“ – nicht zulässig und können zu Regressforderungen der jeweiligen Krankenkasse führen.

Die Verordnung eines Quartalsbedarfs ist im Praxisalltag üblich. Hierdurch sollten sich in der Regel keine Probleme ergeben, da Sie nicht prüfen können, ob sich der Patient bis zur Abholung eines Folgerezeptes im Ausland aufhält oder nicht. Nicht zuletzt auch wegen der Gefahr akuter Erkrankungen während eines Auslandsaufenthaltes sollte sich ein Versicherter rechtzeitig bei seiner Kasse erkundigen, welchen Leistungsanspruch er im jeweiligen Reiseland hat und was seinerseits zu unternehmen ist, um auch bei einem Auslandsaufenthalt ausreichend mit Medikamenten versorgt zu sein.

Martin Lack, KV Berlin

Von Abführmitteln bis Rhinologika – Was zahlen die gesetzlichen Kassen?

Fragen zur Verordnungsfähigkeit von Arznei- und Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen gehen bei der Abteilung Pharmakotherapieberatung etliche ein. Im Folgenden finden Sie besonders oft gestellte Fragen – und die passende Antwort.

Darf ich Otologika verordnen?

Otologika sind von der Verordnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgeschlossen. Das regelt die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) in Punkt 38 der Anlage III. Ausgenommen sind Antibiotika (zum Beispiel Ciloxan, Panotile Cipro, Polyspectran für Auge und Ohr) oder Kortikosteroide, jeweils zur Behandlung von Entzündungen des äußeren Gehörganges. Die Ausnahmen gelten nur für Monopräparate. Kombinationspräparate wie Dexamethason Polyspectran als Otologikum dürfen Sie nicht auf einem Kassenrezept verordnen.

Sind Rhinologika verordnungsfähig?

Verschreibungspflichtige Rhinologika in fixer Kombination mit gefäßaktiven Stoffen sind von der Verordnung zu Lasten der GKV ausgeschlossen (Punkt 41 der Anlage III der AM-RL). Nicht verschreibungspflichtige Rhinologika (auch in fixer Kombination mit gefäßaktiven Stoffen) können Sie für Kinder bis zwölf und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis 18 auf einem Kassenrezept verordnen. Achten Sie darauf, dass es sich bei den Produkten um Arzneimittel handeln muss. Medizinprodukte, wie beispielsweise einige Meerwasser-Nasentropfen oder ölhaltige Nasensprays wie Nozoil oder Gelositin dürfen Sie nicht zu Lasten der GKV verordnen. Medizinprodukte mit Arzneimittelcharakter sind nur dann auf einem Kassenrezept verordnungsfähig, wenn sie in der Anlage V der AM-RL gelistet sind.

Kann ich Antidiarrhoika zu Lasten der gesetzlichen Kassen verordnen?

Antidiarrhoika sind von der Verordnung zu Lasten der GKV ausgeschlossen (Punkt 12 der Anlage III). Ausnahmen bestehen für:

- Elektrolytpräparate (z. B. Oralpädon) zur Rehydratation

bei Kindern bis zwölf Jahre

- Saccharomyces Boulardii (z. B. Perenterol) bei Kindern bis zwölf Jahre zusätzlich zur Rehydratation
- Motilitätshemmer (z. B. Imodium, Loperamid) nur bei Kolektomie in der postoperativen Phase

Die Ausnahmen gelten nur für reine Elektrolytpräparate. Die Verordnung von Kombinationen mit Lactobacillus, beispielsweise Infectodiarrstop LGG, ist unwirtschaftlich.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 17. Juni 2010 weitere Ausnahmen beschlossen, beispielsweise zur Behandlung von Nebenwirkungen. Die Beschlüsse sind jedoch noch nicht in Kraft.

Was ist mit verschreibungspflichtigen Salben oder Cremes?

Verschreibungspflichtige Externa sind nur eingeschränkt zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Die Arzneimittel-Richtlinie schließt die Verordnung bestimmter Externa zur Anwendung bei traumatisch bedingten Schwellungen, Ödemen und stumpfen Traumata aus. Hierzu zählt beispielsweise Voltaren Emulgel. Diese Externa sind nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig (Punkt 26 der Anlage III). Ein Ausschluss gilt auch für Rheumamittel (Analgetika/ Antiphlogistika/ Antirheumatika) wie Diclofenac-Gele zur externen Anwendung (Punkt 40 der Anlage III).

Allerdings: Nicht verschreibungspflichtige Externa könnten auch bei den genannten Indikationen noch bei Kindern bis zwölf und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis 18 auf einem Kassenrezept verordnet werden. Die nordrheinischen Kassen teilten uns jedoch mit, dass sie die Verordnung der nicht verschreibungspflichtigen Externa in dieser Anwendung bei Kindern und Jugendlichen ebenfalls als unwirtschaftlich ansehen. Auch bei diesen Altersgruppen sei eine klinische Wirksamkeit der Präparate nicht gesichert. Auch im Sprechstundenbedarf sollten Sie deswegen nicht auf diese Präparate ausweichen.

Erstatten Kassen die Kosten von Johanniskrautpräparaten?

Arzneimittel mit Johanniskraut (*Hypericum perforatum*-Extrakt), die zur Behandlung mittelschwerer Depressionen zugelassen sind, sind rezeptpflichtig. Sie können diese also auf einem Kassenrezept verordnen. Nicht rezeptpflichtige Präparate, die zur Behandlung leichter depressiver Episoden zugelassen sind, müssen die Patienten selbst bezahlen. Diese können Sie beispielsweise auf einem grünen Rezept verordnen.

Darf ich Ginkgo verordnen?

Präparate mit Ginkgo-Biloba-Blätter-Extrakt (standardisierter Aceton-Wasser-Auszug) können nur zur Behandlung der Demenz auf einem Kassenrezept verordnet werden. (Anlage I / OTC-Übersicht Punkt 20). Ginkgo-Präparate zur Steigerung der Gedächtnisleistung oder Förderung der Durchblutung müssen Patienten selbst zahlen.

Wann können Abführmittel verordnet werden?

Abführmittel können Sie in Ausnahmefällen zu Lasten der GKV verordnen (Anlage I). Zu den Ausnahmen zählen:

- Erkrankungen in Zusammenhang mit Tumorleiden
- bestimmte Erkrankungen, die den Darm betreffen (Megacolon, Divertikulose, Divertikulitis, neurogene Darmlähmung)
- Mukoviszidose
- vor diagnostischen Eingriffen
- phosphatbindende Medikation bei chronischer Niereninsuffizienz
- in der Terminalphase
- Opiat- oder Opioidtherapie*

*Bei einer Opiat- oder Opioidtherapie verordnen Sie das Abführmittel am besten auf dem BTM-Rezept.

Bei der parkinsonschen Erkrankung können ebenfalls Abführmittel zu Lasten der GKV verordnet werden, wenn eine neurogene Darmlähmung vorliegt oder die Medikation zur Behandlung des Morbus Parkinson zu einer Obstipation führt. Denn nach Paragraph 12 Absatz 8 der AM-RL sind „nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die zur Behandlung der beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines zugelassenen, im Rahmen der vertragsärztlichen Ver-

sorgung verordnungsfähigen Arzneimittels auftretenden schädlichen unbeabsichtigten Reaktionen (unerwünschte Arzneimittelwirkungen; UAW) eingesetzt werden, verordnungsfähig, wenn die UAW schwerwiegend sind.“

Darf ich Analgetikakombinationen, die zum Beispiel Paracetamol und Codein enthalten, verordnen?

Die Verordnung dieser verschreibungspflichtigen Arzneimittel auf einem Kassenrezept ist möglich. Sie sollten aber die Wirtschaftlichkeit beachten. Die Arzneimittel-Richtlinie schließt die Verordnung von Analgetika in fixer Kombination mit anderen, nicht analgetischen Wirkstoffen aus – ausgenommen Kombinationen mit Naloxon. So wäre die Kombination von Paracetamol mit Codein nicht auf einem Kassenrezept verordnungsfähig, wenn das Codein als Antitussivum eingesetzt werden soll. Migränemittelkombinationen sind ebenfalls von der Verordnung auf einem Kassenrezept ausgeschlossen.

Sind verschreibungspflichtige Mund- und Rachentherapeutika verordnungsfähig?

Verschreibungspflichtige Mund- und Rachentherapeutika sind bei erwachsenen Versicherten von der Versorgung ausgeschlossen (Paragraph 34 Abs. 1 Satz 6 Sozialgesetzbuch V). Ausnahmen bestehen gemäß Paragraph 13 der AM-RL:

- bei Pilzinfektionen
- geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle
- nach chirurgischen Eingriffen im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich.

Mehr Fragen und Antworten finden Sie im Internet unter www.kvno.de

Pharmakotherapie- und Heilmittelberatung

Pharmakotherapieberatung

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

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

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

Kochs Rezepte gegen den Ärztemangel

Kirche, Marktplatz, Brauerei – und ein paar Arztpraxen. Issum am Niederrhein ist ein beschauliches Örtchen, die Welt für die 12.000 Einwohner weitgehend in Ordnung. Das war vor fünf Jahren anders. Die Menschen waren in Sorge. Denn da schloss eine von sechs Hausarztpraxen.

Issum gehört zum Kreis Kleve. Ärzte sind hier die kommende Mangelware. Schon heute sind 22 Sitze für Hausärzte frei. Die zu besetzen, ist oft schwer.

Das wussten auch Norbert und seine Frau Dr. Katja Koch. Sie arbeiteten in einer Gemeinschaftspraxis in Alpen, sechs Kilometer von Issum entfernt. Einen Teil der Patienten konnten die Kollegen vor Ort übernehmen. Für alle reichte es nicht. Rund 300 Patienten blieben ohne Hausarzt.



Aktiv gegen Ärztemangel: Dr. Katja und Norbert Koch

„Dagegen wollten wir etwas tun“, erinnert sich Norbert Koch, selbst gebürtiger Issumer. Die Kochs hatten von der Möglichkeit gehört, eine Zweigpraxis eröffnen zu können. Das war Neuland, das Verfahren damals aufwändig. „Die Bearbeitung hat mehrere Monate gedauert“, erinnert sich Katja Koch. „Und zwei Tage, nachdem die Genehmigung eintraf, stellte ich fest, dass ich schwanger war.“ Das dritte Kind – und dazu eine zweite Praxis?

Mit Kindern auf Hausbesuch

Das Paar zog die Sache durch. Ein Schritt, den sie nie bereut haben. „Es ist schön in Issum, die Patienten liebe, dankbare Leute“, sagt Katja Koch. Die Praxis läuft gut, ist vormittags und an einem Nachmittag besetzt. Dazu kommen Notfalldienste und Hausbesuche. „Da war ich auch schon mal mit den Kindern unterwegs“, erzählt die Hausärztin.

Die Kochs sind nicht die Einzigen, die neben ihrem Hauptsitz eine Filiale betreiben. Rund 500 Genehmigungen für Zweigpraxen hat die KV Nordrhein bislang ausgesprochen. „Es kommen wöchentlich ein paar dazu“, berichtet Sabine Hilgers, Referentin in der Abteilung Sicherstellung der KV Nordrhein.

Auch der Name Koch könnte bald wieder auf einem der Anträge stehen, die in der Abteilung Sicherstellung der KV Nordrhein eingehen. Denn kaum schien sich das Familienleben eingependelt zu haben, war das nächste Versorgungsloch zu stopfen. In Veen, sechs Kilometer vom

Alpener Marktplatz entfernt, starb der Hausarzt. Die einzige Praxis in dem 1.650-Seelen-Ort. Einmal stündlich fährt der Bürgerbus, doch den können längst nicht alle Patienten in Veen besteigen. Die Kochs starteten das nächste Praxisprojekt.

Der Plan: Den Sitz in Alpen als Gemeinschaftspraxis behalten, die Issumer Filiale in eine reguläre Einzelpraxis umwandeln und Veen als neue Zweigpraxis eröffnen. Norbert Koch nahm Kontakt zum Bürgermeister auf. Der half sofort, kümmerte sich um passende Räumlichkeiten. Auch die Genehmigung war diesmal kein Problem. „Die war nach vier Wochen da“, sagt der 60-Jährige.

Jetzt auch in Veen

Im Juli nimmt die neue Filiale den Betrieb auf: mitten im Ort, 66 m² in einer alten Bäckerei, sehr niedrige Miete und Parkplätze vor der Tür. „Besser geht's nicht“, freut sich Katja Koch. Um die Arbeit zu bewältigen, denken sie derzeit über die Anstellung einer Kollegin oder eines Kollegen nach.

Denn in den kommenden Jahren will das Power-Pärchen nicht nur die drei Praxen führen und die drei Kinder (drei, sechs und sieben Jahre) aufziehen. Auch Fortbildungen stehen auf dem Programm: Akupunktur, Homöopathie und Palliativmedizin. Und dann warten weitere Aufgaben.

Denn nur der erste Blick in die Bedarfsplanungs-Statistiken wirkt einigermaßen beruhigend. Der erste Blick zeigt: Im Kreis Wesel, in dem Alpen liegt, gibt es keine vakanten Hausarztsitze. Der Versorgungsgrad liegt bei knapp 112 Prozent.

Der zweite Blick zeigt eine düstere Perspektive: Rund 21 Prozent der Hausärzte in den Kreisen Wesel und Kleve sind älter als 60 Jahre. Und Nachwuchs kaum in Sicht. Schon gar nicht in den kleinen Gemeinden.

Städte ohne Ärzte

„Wenn wir nichts tun, ist Alpen in fünf Jahren vielleicht arztfrei“, meint Norbert Koch. Denn alle Kollegen seien

Stichwort: Zweigpraxis

Vertragsärzte, Psychotherapeuten und Medizinische Versorgungszentren sind verpflichtet, die Versorgung an ihrem Vertragsarztsitz zu gewährleisten. Unter bestimmten Voraussetzungen kommt aber auch eine ärztliche Tätigkeit an weiteren Orten außerhalb des Vertragsarztsitzes in Betracht. Die Möglichkeiten sind durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz Anfang 2007 erheblich erweitert worden, zum Beispiel durch überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften oder Zweigpraxen. Die Voraussetzungen zum Betrieb einer Zweigpraxis sind in der Zulassungsverordnung für Ärzte geregelt.

jetzt schon 60 oder älter. Seine Vision: eine überörtliche Gemeinschaftspraxis mit Hauptsitz in Alpen und angestellten Ärztinnen und Ärzten in den umliegenden Gemeinden. „Die Menschen brauchen medizinische Versorgung vor Ort, aber in den Kuhdörfern mit 500 bis 800 Einwohnern lohnt sich keine Praxis.“

Auch das Land hat erkannt, dass es handeln muss. Kraenburg, Bedburg-Hau, Straelen, Rees und Weeze, in diesen Gemeinden fördert das Landesgesundheitsministerium die Niederlassung von Hausärzten mit bis zu 25.000 Euro. Katja Koch hat einen Förder-Antrag für die Praxis in Issum gestellt, die sie künftig als regulären Sitz betreiben wird. „Ich warte noch auf eine Antwort.“

Außerdem setzt Norbert Koch auf qualifizierte Helferinnen. Eine seiner Medizinischen Fachangestellten soll die VERAH-Ausbildung absolvieren. Die könnten künftig bei Hausbesuchen die Medikamenteneinnahme überwachen, Verbände wechseln oder Insulin injizieren. Norbert Koch ist zuversichtlich: „Wenn wir uns kümmern, die Versorgung vernünftig organisieren, dann klappt das auch auf dem Land.“

Fragen und Antworten rund um die Zweigpraxis

Ich möchte eine Zweigpraxis eröffnen. Brauche ich hierzu eine Genehmigung?

Ja. Die vertragsärztliche oder vertragspsychotherapeutische Tätigkeit in einer Zweigpraxis ist stets genehmigungspflichtig. Viele Tätigkeiten an weiteren Orten außerhalb des Vertragsarztsitzes fallen jedoch nicht unter die genehmigungspflichtige Zweigpraxistätigkeit: Hausbesuche, Notfallbehandlungen, Konsiliar- und Belegarzt-tätigkeiten oder die Arbeit in einer ausgelagerten Praxisstätte. Auch bedarf es keiner gesonderten Zweigpraxisgenehmigung, wenn Sie innerhalb einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft an den Vertragsarztsitzen der übrigen Mitglieder tätig sind.

Wann genügt eine Anzeige ausgelagerter Praxisräume?

Die Tätigkeit in ausgelagerten Praxisräumen bedarf keiner gesonderten Genehmigung. Es genügt, wenn Sie der KV Nordrhein den Ort und den Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit anzeigen. Ausgelagerte Praxisräume liegen vor, wenn Sie spezielle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz erbringen. Bereits der Begriff „ausgelagerte Praxisräume“ macht deutlich, dass Leistungen räumlich an eine andere Stelle verlagert, also nicht mehr am Vertragsarztsitz angeboten werden, zum Beispiel weil am Sitz das zur Leistungserbringung erforderliche Gerät fehlt. Bitte beachten Sie: Wenn Sie an Ihrem Sitz und an einem anderen Ort identische Leistungen erbringen, ist Ihr Vorhaben als Zweigpraxis genehmigungspflichtig.

Darf ich in ausgelagerten Praxisräumen Sprechstunden anbieten?

Nein, eine Sprechstunde dürfen Sie in ausgelagerten Praxisräumen nicht abhalten. Den ersten Kontakt zum Patienten müssen Sie an Ihrem Vertragsarztsitz herstellen.

Wann brauche ich eine Nebenbetriebsstättennummer?
Betriebsstätte ist allein der Vertragsarztsitz. Deshalb dürfen Sie die für den (Haupt-)Sitz vergebene Betriebs-

stättennummer ausschließlich für die Abrechnung von Leistungen verwenden, die Sie an diesem (Haupt-)Sitz erbracht haben. Für alle weiteren Tätigkeitsorte (ausgelagerte Praxisstätten, Operationszentren, Zweigpraxen) vergibt die KV Nordrhein Nebenbetriebsstättennummern. Diese werden arztbezogen hinterlegt. Um spätere Rückfragen bei der Abrechnung zu vermeiden, bitten wir Sie, uns Änderungen rechtzeitig mitzuteilen.

Wo stelle ich den Antrag auf Genehmigung einer Zweigpraxis?

Bei der KV Nordrhein, wenn der geplante weitere Ort in Nordrhein liegt. Möchten Sie in einem anderen KV-Bezirk arbeiten, bedarf es einer Zweigpraxis-Ermächtigung; diese ist beim Zulassungsausschuss zu beantragen, in dessen Bezirk Sie die Tätigkeit aufnehmen wollen. Wir empfehlen Ihnen, die Anträge arztbezogen mindestens drei Monate vor der geplanten Aufnahme der Tätigkeit zu stellen.

Welche Voraussetzungen muss ich erfüllen, um eine Zweigpraxisgenehmigung zu bekommen?

Vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes sind zulässig, wenn und soweit dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert. Die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes darf nicht beeinträchtigt werden. Das regelt die Zulassungsverordnung für Ärzte (§ 24 Abs.3 Ärzte-ZV).

Wann wird die Versorgung der Versicherten am Ort der Zweigpraxis im rechtlichen Sinn „verbessert“?

Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 28. Oktober 2009 (B 6 KA 42/08 R) ist eine „qualifizierte Versorgungsverbesserung“ erforderlich. Das bestehende Leistungsangebot der örtlichen Leistungserbringer muss zum Vorteil für die Versicherten in qualitativer Hinsicht – unter bestimmten Umständen auch in quantitativer – erweitert werden. Eine qualitative Veränderung des Leistungsangebotes ist beispielsweise dann

gegeben, wenn der in der Zweigpraxis tätige Vertragsarzt im Vergleich zu den bereits vor Ort tätigen Ärzten über andere Abrechnungsgenehmigungen verfügt oder besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anbietet. Als hinreichende quantitative Verbesserung kann sich die deutliche Verringerung von Wartezeiten erweisen, die etwa wegen einer ungleichmäßigen Verteilung der örtlichen Leistungserbringer im Planungsbereich entstanden sind. Eine Bedarfsprüfung wie bei Ermächtigungen und Sonderbedarfszulassungen findet nicht statt.

In welchem Umfang muss ich die vertragsärztliche Versorgung am Vertragsarztsitz gewährleisten?

Aufgrund Ihrer Zulassung sind Sie verpflichtet, Ihren Patienten am Vertragsarztsitz zur Verfügung zu stehen. Hierzu haben Sie Sprechstunden mindestens in einem Umfang von 20 Stunden wöchentlich anzubieten. Außerdem muss Ihre Tätigkeit am Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb zeitlich insgesamt überwiegen. Für Medizinische Versorgungszentren gilt diese Präsenzpflicht für jeden übernommenen Versorgungsauftrag unabhängig von der Zahl der beschäftigten Ärzte.

Gelten für die Zweigpraxis feste Mindest- und/oder Höchstsperrstundenzeiten?

Nein. Einschränkungen ergeben sich aber insoweit, als Ihre Tätigkeit am Vertragsarztsitz alle Tätigkeiten außerhalb zeitlich insgesamt überwiegen muss.

Was passiert, wenn jemand Widerspruch gegen meine Zweigpraxisgenehmigung einlegt?

Das Bundessozialgericht hat am 28. Oktober 2009 entschieden, dass konkurrierende Ärzte nicht berechtigt sind, erteilte Zweigpraxisgenehmigungen anzufechten. Ein Vorrang der bereits vor Ort niedergelassenen Ärzte besteht nicht. Damit minimiert sich das Risiko erheblich, dass die Zweigpraxis trotz erteilter Genehmigung wegen aufschiebender Wirkung bis zur abschließenden behördlichen oder gerichtlichen Klärung nicht betrieben werden darf. Ob Dritte bei gravierenden Rechtsverstößen und schweren Beeinträchtigungen berechtigt sein können, Zweigpraxisgenehmigungen als will-

kürlich anzufechten, hat das Bundessozialgericht nicht abschließend entschieden.

Bekomme ich aufgrund meiner Zweigpraxisgenehmigung ein höheres Regelleistungsvolumen?

Nein. Das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen (RLV) wird nicht automatisch angepasst. Zwar können Leistungen in besonderen Fällen auf Antrag und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung als Zuschläge auf das arzt-/praxisbezogene RLV vergütet werden, an eine solche Bewilligung sind jedoch andere Anforderungen zu stellen als an die Zweigpraxisgenehmigung: Während bei der Zweigpraxisgenehmigung bereits eine qualifizierte Versorgungsverbesserung am Ort der Zweigpraxis genügen kann, darf die KV einen Zuschlag auf das RLV nur dann gewähren, wenn die Anpassung etwa aus Sicherstellungsgründen geboten ist. Bitte beachten Sie das hierin liegende wirtschaftliche Risiko bei Ihrer Entscheidung für einen weiteren Ort der Tätigkeit.

Weitere Fragen und Antworten finden Sie im Internet unter www.kvno.de

Ansprechpartner

Rechtsfragen

Heike Hellenkamp

Telefon 0211 5970 8034

Telefax 0211 5970 8137

E-Mail heike.hellenkamp@kvno.de

Sabine Hilgers

Telefon 0211 5970 8335

Telefax 0211 5970 8146

E-Mail sabine.hilgers@kvno.de

Anträge

Claudia Gibat

Marina Scholten

Telefon 0211 5970 8084

Telefax 0211 5970 8146

E-Mail claudia.gibat@kvno.de

E-Mail marina.scholten@kvno.de

Antragsformulare der KV Nordrhein finden Sie im Internet unter www.kvno.de

50 Hausärzte suchen eine Praxis

Die Praxisbörsentage der KV Nordrhein haben sich als Kontaktbörse für Praxisabgeber und –suchende etabliert.

Zum vierten Praxisbörsentag in Düsseldorf am 12. Juni kamen rund 300 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten ins Haus der Ärzteschaft, um sich rund ums Thema Praxisabgabe, -übernahme und Niederlassung zu informieren.

Das Hauptanliegen der meisten Teilnehmer: die direkte Suche nach einer Praxis oder einem geeigneten Nachfolger. Ebenfalls gefragt waren Anstellungen und Kooperationspartner. Die große Mehrheit der rund 100 Niederlassungswilligen war zum ersten Mal bei einem Praxisbörsentag der KV Nordrhein. „Eine erstaunlich hohe Zahl,



170 Praxisangebote und 100 Suchinserate hingen beim Praxisbörsentag an den Pinnwänden. Bei den meisten trugen sich Interessenten ein

die belegt, wie wichtig die Veranstaltung ist“, sagt Dr. Peter Potthoff, Vorstand der KV Nordrhein.

Die Börse funktioniert

270 Inserate hingen am Ende des Tages an den zahlreichen Pinnwänden, die nicht nur optisch den Mittelpunkt der Veranstaltung bildeten. 170 Praxisangeboten standen knapp 100 Suchinserate gegenüber. Angesichts des drohenden Hausärztemangels in Teilen von Nordrhein war

besonders erfreulich, dass es knapp 50 Interessenten für Hausarztsitze oder einen sonstigen Einstieg in die hausärztliche Versorgung gab.

Bei rund drei Viertel der Inserate hat sich mindestens ein Interessent zwecks Kontaktaufnahme eingetragen. Somit ist die Chance groß, dass es auch in Folge des Börsentages wieder zu Praxisübernahmen und neuen Zusammenschlüssen kommt. Nicht selten ergaben sich auch diesmal persönliche Kontakte. „Es hat mich gefreut, dass viele Besucher unseres Praxisbörsentages schon während der Veranstaltung miteinander ins Gespräch gekommen sind“, berichtet Michaela Donk, Niederlassungsberaterin in der Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein.

Niederlassungsberatung gefragt

Von großem Interesse waren auch diesmal die Beratungsangebote der KV Nordrhein, allen voran die Niederlassungsberater hatten gut zu tun. An weiteren Ständen holten sich die Besucherinnen und Besucher Infos zu Kooperationsmodellen oder zur Online-Praxisbörse der KV Nordrhein Consult. Auch die externen Partner wie die Apotheker- und Ärztebank und die Deutsche Ärztefinanz zeigten sich zufrieden. „Wir haben einige sehr gute Gespräche geführt und würden sehr gerne das nächste Mal wieder dabei sein“, kommentierte Michael Naujoks von der Heilberufe-Beratung der Deutschen Bank in Düsseldorf.

Vorträge griffen darüber hinaus Themen wie Perspektiven der Niederlassung, den Ablauf der Praxisabgabe und -übernahme, Praxiswertermittlung, steuerliche Aspekte der Abgabe und Finanzierung einer Praxis auf.

Die Vorträge finden Sie im Internet unter www.kvno.de. Der nächste Praxisbörsentag findet am 13. November in Köln statt. [KV100722](#)

Kennen Sie Ihren Blutdruck?

„Kennen Sie Ihren Blutdruck?“ Diese Frage wird in den nächsten Wochen die Kölner Bürgerinnen und Bürger bewegen. In einer großen Aktionsgemeinschaft soll die Aufmerksamkeit der Kölner auf ihren Blutdruck gelenkt werden.

An verschiedenen Orten im Kölner Stadtgebiet werden öffentliche Blutdruckmessungen angeboten. Die ermittelten Werte werden auf einem Blutdruckcheck dokumentiert. Sollten sich erhöhte Werte zeigen, folgt die Empfehlung, zur weiteren Kontrolle einen Arzt des Vertrauens aufzusuchen.

Breites Bündnis

„Ziel dieser Aktion ist es, den Blutdruck in den Focus des Interesses zu rücken, vor allem um unentdeckte Hypertoniker zu finden“, erläutert Prof. Rainer Riedel von der Rheinischen Fachhochschule das Ziel des Projektes, das er gemeinsam mit Prof. Georg Predel von der Sporthochschule Köln leitet. Neben Ärztekammer und KV Nordrhein beteiligen sich auch der Hausärzterverband Nordrhein, das Gesundheitsamt, die AOK Köln, der 1. FC Köln, der Kölner Stadtanzeiger und Boehringer Ingelheim. Nach dem Start in Köln ist eine Ausdehnung auf weitere Regionen des Landes beabsichtigt.

Hoher Blutdruck tut nicht weh, macht aber krank. Das ist die Kernbotschaft, die den Kölnern unter anderem in den Bahnen und Bussen der Kölner Verkehrsbetriebe begegnet. Zusammen mit einem Herz-Luftballon auf blauem Grund soll durch diese Botschaft das Problembewusstsein auch bei jüngeren Menschen geschaffen werden. Die Aktion startet am 15. Juli am Kölner Flughafen und läuft dann zwei Wochen weiter. Eine zweite Messwelle soll mit Ende der Sommerferien starten.

20 Millionen Hypertoniker

Studien haben ergeben, dass rund 20 Millionen Bundesbürger eine arterielle Hypertonie haben, sechs Millionen davon unentdeckt. Der Behandlungsgrad soll lediglich

25 Prozent betragen. Die Aktion wird mit einer eigenen Studie begleitet. Erste Ergebnisse sollen bereits im September vorliegen.

An öffentlichen Orten wie dem Kölner Flughafen können Interessierte ihren Blutdruck messen lassen. „Dazu setzen wir besonders geschultes Personal ein“, betont Predel. Die Messungen werden mit Oberarmmanschette durchgeführt und zwar sitzend nach fünf Minuten Ruhe zweimal links und zweimal rechts und in einem Blutdruckcheck-Heftchen dokumentiert. Die Freiwilligen werden zudem gebeten, einen anonymisierten Fragebogen auszufüllen.

Bei einem erhöhten Messwert erhalten die Probanden den Hinweis, zur weiteren Kontrolle ihren Arzt aufzusuchen. Die am Projekt teilnehmenden Hausärzte messen dann bei diesen Bürgern, so sie dem Rat folgen, erneut den Blutdruck und dokumentieren dies auf einem gesonderten Bogen, der in die Studie einfließt.

Auch in anderen als den teilnehmenden Praxen werden Bürger in Folge der Aktion um eine Kontrolle ihres Blutdrucks gebeten. Dr. Frieder Hutterer, Vorsitzender der Kreisstelle Köln, bittet auch diese Kolleginnen und Kollegen um Mitwirkung. „Folgen Sie diesem Wunsch und helfen Sie mit, Bluthochdruck zu entdecken und schwerwiegende Folgeerkrankungen zu verhindern.“



Am Flughafen und vielen anderen Orten in Köln können sich Passanten den Blutdruck messen lassen

Die neue Informationszentrale im Internet

Schwerpunkt des neuen Internetauftritts der KV Nordrhein ist die Rubrik „Neues“.

Auf der Startseite dieser Rubrik finden die Besucher in Zukunft alle wichtigen Neuigkeiten der KV Nordrhein. Ob Praxis- oder Arzneimittelinfos, Pressemeldungen, Vertragsinfos, Honorarinfos oder die Artikel aus KVNO aktuell, alle diese Informationen können an diesem zentralen Informationspunkt gefunden werden. Die strenge Trennung der Inhalte nach Rubriken ist damit aufgehoben.

Jetzt mit Filterfunktion

Mit Hilfe der Navigationsleiste am linken Rand können Sie die Informationen nach Themen oder Jahren filtern. Wollen Sie zum Beispiel nur Informationen zu Verträgen haben, so klicken Sie auf den Punkt „Verträge“.

Sollten Sie eine spezielle Information über diesen Weg nicht finden, so können Sie zusätzlich die neue Volltext-

suche verwenden. Diese finden Sie am oberen rechten Rand der neuen Webseite.

Die wichtigsten und aktuellsten Informationen bieten wir nach wie vor zentral auf der Startseite an. Links oben haben Sie dort einen direkten Zugang zur Schnellsuche nach Ärzten und Psychotherapeuten in Nordrhein. Wenn Sie nach mehr Kriterien, etwa Behandlungsprogramme oder Fremdsprachenkenntnisse, auswählen wol-



Wenn's nur ums Geld geht: Mit Filterhilfe finden Sie alle Beiträge zum Beispiel zum Thema „Honorar“

len, können Sie die erweiterte Suche anklicken.

Suchoptionen

Die Volltextsuche wurde komplett umprogrammiert. Sollten Sie mit den Ergebnissen der Volltextsuche nicht zufrieden sein, können Sie mit Hilfe eines Klicks auf „erweiterte Suche“ die Suchergebnisse weiter einschränken. So ist es nun beispielsweise möglich, ausschließlich in PDF-Dateien zu suchen.



Moderne Techniken am unteren Rand der Startseite. Unter anderem Angebote für mobile Geräte oder ein RSS-Feed

Die Inhalte der Webseite sind alle erhalten geblieben, wurden aber neu sortiert. Die Hauptnavigation befindet sich nun oberhalb des Inhaltsbereiches. Wählt man dort einen Punkt aus, so öffnet sich eine weitere Navigationsleiste links neben dem Inhaltsbereich. Am Ende der

Seite gibt es auch noch einige technische Neuerungen. So findet sich dort ein Link auf die Angebote für mobile Endgeräte, ein Downloadcenter mit allen Publikationen und Formularen sowie ein Link auf ein Nachrichten-Abonnement (RSS-Feed).

Videospot zu Kinder-Früherkennungsuntersuchungen

Der fünfte Videospot der Landesinitiative „Gesundheit von Mutter und Kind“ steht im Internet mbe-reit. Das Video zeigt, warum die Früherkennungsuntersuchungen U8 und U9 für vier- bis fünfjährige Kinder so wichtig sind.

Mögliche Krankheiten oder Entwicklungsstörungen können durch die Vorsorgeuntersuchungen frühzeitig erkannt und erfolgreich behandelt werden. Im Film kommen sowohl Ärztinnen und Ärzte, als auch Kinder zu Wort. Das Video gibt es mit jeweils

verschiedenen Darstellern in deutscher, türkischer und russischer Sprache.

Spots finden Sie zudem zu den Themen Sicherer Schlaf, Diabetes, Rauchen, Alkohol und zur Sturzprävention. Die Videos sind drei bis fünf Minuten lang und leicht verständlich. Sie lassen sich im Rahmen von Vorträgen einsetzen oder in der Praxis zur Patienteninformation nutzen.

Sie können die Videos im Internet unter www.praeventionskonzept.nrw.de herunterladen oder als DVD kostenlos bestellen. [W100725](#)

TK kündigt Vertrag mit Atriomed

Der Teppich für branchenfremde Kapitalgeber wird wieder eingerollt. Die Techniker Krankenkasse (TK) hat den Vertrag mit dem Unternehmen HCM Health-Care-Managers, das die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) der Atriomed-Kette betreibt, zum 30. September gekündigt. Gründe für die Beendigung der Kooperation nannte die Kasse nicht.



In Kürze versiegt das Geld aus dem TK-Integrationsvertrag: Das Atriomed-MVZ in Köln

Im April hatte „Frontal 21“ über Verträge berichtet, die der Firma HCM mit Sitz im schweizerischen Pfäffikon Millionenzahlungen garantieren – zusätzlich zu den Behandlungskosten, die die Kassen natürlich auch zahlt. Allein für das Atriomed in Leipzig soll die TK nach Recherche des ZDF-Magazins jährlich eine Million Euro an die Betreiberfirma gezahlt haben.

Diese Verträge hatten auch das Bundesversicherungsamt (BVA) als zuständige Aufsichtsbehörde alarmiert. Nach der Prüfung bezeichnete das Amt die Zahlungen zwar als „wirtschaftlich angemessen“, es verlangte von

der TK aber regelmäßige Berichte über die Kooperation. Das BVA gab der TK in Sachen Atriomed zudem einige Hausaufgaben auf: Die Kasse solle strikt darauf achten, dass der Vertragspartner die vereinbarten Pflichten erfüllt, wenn nötig die Vergütung angemessen kürzen und bei massiven Vertragsverletzungen eine Kündigung der Kooperation zu prüfen.

Es folgte die kommentarlose Kündigung der Kasse. So ist es nun vorbei mit der schönen neuen Versorgungswelt Berlin, München, Leipzig, Hamburg und Köln. Hier boten die Zentren W-LAN im Wartezimmer, Snacks; „intensive Kooperation“; „Terminvergabe innerhalb von fünf Werktagen; Wartezeit längstens 30 Minuten“ – und das alles kostete „keinen Cent extra“.

Die Kehrseite der Medaille verschwieg die Kasse: „Das Atriomed vernichtet Versorgung“, stellte der Vorstand der KV Nordrhein fest. Denn das MVZ komme nur auf 40 Prozent der Patienten, die die niedergelassenen Ärzte zuvor in ihren Praxen versorgt hatten. Zudem habe es Kassenarztsitze in Stadtteilen aufgekauft, in denen anschließend Versorgungslücken befürchtet wurden.

Probleme mit Atriomed gab es schon zuvor: In Berlin wurde dem Zentrum bereits im Dezember 2009 wegen des Verdachts auf Abrechnungsbetrug die Kassenzulassung entzogen.

Qualitätszirkel-Neugründungen

Thema Interdisziplinäre Supervision und Literaturbesprechung
Kontakt Dipl.- Psych. Ayla Ballisoy
Grafenberger Allee 115
40237 Düsseldorf
Telefon 0211 1717 7304
Telefax 0211 6005 160
Termin alle acht Wochen
Donnerstag 19 bis 22 Uhr
Ort Am Irlenspahn 13
40625 Düsseldorf

Thema Selbstfürsorge für Psychotherapeuten
Kontakt Dipl.-Psych. Wolfgang Nickel
Berrenrather Straße 482a
50937 Köln
Telefon 0221 466 097
Telefax 0221 4304 602
Termin seit März 2010
Ort Köln

Thema Hausärztlicher QZ für Klassische Homöopathie
Kontakt Bruno von Bornhaupt
Theresienstraße 9
50931 Köln
Telefon 0221 9404 960
Telefax 0221 9404 960
Termin nach Vereinbarung
Ort nach Vereinbarung

Was tun mit Patienten mit der Europäischen Krankenversichertenkarte?

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im Juni rückten Fragen rund um die Abrechnung von Patienten aus dem Ausland und Reiseschutzimpfungen in den Mittelpunkt.

Wie gehe ich vor, wenn ein Patient eine Europäische Krankenversichertenkarte vorlegt?

Vor Beginn der Behandlung muss der Patient neben der Europäischen Krankenversichertenkarte (KVK) einen Identitätsnachweis (Personalausweis oder Reisepass) vorlegen. Für die Dokumentation sind die Daten der Europäischen KVK und die Nummer des Personalausweises oder des Reisepasses in den Vordruck Muster 80 (Dokumentation des Behandlungsanspruches von im Ausland Versicherten) zu übertragen. Lassen Sie den Patienten vor der Behandlung den Vordruck Muster 81 (Erklärung des im EU- bzw. EWR-Ausland Versicherten) ausfüllen, unterschreiben und die von ihm gewählte deutsche Krankenkasse angeben.

Die Vordrucke 80 und 81 übersenden Sie bitte direkt der gewählten deutschen Kasse. Für den Versand können Sie die Pauschale nach der EBM-Nummer 40120 abrechnen. Anstelle des Vordruckes Muster 80 können Kopien des Anspruchs- und Identitätsnachweises übersandt werden. Für diese Kopien können Sie die EBM-Nummer 40144 abrechnen. Die Vordrucke erhalten Sie beim Formularversand der KV Nordrhein. Die Abrechnung findet über die KV statt. Bitte geben Sie auf dem Schein Namen, Vornamen und Geburtsdatum des Versicherten sowie die gewählte deutsche Krankenkasse (Name und Institutionskennzeichen mit dem Zusatz „SVA“) ein. Im Statusfeld des Scheins erscheint so die Nummer „1000_7“.

Übrigens: Die Patienten, die mit einer Europäischen Krankenversichertenkarte zu Ihnen kommen, müssen die Pra-

xisgebühr beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal zahlen.

Kann ich Überweisungen zum Arzt am Urlaubsort ausstellen?

Nein. Sie können Überweisungen nur fachlich gebunden ausstellen (Gebietsbezeichnung, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung). Das bestimmt der Bundesmantelvertrag. Sie können also nur überweisen, um bestimmte diagnostische oder therapeutische Leistungen durchführen zu lassen.

Wenn zum Beispiel ein Marcumar-Patient im Urlaub behandelt werden muss, so muss er sich mit einem Arzt am Urlaubsort in Verbindung setzen und Termine vereinbaren. In diesem Fall ist die Gebietsbezeichnung bekannt und Sie können eine Überweisung ausstellen.

Muss der Patient im Urlaub plötzlich zum Arzt, handelt es sich in der Regel um einen Notfall. Dann muss der Patient die Praxisgebühr zahlen.

Serviceteams der KV Nordrhein

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

Service auch für das Praxisteam

Rund 100 Medizinische Fachangestellte betreten Neuland beim Besuch des ersten Infomarkts in der Kölner Bezirksstelle der KV Nordrhein. Der Infomarkt fand am 9. Juni statt.

Praxisgebühr, Abrechnung ambulantes Operieren, allgemeine Abrechnungsfragen, Verträge, Impfungen und Qualitätsmanagement – das waren die Hauptthemen des Infomarktes. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KV Nordrhein standen als Ansprechpartner zur Verfügung.

„Für mich als Neueinsteigerin in das Thema Qualitätsmanagement in der Praxis ist ein solcher Infomarkt sehr hilfreich“, bekundet Sara Eßer aus der Euskirchener HNO-Praxis von Dr. Ludwig Leuchter. „Zwar habe ich bereits externe und interne Audits kennengelernt, aber hier kann ich gezielt Fragen an die KV-Mitarbeiter stellen und weiß, an wen ich mich bei späteren Nachfragen wenden kann.“ Ihre Kollegin Marissa Nunes-Faria findet es praktisch, auch gleich das entsprechende Infomaterial dazu mitnehmen zu können.

Parallel zu den Infoständen liefen halbstündige Vorträge. Auch sie waren gut besucht. Die Vortragsthemen waren: Online-Abrechnung, die Homepage der KV Nordrhein,

Aufgaben der KV, Individuelle Gesundheitsleistungen und „Wie bearbeitet ein KV-Mitarbeiter die Quartalsabrechnung?“. Das Helferinnen-Team aus der Kinderarztpraxis von Dr. Turgut Legeler aus Wuppertal, Elke-Naurath, Elif Tasalp und Tugba Tuncer, interessierte sich besonders für die Bereiche Impfungen und Abrechnung. „Wir schätzen zudem die Möglichkeit zum Kontakt zu anderen Medizinischen Fachangestellten und haben auch bereits eine Fortbildungsveranstaltung in Düsseldorf besucht. Die Veranstaltung bietet jede Menge Infos und die Chance, direkt Fragen zu stellen und Antworten zu erhalten“, so Elke Naurath.

„Die Veranstaltung war eine erfolgreiche Premiere“, kommentierte Norbert Effenberg, stellvertretender Geschäftsführer der Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein. „Wir haben einiges auch für unsere Informationsarbeit lernen können, sprich: welche Themen für das Praxispersonal relevant sind und wie wir diese präsentieren sollten“, sagt Effenberg. Dadurch würden künftige Infomärkte noch praxisnäher.



Abrechnung, Impfungen, Praxisgebühr – rund 100 Medizinische Fachangestellte holten sich am 9. Juni Informationen aus erster Hand



Marissa Nunes-Faria (l.) und Sara Eßer deckten sich beim Infomarkt mit Material ein

Differenzierte Honorarauswertung für Gemeinschaftspraxen und Versorgungszentren

Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können ab Oktober ein neues Serviceangebot der KV Nordrhein nutzen: die differenzierte Honorarauswertung. Damit können Sie den Beitrag jedes einzelnen Mitglieds zum Gesamthonorar der BAG oder des MVZ einfach identifizieren.

Rückwirkend für das erste Quartal 2010 stehen dann differenzierte Auswertungen zum rechnerischen Honorar je Leistungserbringer und je Betriebsstätte bereit. Der Honorarbescheid, der sich auf die gesamte BAG oder das MVZ bezieht, bleibt davon unberührt. Die Auswertungen stellen lediglich ergänzende Informationen dar. Ob und in welcher Form diese Informationen im Weiteren genutzt werden, bleibt den Beteiligten überlassen. Sie eignen sich beispielsweise zur internen Honorarverteilung.

Nur wenn alle wollen

Um das Angebot nutzen zu können, müssen zwei Bedingungen erfüllt sein. Erstens müssen alle Gesellschafter der BAG oder die Träger des MVZ schriftlich Ihr Einverständnis zu der Auswertung geben. Dies dient dem Schutz derer, die diese Form der praxisinternen Transparenz ablehnen.

Sofern auch nur ein Gesellschafter seine Zustimmung verweigert, stehen die Informationen auch allen anderen Partnern nicht zur Verfügung. Die Zustimmung angestellter Ärzte oder von Job-Sharing-Partnern ist nicht nötig.

Für Nutzer des KVNO-Portals

Zweitens müssen Sie registrierter Nutzer des KVNO-Portals sein. Denn nur über dieses erhalten Sie Zugang zu den Informationen. Sofern Sie für die differenzierte Honorarauswertung frei geschaltet wurden, können Sie zusätzlich zu den Daten der BAG oder des MVZ auch die

individuellen Daten der anderen Partner in tabellarischer und grafischer Form einsehen. Anonymisierte Musterauswertungen können Sie ab Oktober kostenlos im KVNO-Portal einsehen.

Und so läuft das Verfahren ab: Sie bekunden Ihr Interesse an der differenzierten Honorarauswertung formlos per E-Mail, Fax oder Brief gegenüber der KV Nordrhein Consult. Sie erhalten anschließend die Einverständniserklärung zugeschickt oder laden Sie direkt von der Homepage der KV Nordrhein herunter. Sobald die Unterschriften aller Beteiligten vorliegen, wird die differenzierte Honorarauswertung für alle Mitglieder der BAG oder des MVZ freigeschaltet.

50 bis 150 Euro pro Quartal

Das Angebot ist kostenpflichtig. Aufgrund des zusätzlichen Verwaltungs- und Programmieraufwandes und des eingeschränkten Nutzerkreises erhebt die KV Nordrhein einen zusätzlichen Verwaltungsbeitrag pro BAG bzw. MVZ und Quartal in Höhe von 50 Euro bei bis zu fünf Sitzen, 100 Euro bei sechs bis zehn und 150 Euro bei mehr als zehn Sitzen.

Ansprechpartner

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

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			Qualitätssicherung/Sicherstellung		
7504	Bestellschein für Vordrucke	(2)	7550	Bedarfsplanung	(4)
Bezirksstelle Düsseldorf			551	Meldeformular für Laborgemeinschaften zur Direktabrechnung über die KV Nordrhein ab dem 4. Quartal 2008	(3)
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			7556	Anzeige über Beginn/Beendigung der Methadonsubstitution	(1)
7510	Gesamtaufstellung – Zugelassene Ärzte	(3)	7557	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität für den Hausarzt	(1)
7511	Gesamtaufstellung – Ermächtigte Ärzte	(3)	7558	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität für die DSP und Kinderärzte	(4)
7512	Gesamtaufstellung – Krankenhäuser	(3)	7560	Patientendokumentation zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger	(4)
EDV/IT in der Arztpraxis			7561	Patientenerklärung zum Datenschutz / Abschluss	(2)
7523	Merkblatt eHKS, elektronische Dokumentation zum Hautkrebs-Screening	(7)	7562	Patientenerklärung zum Datenschutz / Beginn	(2)
75 24	Online-Abrechnung mit D2D: Merkblatt für Arztpraxen	(14)	7563	Patientenmerkblatt: Darmkrebs-Früherkennung	(3)
7525	D2D-Anmeldung	(8)	7566	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
7526	Merkblatt und Antragsunterlagen zur Blankoformularbedruckung	(6)	7567	DMP Diabetes mellitus Typ 2: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
7527	Merkblatt eKoloskopie-Dokumentation	(8)	7568	DMP KHK: Erklärung über die Praxisausstattung	(2)
7528	Merkblatt: eDMP	(10)	7569	DMP KHK: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
7529	Meldebogen für die IT-gestützte Quartalsabrechnung	(1)	Rechtsabteilung		
Pharmakotherapieberatung			7570	Kooperation mit pharmazeutischen Unternehmen	(4)
7532	Patentgeschützte Analogpräparate (Me-too-Liste 2010)	(2)	7571	Praxisgebühr: Muster-Zahlungsaufforderung für Praxisgebühr	(1)
7533	Praxisbesonderheiten 2010 – Arzneimittel (Symbolnummern)	(1)	7572	Rundschreiben der KBV zur Umsatzsteuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 UStG – Sachverständigentätigkeit eines Arztes für die gesetzliche Unfallversicherung	(5)
7534	Richtgrößen 2010 – Heilmittel	(1)	Unternehmenskommunikation		
7536	Richtgrößen 2010 – Arzneimittel	(1)	7580	Anfahrtsbeschreibung zur KV Nordrhein	(2)
7537	GAmSI-Fax-Bestellformular	(2)	7581	Bestellformular: Publikationen der KV Nordrhein	(1)
7538	Anfrage: Arznei-, Verband- oder Heilmittelverordnung oder Verordnungen des Sprechstundenbedarfs	(1)			
7539	Genehmigungsverzicht bei Heilmittel-Verordnungen außerhalb des Regelfalles	(2)			
7541	Praxisbesonderheiten 2010 – Heilmittel (Symbolnummern)	(2)			

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

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

Pharmakotherapie-Fortbildung für MFA

Die KV Nordrhein bietet weiter kostenlose Fortbildungsveranstaltungen für Medizinische Fachangestellte (MFA) an. Neu im Programm ist das Thema „Pharmakotherapie“. Im Mittelpunkt stehen die rechtlichen Grundlagen, Richtgrößen und einzelne Fragen zur Verordnung von Arznei- und Heilmitteln. Die Seminare finden mittwochs von 15 Uhr bis 17.30 Uhr statt.

Termin	Ort
18. August 2010	KV Nordrhein, Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
24. November 2010	Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln

Anmeldung

Nordrheinische Akademie, Tersteegenstraße 3, 40474 Düsseldorf
Telefon 0211 4302 1368, Telefax 0211 4302 1390, E-Mail: akademie@kvno.de

MFA-Fortbildung: IGe-Leistungen

Was sind „Individuelle Gesundheitsleistungen“? Welche Voraussetzungen gibt es, um IGe-Leistungen zu erbringen? Wo treten in der Praxis Probleme auf? Diese Fragen stehen bei den kostenlosen Fortbildungsveranstaltungen für Medizinische Fachangestellte (MFA) der KV Nordrhein im Vordergrund. Die Seminare finden mittwochs von 15 Uhr bis 17.30 Uhr statt.

Termin	Ort
25. August 2010	Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln
20. Oktober 2010	KV Nordrhein, Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Anmeldung

Nordrheinische Akademie, Tersteegenstraße 3, 40474 Düsseldorf
Telefon 0211 4302 1368, Telefax 0211 4302 1390, E-Mail: akademie@kvno.de

Fortbildung Organspende für Ärzte

Die Nordrheinische Akademie bietet in Zusammenarbeit mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) die curriculäre Fortbildung „Organspende“ an. Sie richtet sich an die Transplantationsbeauftragten der Krankenhäuser und alle weiteren interessierten Ärztinnen und Ärzte. Die Fortbildung vermittelt Fähigkeiten unter anderem in den Bereichen Indikation und Entscheidung zur Organspende, Hirntod, Intensivtherapie, Organverteilung, Ethik und Krisenintervention. Das Curriculum umfasst zudem die Teilnahme an zwei Organspendeprozessen unter Anleitung eines erfahrenen DSO-Koordinators.

Termin	Ort
10. und 11. September 2010	Geno Hotel, Raiffeisenstraße 10, 51503 Rösrath
25. September 2010	KV Nordrhein, Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Informationen und Anmeldung

Nordrheinische Akademie, Tersteegenstraße 3, 40474 Düsseldorf
Marta Schmitz
Telefon 0211 4302 1302, Telefax 0211 4302 1390, E-Mail marta.schmitz@aekno.de

Termine

■ 14.7.2010	RP-Sprechstunde: „Demenz“, Hilden
■ 18.8.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zur Pharmakotherapie, Düsseldorf
■ 25.8.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zum Thema: „IGe-Leistungen“, Bezirksstelle Köln
■ 25.8.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung“, Düsseldorf
1.9.2010	Fortbildung für Medizinische Fachangestellte: „Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“, 16.00 Uhr, Selbsthilfekontaktstelle, Bonn
■ 8.9.2010	RP-Sprechstunde: „Bluthochdruck“, Krefeld
■ 15.9.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zum Thema: „Richtig abrechnen“, Kreisstelle Aachen
■ 21.9.2010	Kreisstelle Köln der KV Nordrhein: „Jour variable“, Köln
■ 29.9.2010	Kreisstelle Essen der KV Nordrhein: „Mitgliederversammlung“, Essen
■ 29.9.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung“, Köln
29.9.2010	Fortbildung für Medizinische Fachangestellte: „Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“, 16.00 Uhr, Selbsthilfekontaktstelle, Hürth
■ 29.9.2010	Mitgliederversammlung der Kreisstelle Essen, 18.00 Uhr, Alfred-Krupp-Krankenhaus, Essen
■ 6.10.2010	Infomarkt der KV Nordrhein, Köln
9. – 15.10.2010	Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung: „Fortbildungskongress“, Norderney
■ 13.10.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung“, Düsseldorf
13.10.2010	„Workshop Evidenzbasiert Medizin die Cochrane Library“, Düsseldorf
■ 20.10.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zum Thema: „IGe-Leistungen“, Düsseldorf
■ 27.10.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zum Thema: „Vordrucke“, Kreisstelle Aachen
27.10.2010	Fortbildung für Medizinische Fachangestellte: „Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“, 16.00 Uhr, Selbsthilfekontaktstelle, Heinsberg
■ 3.11.2010	RP-Sprechstunde: „Phobien“, Düsseldorf
5. – 7.11.2010	IQN: „18. Fortbildungscurriculum Mamma-Carcinom“, Düsseldorf
10.11.2010	Fortbildung für Medizinische Fachangestellte: „Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“, 16.00 Uhr, Selbsthilfekontaktstelle, Düren
■ 13.11.2010	5. Nordrheinischer Praxisbörsentag der KV Nordrhein, Köln
17. – 20.11.2010	MEDICA, Düsseldorf
17.11.2010	Fortbildung für Medizinische Fachangestellte: „Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“, 16.00 Uhr, Selbsthilfekontaktstelle, Wuppertal
■ 24.11.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zur Pharmakotherapie, Köln
■ 27.11.2010	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 4.12.2010	Konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 7.12.2010	Kreisstelle Solingen der KV Nordrhein: „Mitgliederversammlung“, Solingen
■ 8.12.2010	RP-Sprechstunde: „Niere/Blase“, Düsseldorf
■ 14.12.2010	Kreisstelle Köln der KV Nordrhein: „Jour variable“, Köln

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

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Redaktion:

Ruth Bahners (verantwortlich)
Frank Naundorf, Karin Hamacher

Redaktionsbeirat:

Dr. Peter Potthoff, Bernd Brautmeier, Ruth Bahners

Druck:

Echo Verlag, Köln

Satz:

BCS, Düsseldorf

Anschrift der Redaktion:

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

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

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

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 22 000

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.

■ § 73b:

Die Lage

in Nordrhein

■ Initiative:

Versorgung

in Pflegeheimen

■ eGK:

Wie geht's

jetzt weiter?

■ Ärzte:

AOK startet

Bewertungsportal

■ Selbsthilfe:

Angebote für

Schwerstkranke

**Die nächste Ausgabe von
KVNO aktuell erscheint
am 8. September 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 5970 0 · Telefax 0211 5070 8100

www.kvno.de



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.