

9+10 | 2011

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Schwerpunkt

Honorar | KVen in NRW
kämpfen für Konvergenz

Hintergrund

eGK | Kassen starten die Ausgabe –
wenig Neues für die Praxen

Aktuell

VIN | Verordnungsinfos bieten
die KV Nordrhein nun per Newsletter

Praxisinfo

Gripeschutzimpfung | Kampagne
mit Plakaten und Patienteninfos



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 KV Nordrhein und Westfalen-Lippe kämpfen für Konvergenz

Aktuell

- 9 „VIN“ – Verordnungsinfos in Nordrhein ab sofort auch per Newsletter
- 9 Plausibilitätsvereinbarung: Auffälligkeiten ab 25,60 Euro ahnden

Praxisinfo

- 10 Grippeimpfung: Kampagne mit Plakaten und Patienteninfo
- 11 STIKO: Keine Änderung bei den Schutzimpfungen
- 11 Neun Kassen übernehmen Influenza-Impfung für alle
- 11 Richtlinie zur Empfängnisregelung geändert
- 12 Mehr Materialien im Sprechstundenbedarf
- 12 Merkblatt Clamydientest beim Formularversand vorrätig
- 12 Änderung der EBM-Nr. 32670 – Tuberkulose-Ausschluss
- 13 Ambulante und stationäre Infektionen behandeln

- 13 Abrechnung Zivildienstleistende endet 2012
- 14 J2 mit Bergischer Krankenkasse ab 1. Oktober vereinbart
- 14 U10/U11: BKK futur nimmt teil
- 14 Anforderungen an apparative Ausstattung Ultraschallsysteme
- 14 Tonsillotomievertrag mit der KKH-Allianz modifiziert
- 15 Kataraktvertrag mit den BKKen: Pauschale angepasst
- 15 Zuzahlung für physikalisch-medizinische Leistungen

Verordnungsinfo

- 16 „Ärzte schätzen individuelle Verordnungsinfos“
- 17 So funktioniert die frühe Nutzenbewertung
- 20 Aut idem: Gekaufte Kreuze
- 20 Stimulantien bei ADHS im Erwachsenenalter
- 21 150 Arzneimittelinfos von A bis Z
- 21 Für Ihre Patienten: Einleger zu Blutzucker-Teststreifen
- 21 Achtung: Hier drohen Arzneimittel-Anträge

Hintergrund

- 22 Die elektronische Gesundheitskarte bringt wenig Neues für die Praxen
- 24 Testkarten: In den meisten Praxen läuft es reibungslos

Berichte

- 26 Betreuung für Brummi-Fahrer
- 29 Der Burgfriede von Oberhausen

In Kürze

- 30 Beschwerden über Behandlungsfehler
- 30 Bundesweite Befragung zu Praxiskosten
- 31 Gesundheitspolitik: Reimann folgt Meier
- 31 Elektronische Qualitätszirkel – einfach verwaltet, besser informiert

Service

- 32 Hausärzte können prä- und postoperative Leistungen abrechnen



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

In unserem politischen Kampf für eine Angleichung unserer Honorare an den Bundesdurchschnitt beschreiten wir neue Wege. Gemeinsam mit den Kollegen aus Westfalen-Lippe haben wir einen entsprechenden Aufruf an die Bundespolitik formuliert und um öffentliche Unterstützung gebeten.

Diese Unterstützung wird uns reichlich gewährt: An erster Stelle hat Landesministerin Barbara Steffens unseren Aufruf öffentlich unterzeichnet, ebenso eine Reihe namhafter Personen und Institutionen des Gesundheitswesens. Wir dokumentieren die täglich wachsende Liste der Unterstützer auf unserer Kampagnen-Homepage. Besuchen Sie doch einmal die Website www.konvergenz-jetzt.de

Dort gelangen Sie auch zur Petition unseres westfälischen Vorstandskollegen Dr. Wolfgang-Axel Dryden an den Deutschen Bundestag. Sie können diese Petition online mitzeichnen und unser gemeinsames Anliegen auf diese Weise politisch unterstützen.

Unserem Anspruch auf ein faires vertragsärztliches Honorar setzen einzelne Vertreter aus Politik und Krankenkassen derzeit Polemik oder methodisch dürftige Studien entgegen. Mit der aktuellen Diskussion um Wartezeiten für Arzttermine und um die angeblich zu geringe Wochenarbeitszeit, die die Kolleginnen und Kollegen für gesetzlich Versicherte erbringen, soll der Eindruck vermittelt werden, wir leisteten zu wenig für unsere Honorare. Gleichzeitig schallt uns von dort der Vorwurf

der Überversorgung und der zu häufigen Arztkontakte deutscher gesetzlich versicherter Patienten entgegen.

Gestatten Sie uns noch einen Hinweis in eigener Sache: Nach 17 Jahren in Grün und Weiß (seit 2003 in Grau und Rot) werden wir Ihr Mitglieder-Magazin „KVNO aktuell“ künftig in vier Farben drucken. So können wir eine Zeitschrift erstellen, die für Sie deutlich angenehmer zu lesen sein wird als bisher.

Auch komplexe Inhalte, die wir in Tabellen und Grafiken zeigen, sind dann schneller zu erfassen. Wir bieten Ihnen mit dem Vierfarbdruck eine Verbesserung, die für vergleichbare Publikationen, zum Beispiel in den Blättern der anderen KVen, längst Standard ist. Von den Mitglieder-Magazinen der Krankenkassen oder den Broschüren der Pharma-Industrie wollen wir hier gar nicht sprechen.

Ein Hochglanzmagazin werden wir jedoch nicht produzieren. Bei der Umstellung des Layouts haben wir darauf geachtet, dass die Kosten gering bleiben. Wir hoffen, Sie weiter mit Inhalten überzeugen zu können, und freuen uns jederzeit auf Ihre Anregungen.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Peter Potthoff

Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier

Vorstand

Versorgungsgesetz soll gleiches Geld für gleiche Leistung garantieren

KV Nordrhein und Westfalen-Lippe kämpfen für Konvergenz

In Nordrhein-Westfalen fließt deutlich weniger Geld in die ambulante Versorgung als im Bundesdurchschnitt. Dagegen wehren sich die KVen im größten Bundesland mit aller Kraft. Sie fordern gleiches Geld für gleiche Leistungen – und erhalten dafür viel Unterstützung. Wird der Gesetzgeber mit dem Versorgungsgesetz Gerechtigkeit schaffen?

„Uns geht es darum, dass für die Behandlung der Patienten in Nordrhein und Westfalen-Lippe genauso viel Geld zur Verfügung steht wie in anderen Regionen der Republik. Und uns geht es um faire Honorierung der Leistungen, die unsere Vertragsärzte und -psychotherapeuten Tag für Tag für ihre Patienten in der ambulanten Versorgung erbringen – nicht mehr, aber auch nicht weniger“, sagt Dr. Peter Potthoff, Vorsitzender des Vorstands der KV Nordrhein.

Für die Konvergenz kämpft die KV Nordrhein zusammen mit der KV Westfalen-Lippe und dem Landesverband der Praxisnetze in Nord-

rhein-Westfalen derzeit mit allen Mitteln. Ausführlich wurden die Fach- und Publikumsmedien informiert, zweimal reiste Potthoff sogar nach Berlin, um die Forderung nach Konvergenz der Hauptstadt-Presse zu präsentieren – einmal sogar zusammen mit Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens.

Auch viele andere prominente Vertreter des Gesundheitswesens unterstützen inzwischen den Kampf um Konvergenz. Um den Druck auf die Entscheidungsträger zu erhöhen, fordern die KVen die Bundesregierung und den Deutschen Bundestag inzwischen auch per Petition auf,

eine Angleichung der Vergütung je Versichertem herbeizuführen. „Zeichnen Sie die Petition“ appelliert Potthoff. Wer sich über die Konvergenz informieren oder die Petition unterstützen will, erreicht dies über die Kampagnen-Homepage www.konvergenz-jetzt.de

Hintergründe

In NRW stehen die Praxen deutlich schlechter da als im Bundesdurchschnitt.

Entwicklung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung je Versichertem nach KV-Bereichen 2007 und 2011



„Dabei zahlen die Versicherten in unserer Region denselben Beitragssatz wie Versicherte in allen anderen Bundesländern. Die Mittel, die für ihre ambulante medizinische Versorgung zur Verfügung gestellt werden, sind aber deutlich unterdurchschnittlich“, prangert Potthoff an.

Eine angemessene und im Bundesvergleich faire Vergütung für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte entscheidet aber über die künftige Qualität und die flächendeckende Erreichbarkeit der ambulanten Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger in NRW.

Und noch eine Sorge treibt die KVen um, die in der Kampagne für Konvergenz mit dem Landesverband der Praxisnetze Nordrhein-Westfalen zusammenarbeiten: Mit der Perspektive einer unterdurchschnittlichen Vergütung wird es uns kaum gelingen, junge Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten für eine Niederlassung zu gewinnen.

Die Fakten

Für den überwiegenden Teil der ambulanten ärztlichen Versorgung entrichten die Krankenkassen pro Jahr einen Pauschalbetrag je Versichertem. Das Geld fließt in den Honorartopf der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung (KV), die die Verteilung auf die einzelnen Praxen übernimmt. Betrachtet man die Höhe dieses Pauschalbetrags, so trägt der Landesteil Westfalen-Lippe im Bundesvergleich die sprichwörtliche rote Laterne – und der Landesteil Nordrhein schneidet kaum besser ab: In Westfalen-Lippe beträgt die Pauschale lediglich 321 Euro je Versichertem, in Nordrhein sind es 330 Euro. Der Bundesdurchschnitt liegt mit 347 Euro deutlich höher. In der am finanziell besten ausgestatteten KV-Region Berlin sind es sogar 386 Euro.

Die Ursachen

Für diese Unterschiede gibt es keinen nachvollziehbaren Grund. Im Gegenteil: Seit dem 1. Januar 2009 zahlen alle gesetzlich Versicherten bundesweit den gleichen Beitragssatz für ih-

Stimmen für die Konvergenz



»Ohne eine Angleichung wird die Honorarsituation zu einem Standortnachteil für Nordrhein-Westfalen, der Niederlassungen unattraktiver macht und letztendlich zu einem enormen Nachteil für die hiesigen Patientinnen und Patienten wird. Das kann nicht hingenommen werden.«

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



»Uns geht es darum, dass wir für die Behandlung der Patienten in Nordrhein und Westfalen genauso viel Geld zur Verfügung haben wie in anderen Regionen der Republik – nicht mehr und nicht weniger.«

Dr. Peter Potthoff,
Vorstandsvorsitzender
der KV Nordrhein



»Niedrige Pauschalen für die Versorgung der Patienten in NRW bedeuten: weniger Arbeitszeit, weniger Arzthelferinnen, weniger Diagnostik, weniger Investitionen in Praxis und Ausstattung.«

Dr. Heinrich Mijs,
Vorsitzender Landesverband
der Praxisnetze NRW



»Nicht jammern – handeln! Nachdem sich die Bundespolitik der regionalen Problematik der ungleichen Finanzierung bislang nur halbherzig angenommen hat, ist die Zeit für ein deutliches Zeichen gekommen. Wir machen mit dem Mittel der Petition einen konkreten Vorschlag zur Lösung.«

Dr. Wolfgang-Axel Dryden,
Vorsitzender der Kassenärztlichen
Vereinigung Westfalen-Lippe



Herzstück der Kampagne: die Homepage www.konvergenz-jetzt.de

Zentrales Element des Kampfes für gerechte Honorare in Nordrhein-Westfalen ist die Kampagnen-Homepage. Besucher der Seite finden eine Fülle an Material in Form von Hintergrundtexten, Pressemitteilungen und Videos, die die Ursachen der ungerechten Honorarverteilung zeigen und die negativen Auswirkungen für Nordrhein-Westfalen aufdecken.

„Die Homepage soll zugleich ein gemeinsames Forum des wachsenden Kreises von Unterstützern sein“, sagt Dr. Peter Potthoff, Vorsitzender des Vorstands der KV Nordrhein. Mehr als 75 Persönlichkeiten aus dem Gesundheitswesen und der Politik zeigen in der Rubrik „Unterstützer“ ihre Solidarität mit den KVen im Streit für eine gerechte Honorierung ambulanter medizinischer Leistungen.

Über die Homepage gelangen Sie auch zur Petition, in der die KVen die Bundesregierung und den Deutschen Bundestag auffordern, 'eine Angleichung der Vergütung je Versichertem herbeizuführen: www.konvergenz-jetzt.de | [KV 110904](#)

re Krankenversicherung. Der Gesundheitsfonds verteilt diese Mittel auf die derzeit ca. 150 Krankenkassen im Bundesgebiet. Dabei geht es nach der Zahl der Versicherten und nach deren Krankheitslast, der sogenannten „Morbidität“. Dahinter steckt die plausible Logik, dass Kassen mit älteren, kränkeren Versicherten eine höhere Zuweisung aus dem Fonds benötigen als solche mit junger und gesunder Klientel.

So weit, so gut. Doch mit solchen Morbiditätsunterschieden hat die Honorarlücke der Kassenärzte und -ärztinnen an Rhein, Ruhr und Lippe gegenüber dem Rest der Republik wenig zu tun. Denn die Zahlungen der Krankenkassen an die KVen bemessen sich nicht nach der Morbidität der Versicherten, sondern nach Leistungsmengen vergangener Jahre, die den tatsächlichen Versorgungsbedarf nicht korrekt widerspiegeln. Ginge es nach dem echten Bedarf, lägen die Ärztehonorare in NRW knapp über dem Bundesdurchschnitt.

Die Benachteiligung der Vertragsärzteschaft in NRW beruht letztlich auf historisch unterdurchschnittlichen Honoraren. Diese Benachteiligung wurde durch die große Vergütungsreform 2009 nicht beseitigt, sondern fortgeschrieben. Dabei war die Vereinheitlichung der Honorare ein erklärtes Ziel der Reform. Allerdings ist die Politik auf halbem Wege stehen geblieben: Zwar führte der Gesetzgeber einheitliche Preise für vertragsärztliche Leistungen im Bundesgebiet ein. Er hat es jedoch versäumt, auch den „Behandlungsbedarf“ der Versicherten zu vereinheitlichen, also die Gesamtheit der ärztlichen Leistungen, die für die Versorgung eines/einer (durchschnittlichen) Patienten/Patientin regelhaft zu erbringen sind.

Seit 2009 warten Ärzte und Ärztinnen, Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen der benachteiligten KVen auf eine Korrektur der Reform. Ein kleiner Schritt zur Angleichung am 1. Januar 2011 ging in die richtige Richtung, reichte aber bei weitem nicht aus. Bisher fehlt es am politischen Willen, das Problem grundsätzlich zu lösen – sowohl in der Bundespolitik als auch innerhalb der Selbstverwaltung der Ärzteschaft und Krankenkassen. Dies gilt besonders für diejenigen KV-Regionen, die ihr Honorarvolumen durch die jüngste Reform überdurchschnittlich steigern oder zumindest ihren „Vorsprung“ sichern konnten.

Vor dem Hintergrund dieser gegensätzlichen Interessenlage ist auch der gesetzliche Stich-

tag 30. April 2011 folgenlos verstrichen. Bis zu diesem Termin hätte die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene – der sogenannte Bewertungsausschuss – „dem Bundesministerium für Gesundheit (...) ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen“ vorlegen müssen (§ 87, Absatz 9 SGB V). Dazu ist es nicht gekommen. Auch das Bundesgesundheitsministerium als Aufsichtsbehörde hat es unterlassen, diesen gesetzlichen Auftrag mit Nachdruck durchzusetzen.

Die Perspektiven

Derweil hat sich die Politik allem Anschein nach von einem Kernstück der Reform 2009, der Vereinheitlichung des Honorarsystems, verabschiedet. Mit dem geplanten Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG) vollzieht der Gesetzgeber eine Kehrtwende. Künftig sollen die Honorare wieder regional – das heißt auf KV-Ebene zwischen der KV und den Kassen – verhandelt werden.

Dagegen ist kaum etwas einzuwenden – allerdings nur unter der Voraussetzung, dass die 17 KVen im Bundesgebiet zum Beginn des neuen Systems auf ein und derselben Startlinie stehen. Danach sieht es aber nicht aus. Vielmehr droht ein Szenario, in dem die KVen in Nordrhein-Westfalen mit der Hypothek eines beträchtlichen Rückstands in die neue Honorarwelt eintreten werden.

Dabei stehen die NRW-KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe keineswegs allein: Unterdurchschnittliche Honorare gibt es für die Kolleginnen und Kollegen in sechs weiteren KVen.

Die Konsequenzen

Nur auf den ersten Blick geht es in diesem Konflikt um die Umsätze und die Einkommen der Vertragsärzte und -ärztinnen bzw. der Psychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. Tatsächlich geht es darum, welche Ressourcen für die ambulante Versorgung der

Versicherten in NRW zur Verfügung stehen. Mit der dauerhaften Perspektive unterdurchschnittlicher Honorare wird es kaum gelingen, die dringend benötigten Ressourcen für die haus- und fachärztliche sowie psychotherapeutische Versorgung in unserem Bundesland zu halten oder für eine Niederlassung hier zu gewinnen.

Bleibt es bei der unterdurchschnittlichen Honorarbasis in der ambulanten Versorgung, wird dies schmerzliche Folgen nach sich ziehen: Ärztemangel, weiter zunehmende Wartezeiten, längere Wege und schließlich eine materielle und personelle Unterausstattung der Praxen mit gravierenden Konsequenzen für die Dichte und die Qualität des ambulanten Versorgungsangebots. Vor allem aber schwindet auf Dauer die wichtigste Ressource für eine gute Versorgung: die Motivation und die Arbeitszufriedenheit unserer Kolleginnen und Kollegen und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die eigentlich Benachteiligten sind die Patientinnen und Patienten. Sie zahlen den selben Beitragssatz wie die Versicherten im Rest der Republik. Dennoch steht für ihre ambulante Versorgung weniger Geld zur Verfügung.

Die Lösung: Konvergenz

Der Dreh- und Angelpunkt des Honorarsystems ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versichertem (mGV). Derzeit existiert kein allgemein akzeptiertes Verfahren, um die unterschiedliche Morbidität der Versicherten einer Region mit Blick auf den ambulanten Behandlungsbedarf zu ermitteln. (Dennoch ist es wichtig, die Morbidität zu dokumentieren, denn diese begründet den Vergütungsanspruch einer Region.) Unter dem Aspekt einer regional gerechten Verteilung der Ressourcen muss die mGV daher zunächst bundesweit vereinheitlicht werden, um gleiche Ausgangsbedingungen für die künftigen Honoraranpassungen zu schaffen. Eine solche „Konvergenz“ der vertragsärztlichen Vergütung kann nur vom Bundesgesetzgeber durchgesetzt werden.

Die LAVA-KVen präsentierten ihre Forderungen am 10. August im Haus der Bundespressekonferenz in Berlin.



LAVA: Acht KVen streiten für Versorgungsgerechtigkeit

Mit ihrer Forderung nach der Vergütung zumindest nach dem Bundesdurchschnitt stehen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Nordrhein-Westfalen nicht allein: Acht KVen haben sich zusammengeschlossen und streiten für eine Nachschusspflicht der Krankenkassen. Das Bündnis firmiert unter dem Kürzel „LAVA“, das für „Länderübergreifender Angemessener Versorgungsanspruch“ steht.

Unter dem LAVA-Logo agieren die KVen Brandenburg, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe. Als sie ihre Forderungen am 10. August auf der Bundespressekonferenz in Berlin vorstellten, war der Medienandrang groß: Rund 60 Journalisten, etliche Kameras und Mikrofone füllten den Raum.

LAVA forderte den Gesetzgeber auf, noch in diesem Jahr die Grundlagen für eine Anhebung der unterdurchschnittlichen morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen zu schaffen. Die Vergütungsunterschiede sind nach Worten von Dr. Peter Potthoff, dem Vorstandsvorsitzenden der KV Nordrhein, nicht mit Morbiditätsunterschieden zu erklären. „Es besteht eine eindeutige Rechtsgrundlage für die Erarbeitung eines Konvergenzkonzepts“, betonte Potthoff.

Die Kassen sollen für ihre Versicherten eine gleiche Leistungsfähigkeit der ambulanten medizinischen Versorgung im Bundesgebiet herstellen. Die Umverteilung von Mitteln zwischen den KVen lehnt die LAVA-Gruppe ab.

Gemeinsame Pressemitteilung

der Arbeitsgemeinschaft LAVA – „Länderübergreifender Angemessener Versorgungsanspruch“, ein Zusammenschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe

Nein zu Patienten erster und zweiter Klasse!

Berlin, 10. August 2011. Mit Nachdruck und Sorge verweisen die acht in LAVA – „Länderübergreifender Angemessener Versorgungsanspruch“ zusammengeschlossenen Kassenärztlichen Vereinigungen auf die in den nächsten 15 Jahren zu erwartenden Veränderungen in

der Bevölkerungsstruktur und die damit einhergehenden Probleme bei der medizinischen Versorgung der Patienten.

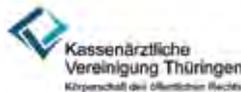
Bundesweit wird die Zahl der über 65-Jährigen bis 2025 um rund 20 Prozent ansteigen



Sie vertraten die LAVA-Gruppe (v.l.): Ralf Herre, Sprecher KV Brandenburg, Dipl.-Med. Regina Feldmann, Vorsitzende KV Thüringen, Dr. Peter Potthoff, Vorsitzender KV Nordrhein, Dr. Burkhard John, Vorsitzender KV Sachsen-Anhalt und Dr. Wolfgang-Axel Dryden, Vorsitzender KVWL.

in Brandenburg zum Beispiel sogar über 30 Prozent. Dies geht einher mit einem teilweise erheblichen Rückgang der Gesamtbevölkerung, in Sachsen-Anhalt beispielsweise um 17 Prozent. Darauf verwies der Vorsitzende der KV Sachsen-Anhalt, Dr. Burkhard John. In

Im Auftrag von der LAVA forderte die Vorsitzende der KV Thüringen, Dipl.-Med. Regina Feldmann, dass die Finanzmittel strikt auf der Grundlage der regionalen Morbidität zugewiesen werden müssten. Sie verwies unter anderem auf ein Rechtsgutachten, das



sieben der acht KVen liegt die Morbidität der Versicherten deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Dies wiederum bedeute schon jetzt und insbesondere in der Zukunft einen erheblich überdurchschnittlichen Versorgungsbedarf neben dem hausärztlichen Bereich vor allem bei augenärztlichen, internistischen und urologischen Leistungen, der auch entsprechend finanziert werden müsse.

Dies jedoch sei nicht der Fall, kritisierte der Vorstandsvorsitzende der KV Nordrhein, Dr. Peter Potthoff. Nicht der tatsächliche Versorgungsbedarf, sondern ein in der Vergangenheit dokumentierter Versorgungsumfang sei die Basis für die zur Verfügung gestellten Finanzmittel je KV-Region. Die daraus resultierende Versorgungsungerechtigkeit dürfe nicht zum dauerhaften Standortnachteil mit all seinen gravierenden Konsequenzen werden. Diese Ungleichbehandlung führe zu Patienten erster und zweiter Klasse, und das müsse verhindert werden.

bei Nichtbeachtung dieser Verfahrensweise einen klaren Verstoß gegen Artikel 3 Abs. 1 des Grundgesetzes sieht. Zwangsweise Versicherungspflicht mit Beitragsbelastung sei nur dann verhältnismäßig, wenn auch eine ambulante Versorgung auf dem gesetzlichen Niveau gleichmäßig gesichert ist.

Dr. Wolfgang-Axel Dryden, Vorstandsvorsitzender der KV Westfalen-Lippe, stellte heraus, dass ein bundesweit gleichwertiges Leistungsangebot auch eine bundesweit gleichwertige Finanzierung voraussetze. Die Morbidität müsse die Basis für die Finanzmittelverteilung sein. Hierzu sei zunächst eine einmalige Anpassung der für die ambulante Versorgung bereitgestellten Mittel an das Morbiditätsniveau der KV-Region und anschließend eine entsprechende Weiterentwicklung erforderlich. Dies sollte von den Krankenkassen auf Grund der Zuweisungen aus dem morbiditätsadjustierten RSA auch problemlos geleistet werden können. Die Anpassung müsste vor der beabsichtigten Rückkehr zur regionalen Honorarkompetenz der KVen erfolgen.



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

AMNOG-Erfahrungen – GKV-VSG-Perspektiven

Freitag, 7. Oktober 2011

15.00–19.00 Uhr in Düsseldorf

Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9

Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen
Vereinigung Nordrhein

MinR Ulrich Dietz, Leiter Referat Arzneimittelversorgung BMG

Dr. Rainer Hess, Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses

Günter van Aalst, Leiter TK-Landesvertretung Nordrhein-Westfalen

Prof. Dr. Jürgen Windeler, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit
im Gesundheitswesen

Prof. Dr. med. W. Dieter Paar, Direktor Medizin Sanofi-Aventis Deutschland GmbH

f o c u s

Zukunftsperspektiven
im Gesundheitswesen

Ein Veranstaltungszyklus in Kooperation mit

COGNOMED
GESELLSCHAFT FÜR FORTBILDUNG IM GESUNDHEITSWESEN

www.cognomed.de
anmeldung@cognomed.de

„VIN“ – Verordnungsinfos in Nordrhein ab sofort auch per Newsletter

Für Ärztinnen und Ärzte im Rheinland gibt die KV Nordrhein einen neuen Newsletter heraus, der über die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln informiert. Die erste Ausgabe klärt auf über die neue Indikation von Dabigatran (Pradaxa) bei Vorhofflimmern.

Etwa zehn Ausgaben der Verordnungsinfos werden pro Jahr erscheinen. Sie werden auf wichtige Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses hinweisen oder über geänderte vertragliche Regelungen berichten, die Verordnungen in der Praxis betreffen. „Wir wollen unsere Mitglieder schnell informieren und

setzen deswegen auf moderne Kommunikationsmittel“, erklärt Dr. Peter Potthoff, Vorsitzender des Vorstands der KV Nordrhein.

Mit der Verordnungsinfo Nordrhein (VIN) erweitert die KV ihr Angebot auf insgesamt sechs Newsletter. „Die Newsletter haben inzwischen einen wichtigen Platz in unserem Medienangebot eingenommen“, so Potthoff.

Die Möglichkeit zum Abonnement finden Sie im Internet unter www.kvno.de



Plausibilitätsvereinbarung: Auffälligkeiten ab 25,60 Euro ahnden

Die neue Plausibilitätsvereinbarung ist in Kraft. Erstmals ist eine Geringfügigkeitsgrenze festgelegt. Ansonsten unterscheidet sich die Vereinbarung nur in wenigen Punkten von der Vereinbarung aus dem Jahr 2006.

Die Krankenkassen sollen erst dann Auffälligkeiten melden und Prüfanträge stellen, wenn der zu erwartende Schaden je Betriebsstätte und Quartal über 25,60 Euro liegt. Diese Mindestgrenze ist angelehnt an die strafrechtliche Geringfügigkeitsgrenze. „Aufwendige und lästige Verfahren wegen kleiner Auffälligkeiten, die wenig bis keine finanziellen Auswirkungen haben, wird es also künftig nicht mehr geben“, sagt Christina Brosch, Abteilungsleiterin Abrechnungsprüfung und Disziplinarwesen der KV Nordrhein.

Außerdem haben Kassen und KV die Verjährungsregelung für die Einleitung eines Verfahrens an den Zeitrahmen angepasst, in dem nach der Rechtsprechung auch noch eine Honorarrückforderung möglich ist. Dies bedeutet, dass eine Plausibilitätsprüfung nach einem

Zeitraum von 16 Quartalen nach der Auffälligkeit nicht mehr eingeleitet werden kann.

Teil A der Vereinbarung erläutert das Vorgehen und den Ablauf der Prüfung innerhalb der KV Nordrhein, Teil B regelt den von den Kassen zu prüfenden Teil. In Teil C sind gemeinsame Vorschriften festgelegt, zum Beispiel, dass eine „gemeinsame Beratungskommission Abrechnungsprüfung“ eingerichtet wird. Hier wird abgestimmt, ob im Einzelfall Maßnahmen durchzuführen sind.

Die Plausibilitätsvereinbarung finden Sie im Internet unter www.kvno.de | [KV | 110909](http://www.kvno.de)

Stichwort Plausibilitätsvereinbarung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind mit der Durchführung von Prüfungen auf Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen beauftragt (§ 106a Abs. 1 SGB V). Auch den Krankenkassen ist ein Prüfbereich zugewiesen. Zur gemeinsamen Erfüllung dieser Aufgabe müssen die Partner Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen erlassen oder eine Vereinbarung treffen.

Grippeimpfung: Kampagne mit Plakaten und Patienteninfo

Mitte September startete die nächste Runde der Präventionskampagne zum Thema Impfen mit der Gripeschutzimpfung (Influenza). Mit

dieser Ausgabe von „KV-NO aktuell“ erhalten Sie ein Wartezimmerplakat zur Gripeschutzimpfung.

Im Internet-Angebot der KV Nordrhein stehen Ihnen eine Patienteninformation als Kopiervorlage, eine Praxisinformation mit Hinweisen zur aktuellen Grippezeit sowie ein Merkblatt mit Hinweisen zum Erinnerungs- und

Terminmanagement inklusive Einverständniserklärung zur Verfügung.

Die Info-Materialien finden Sie unter www.kvno.de | **KV 110910**

Deutsche BKK und Knappschaft: zusätzliche Impfungen

Zum 1. Oktober 2011 hat die KV Nordrhein mit der Deutschen BKK und der Knappschaft-Bahn-See eine Impfvereinbarung über zusätzliche Impfungen als Satzungsleistungen vereinbart. Sie umfasst folgende Impfungen:

Impfkatalog Deutsche BKK mit den gültigen Symbolnummern (SNR):

- Cholera-Impfung, SNR 89712
- FSME-Impfung, SNR 89706
- Gelbfieber-Impfung (nur durch anerkannte Gelbfieberstellen), SNR 89713
- Hepatitis A- und B-Impfung (Kombinationsimpfstoff), SNR 89705
- Hepatitis A-Impfung, SNR 89703
- Hepatitis B-Impfung, SNR 89704
- HPV-Impfung für Frauen im Alter von 18 bis 26 Jahren, SNR 89715

- Meningokokken-Impfung, SNR 89708
- Rotaviren-Impfung (Schluckimpfung für Säuglinge), SNR 89701
- Tollwut-Impfung, SNR 89709
- Typhus- und Hepatitis A-Impfung (Kombinationsimpfstoff), SNR 89711
- Typhus-Impfung, SNR 89710

Impfkatalog respektive Prophylaxe der Knappschaft mit den gültigen Symbolnummern:

- Cholera-Impfung, SNR 89712
- FSME-Impfung; auch ohne Aufenthalt in einem von der STIKO definierten Risikogebiet, SNR 89706
- Gelbfieber-Impfung (nur durch anerkannte Gelbfieberimpfstellen), SNR 89713
- Hepatitis A-Impfung, SNR 89703
- Hepatitis B-Impfung, SNR 89704
- Hepatitis A- und B-Impfung (Kombinationsimpfstoff), SNR 89705
- Malariaphylaxe (Tabletten), SNR 89714
- Meningokokken-Impfung, SNR 89708
- Rotaviren-Impfung (Schluckimpfung für Säuglinge), SNR 89701
- Tollwut-Impfung, SNR 89709
- Typhus-Impfung, SNR 89710
- Typhus- und Hepatitis A-Impfung (Kombinationsimpfstoff), SNR 89711

Für die Rotavirus-Impfung erhalten Sie sieben Euro bei beiden Kassen. Alle übrigen Impfungen werden mit zwölf Euro vergütet, jede weitere Impfung beim gleichen Arzt-Patienten-Kontakt mit sechs Euro. Für die erste und zweite HPV-Impfung bei der Deutschen BKK erhalten Sie je sieben Euro und für die dritte und letzte HPV-Impfung 15 Euro.

Die Praxisgebühr entfällt in den Fällen, in denen ausschließlich Impfleistungen erbracht werden. Darüber hinaus müssen die Patienten keine Zuzahlungen zu den Impfstoffen oder zur Malariaphylaxe leisten. Die Impfstoffe und die Malaria-Prophylaxe verordnen Sie bitte auf den Namen des Patienten zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse auf dem Rezeptformular Muster 16. Gelbfieberimpfstellen kön-



Gib Viren und Bakterien keine Chance!

Impfen schützt vor gefährlichen Krankheiten.

nen den Impfstoff unter Vorlage der Rechnung auch über den Behandlungsschein abrechnen.

Eine Liste aller Kassen, die zusätzliche Impfleistungen anbieten, finden Sie unter www.kvno.de | **KV | 110911**

STIKO: Keine Änderung bei den Schutzimpfungen

Die Impfeempfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) sind im Juli aktualisiert worden. Die Empfehlungen haben sich inhaltlich gegenüber dem Vorjahr nicht geändert. Sie sind nur redaktionell überarbeitet worden, der Impfkalendar wurde übersichtlicher gestaltet.

Neun Kassen übernehmen Influenza-Impfung für alle

Für die Impfsaison 2011/2012 hat die KV Nordrhein mit neun nordrheinischen Krankenkassen eine Vereinbarung zur Übernahme der Influenza-Impfung für alle Versicherten ohne STIKO-Indikation geschlossen. Die Impfkaktion für diese Krankenkassen beginnt am 1. Oktober 2011 und geht bis zum 31. März 2012.

Den Impfstoff können Sie wie gewohnt über den Sprechstundenbedarf beziehen. Für die Abrechnung der ärztlichen Leistung verwenden Sie bitte die Symbolnummer 89112T. Die Impfung wird mit 5,80 Euro außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und der Regelleistungsvolumina vergütet.

Folgende Krankenkassen übernehmen die Influenza-Impfung für alle ihre Versicherten:

- AOK Rheinland/Hamburg (nur für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre)
- BKK Saint Gobain
- BKK Demag Krauss-Maffei
- BKK24
- KKH-Allianz
- Novitas BKK
- Techniker Krankenkasse

- pronova BKK
- BKK vor Ort

Eine aktuelle Liste der Kassen, die die Influenza-Impfung für alle Versicherten zahlen, finden Sie unter www.kvno.de | **KV | 110911**

Richtlinie zur Empfängnisregelung geändert

Aufgrund der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert Koch-Institutes hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch (ESA-Richtlinie) sowie die Mutterschafts-Richtlinien angepasst.

Künftig soll im Rahmen der ESA-Richtlinie Frauen mit fehlender oder nur einmaliger Impfung die Rötelnimpfung oder deren Komplettierung empfohlen werden. Liegt der Nachweis über zwei erfolgte Impfungen vor, ist von einer Immunität auszugehen. Die Rötelnserologie im Rahmen dieser Richtlinie entfällt in diesem Fall.

Die Mutterschafts-Richtlinien wurden in folgenden Punkten geändert:

- Die Richtlinien fordern die Bestimmung der serologischen Rötelnimmunität nur noch für Schwangere, bei denen ein Nachweis über zwei erfolgte Rötelnimpfungen nicht vorliegt.
- Die Beschränkung auf den Hämagglutinationshemmtest (HAH-Test) als zu verwendende Testmethode wurde aufgehoben, da hier inzwischen weitere international erprobte und validere Testmethoden zur Verfügung stehen. Damit entfällt auch die Festlegung zu den Titerstufen des HAH-Tests. Unverändert muss das den Test durchführende Labor angeben, ob von einer Rötelnimmunität auszugehen ist.
- Gesunden Schwangeren soll der Arzt eine Influenza-Impfung ab dem zweiten Trimenon empfehlen, bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens bereits im ersten Trimenon.

Mehr Materialien im Sprechstundenbedarf

Die KV Nordrhein hat mit den nordrheinischen Krankenkassen respektive deren Verbänden eine Änderung der Sprechstundenbedarfsvereinbarung (SSB) zum 1. Oktober 2011 vereinbart. Sie beinhaltet redaktionelle Anpassungen und die Aufnahme von weiteren Artikeln als SSB.

SSB-Hotline

Wenn Sie Fragen zur SSB-Abrechnung haben, rufen Sie unsere Hotline an:

Telefon 0211 5970 8666

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

Ansprechpartner



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

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666

Telefax 0221 7763 6450

E-Mail service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888

Telefax 0211 5970 8889

E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Formularversand

Telefon 02151 3710 00

Telefax 02151 9370 655

E-Mail formular.versand@kvno.de

Ab 1. Oktober können folgende Materialien als SSB verordnet werden:

- Biopsiezangen
- Fluorescien als Augentropfen und als Teststreifen in der Augenheilkunde
- Unter dem Oberbegriff „Nahtsysteme“ sind die Nahtmaterialien „PDS-Kordeln“ und „Meniscal-Cinch“ verordnungsfähig.
- Entschäumer wie Simethicon (wenn diese zur Vorbereitung von diagnostischen Maßnahmen oder Eingriffen in der Praxis benötigt werden)

Neben diesen Neuaufnahmen gibt es klarstellende Formulierungen zum Osteosynthesematerial und den sogenannten Zieh-, Führungs- und Bohrdrähten bei arthroskopischen Operationen. Die Formulierung zu den Laxantien, auch Einmal-Klysmen, wurde geändert.

Die modifizierte SSB-Vereinbarung wird in der nächsten Ausgabe des Rheinischen Ärzteblattes veröffentlicht. Sie finden Sie im Internet unter www.kvno.de

Merkblatt Clamydientest beim Formularversand vorrätig

Das Merkblatt Clamydientest können Sie als Muster 580 über den Formularversand der KV Nordrhein bestellen. Die Anschrift des Formularversandes finden Sie am Ende der Praxisinformationen.

Änderung der EBM-Nr. 32670 – Tuberkulose-Ausschluss

Durch die zunehmende Zahl von immunsuppressiv wirkenden Medikamenten, für die der Ausschluss einer latenten oder aktiven Tuberkulose in den Fachinformationen vor Anwendung des Medikamentes gefordert wird, wurde eine Änderung des ersten Spiegelstrichs der EBM-Nummer 32670 erforderlich. Der Text verweist nun auf die zulassungsrelevante Fachinformation im Allgemeinen und nicht auf eine einzelne Wirksubstanz wie in der ursprünglichen Fassung. Die Änderung wird zum 1. Oktober 2011 wirksam.

Ambulante und stationäre Infektionen behandeln

Am 3. August 2011 ist das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes in Kraft getreten. Es soll die Hygienequalität in Krankenhäusern verbessern, aber auch bei medizinischen Behandlungen im ambulanten Bereich. Es gibt indes aber noch keine Vergütungsregelungen für die ambulante Therapie von MRSA-besiedelten, symptomlosen Keimträgern (Sanierung), also für Patienten, die keine spezifischen, auf die MRSA-Keime bezogenen Symptome aufweisen.

Das betrifft Untersuchungen wie Schnelltests, aber auch Abstriche, die bei besiedelten, reinen Keimträgern derzeit im Rahmen oder als Folge von Screening-Untersuchungen durchgeführt werden. Diese Leistungen gelten als nicht kurativ-ambulante Sanierungsmaßnahmen und werden von den gesetzlichen Kassen nicht übernommen. Das gilt auch für die in diesem Zusammenhang stehende Aufklärung des Patienten und seiner Angehörigen sowie wiederholte Abstriche und spezifische Nasensalben und Desinfektionsmittel.

Die derzeitigen Abrechnungs- und Vergütungsregelungen für Patienten mit MRSA-Infektionen werden vom Gesetzgeber für nicht sachgerecht gehalten. Das Infektionsschutzgesetz verpflichtet deshalb die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, zum 1. Januar 2012 eine sachgerechte Abrechnungs- und Vergütungsregelung für die ambulante Therapie (Sanierung) von Patienten mit einer MRSA-Infektion oder MRSA-Besiedlung sowie für die diagnostische Untersuchung von Risikopatienten zu vereinbaren.

Gegenwärtig abrechnungsfähig sind beispielsweise im hausärztlichen Versorgungsbereich die im EBM bekannten Leistungen bei infizierten Patienten, bei denen offene Wunden oder Atemwegserkrankungen vorliegen und ein Zusammenhang zwischen MRSA und den genann-

ten Erkrankungen hergestellt werden kann, weil kein anderer Erreger in den Wunden festgestellt wurde. Hierzu gehören zum Beispiel:

EBM-Nummer	Leistungslegende	Bewertung
03110-03112	Versichertenpauschale	1190, 880, 1020 Punkte
02310	Behandlung einer/eines sekundär heilenden Wunde(n) und/oder dekubital ulcerus (ulcera)	Regelleistungsvolumen
Allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen		
32151	kulturelle bakteriologische und/oder mykologische Untersuchung	1,15 Euro
Spezielle Laboratoriumsuntersuchungen		
32721	Untersuchung von Sekreten des Respirationstraktes, z. B. Sputum, Bronchialsekret mit mindestens 3 Nährböden	7,20 Euro
32726	Untersuchungen eines Abstrichs, Exsudats, Sekrets oder anderen Körpermaterials mit mindestens drei Nährböden unter Angabe der Materialart	6,40 Euro
32837	Nukleinsäurenachweis von MRSA (nicht für das Sanierungsmonitoring)	16,50 Euro

Insgesamt handelt es sich bei diesen willkürlich ausgewählten Gebührenordnungspositionen lediglich um Beispiele. Der individuelle Krankheitsfall entscheidet, welche kurativ-ambulanten Leistungen im hausärztlichen oder anderen Versorgungsbereichen nötig und damit auch durchzuführen sind.

Abrechnung Zivildienstleistende endet 2012

Mit dem Wegfall der Wehrdienstpflicht zum 1. Juli 2011 ist die Pflicht zur Ableistung des Zivildienstes für neue Zivildienstleistende entfallen. Zivildienstleistende, die vor dem 1. Juli 2011 ihren Zivildienst aufgenommen haben, müssen diesen bis zum Ende ihrer Dienstzeit ableisten. Ab 1. Januar 2012 wird es keine Zivildienstleistenden mehr geben, sodass ab diesem Datum auch die Abrechnungspflicht mit dem Bundesamt für den Zivildienst entfallen wird.

J2 mit Bergischer Krankenkasse ab 1. Oktober vereinbart

Analog zu den schon bestehenden J2-Verträgen mit der Techniker Krankenkasse und der Knappschaft-Bahn-See haben die KV Nordrhein und die BVJK Service GmbH ab 1. Oktober 2011 mit der Bergischen Krankenkasse die Früherkennungsuntersuchung J2 für Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren vereinbart.

Die neue Präventionsuntersuchung J2 wird von der Bergischen Krankenkasse mit 50 Euro extrabudgetär vergütet. Für die Abrechnung verwenden Sie bitte die Symbolnummer 91715.

An der Vereinbarung können folgende Vertragsärzte teilnehmen:

- Kinder- und Jugendärzte
- Fachärzte, die den Nachweis über eine abgeschlossene Weiterbildung in der Kinder- und Jugendmedizin führen
- Hausärzte, sofern sie jährlich den Nachweis von mindestens sechs Fortbildungspunkten im Gebiet der Jugendmedizin nachweisen

Interessierte Haus- und Fachärzte müssen einen Teilnahmeantrag stellen.

Die Leistungen nach dieser Vereinbarung können Sie in dem vom Berufsverband erstellten Vorsorgeheft dokumentieren. Die Übersendung einer Durchschrift an die KV Nordrhein ist nicht erforderlich.

Den Teilnahmeantrag finden Sie im Internet unter www.kvno.de (Rubrik Verträge). Sie können ihn auch beim Serviceteam anfordern.

U10/U11: BKK futur nimmt teil

Die BKK futur nimmt ab 1. Oktober 2011 an der Präventionsvereinbarung für Kinder U10/U11 der Betriebskrankenkassen teil.

Die Salus BKK hat ihre Teilnahme an der Präventionsvereinbarung U10/U11 mit den Be-

triebskrankenkassen zum 30. September 2011 gekündigt. Damit können U10/U11-Leistungen ab 1. Oktober 2011 nicht mehr zu Lasten der Salus BKK erbracht und abgerechnet werden.

Anforderungen an apparative Ausstattung Ultraschallsysteme

Derzeit werden von mehreren Herstellern Geräte mit sogenannter kontinuierlicher empfangsseitiger Fokussierung angeboten, bei denen zwei Anforderungen der Richtlinie nicht erfüllt werden: Bei diesen Geräten wird die Fokussierung von der Sendeseite auf die Empfangsseite verschoben, eine sendeseitige Fokussierung findet nicht statt.

Aus diesem Grund sind die Anforderungen der Ultraschall-Vereinbarung „Sendeseitige Fokussierung“ und „Sendefokusposition“ bei der Beurteilung der Konformität der Geräteeigenschaften nicht anwendbar. Nach Information der Kassenärztlichen Bundesvereinigung handelt es sich bei diesen Geräten aber um qualitativ angemessene Alternativlösungen, die ansonsten Anforderungen der Ultraschall-Vereinbarung entsprechen.

Ultraschallsysteme müssen die in der Ultraschall-Vereinbarung definierten apparativen Anforderungen erfüllen. Nur dann kann die KV Nordrhein den Einsatz genehmigen.

Tonsillotomievertrag mit der KKH-Allianz modifiziert

Die KV Nordrhein hat zum 1. Oktober 2011 mit der KKH-Allianz eine Vertragsmodifikation zum Tonsillotomievertrag vereinbart. Die vertraglichen Regelungen entsprechen nun dem Vertrag mit den Betriebskrankenkassen und der Barmer GEK. Der bürokratische Aufwand wurde reduziert, zum Beispiel entfällt die Einreichung von Dokumentationen mit der Quartalsabrechnung. Die Durchführung der Tonsil-

lotomie ist möglich bei Kindern von zwei bis sieben Jahren, die bei der KKH-Allianz versichert sind. Für die Tonsillotomie erhält der Operateur 440 Euro, in Kombination mit einer Adenotomie 600 Euro. Für die zweite oder dritte Nachbehandlung erhält der Operateur zehn Euro. Anästhesisten werden per Überweisung hinzugezogen, bitte informieren Sie Ihren Kollegen, dass eine Abrechnung mit den entsprechenden Symbolziffern des Vertrages erfolgt. Alle Vergütungen werden außerhalb der Regelleistungsvolumina und der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt. Die Operation ist entweder mit Laser, Radiofrequenzgeräten oder mit Coblationsgeräten durchzuführen.

Mehr Infos zum Vertrag finden Sie im Internet unter www.kvno.de | [KV | 110914](#)

Kataraktvertrag mit den BKKen: Pauschale angepasst

Beim Kataraktvertrag mit den Betriebskrankenkassen aus 2007 wurde die Vergütungspauschale zum 1. Oktober 2011 auf 749 Euro angepasst. Die Pauschale für die postoperative Betreuung in Höhe von 48,57 Euro bleibt unverändert. Die Kataraktbudgets für die teilnehmenden Augenärzte werden unverändert fortgeführt.

Zuzahlung für physikalisch-medizinische Leistungen

Die gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein haben mit dem Verband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten eine neue Vergütungsvereinbarung geschlossen. Diese Vereinbarung ist auch Grundlage für die Errechnung der Zuzahlungen der in der Arztpraxis erbrachten physikalisch-medizinischen Leistungen, so dass ab 1. Oktober 2011 bei den Primär-

und Ersatzkassen geänderte Zuzahlungsbeträge gelten.

Folgende neue Zuzahlungsbeträge sind von den Patienten in der Arztpraxis zu entrichten, sofern der Patient nicht durch seine Krankenkasse von der Zuzahlung befreit wurde:

Die Zuzahlungsbeträge sind je erbrachter Leistung vom Patienten zu erheben. Sollte der Patient von der Zuzahlung befreit sein, setzen Sie bitte hinter der EBM-Nummer den Buchstaben „A“ ein.

EBM-Nr		Primärkassen	Ersatzkassen
Krankengymnastik, Übungsbehandlungen, Extensionen			
		ab 1. Okt. 2011	ab 1. Okt. 2011
	sensomotorische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen von Organsystemen auf neurophysiologischer Grundlage als Einzelbehandlung, gegebenenfalls einschließlich Einweisung der Bezugsperson(en) in das Verfahren, je vollendete		
30300	15 Minuten, insgesamt höchstens 60 Minuten	1,10 Euro	1,45 Euro
	sensomotorische Übungsbehandlung komplexer Funktionsstörungen von Organsystemen auf neurophysiologischer Grundlage als Gruppenbehandlung (2 bis 6 Teilnehmer), gegebenenfalls einschließlich Einweisung der Bezugsperson(en) in das Verfahren, je vollendete 15 Minuten, insgesamt höchstens		
30301	60 Minuten, je Teilnehmer, je Sitzung	0,90 Euro	0,90 Euro
	Atemgymnastik als Einzelbehandlung und Atmungsschulung, gegebenenfalls einschließlich intermittierender Anwendung manueller Weichteiltechniken, Dauer mindestens 15 Minuten, je Sitzung		
30410		1,50 Euro	1,45 Euro
	Atemgymnastik und Atmungsschulung als Gruppenbehandlung (3 bis 5 Teilnehmer), Dauer mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer und Sitzung		
30411		0,55 Euro	0,40 Euro
	Krankengymnastik (Einzelbehandlung), fakultativer Leistungsinhalt: intermittierender Anwendung manueller Weichteiltechniken, Anwendung von Geräten, Durchführung im Bewegungsbad, Dauer mindestens 15 Minuten, je Sitzung		
30420		1,50 Euro	1,30 Euro
	Krankengymnastik (Gruppenbehandlung), Fakultativer Leistungsinhalt: intermittierende Anwendung manueller Weichteiltechniken, Anwendung von Geräten, Durchführung im Bewegungsbad (3 bis 5 Teilnehmer), Dauer mindestens 20 Minuten, je Teilnehmer und Sitzung		
30421		0,55 Euro	0,40 Euro
Massagen, Druckverfahren			
	Massagetherapie lokaler Gewebeeränderungen eines oder mehrerer Körperteile und/oder Bindegewebsmassage, Periostmassage, Kolonmassage, manuelle Lymphdrainage, je Sitzung		
30400		1,00 Euro	1,00 Euro
	Unterwasserdruckstrahlmassage (Wanneninhalt mindestens 400 Liter, Leistung der Apparatur mindestens 400 kPa [4 bar]), je Sitzung		
30402		1,50 Euro	1,70 Euro

„Ärzte schätzen individuelle Verordnungsinfos“

Seit 2009 erprobt die Techniker Krankenkasse (TK) im Bereich der KV Nordrhein den gemeinsam entwickelten Arzneimittelreport (AMR). Im Interview mit „KVNO aktuell“ zieht Günter van Aalst, Leiter der TK-Landesvertretung NRW, eine erste Bilanz.

Wie wird der Arzneimittelreport angenommen?

van Aalst: Wir haben gerade eine Umfrage unter den Abonnenten durchgeführt: Neun von zehn Ärzten bewerten den Arzneimittelreport positiv. Wir haben so gut wie keine Kündigungen oder Beschwerden erhalten. Besonders gelobt werden der individuelle Verordnungsreport und die Arzneimittel-News.



Günter van Aalst,
Leiter der TK-Landes-
vertretung NRW

Welche Informationen enthält der Arzneimittelreport (AMR)?

van Aalst: Wichtigster Bestandteil ist eine Übersicht, die dem Arzt zeigt, welche Medikamente er den TK-Versicherten im vergangenen Quartal verordnet hat. Das Servicepaket umfasst außerdem die sogenannten Arzneimittelnews mit den neusten Informationen aus der pharmunabhängigen Fachpresse sowie einen persönlichen Zugang zur Internetseite www.arzneimittelnews.de

In der aktuellen Ausgabe wurden erstmals Auswertungen für Angiotensin-II-Rezeptorantagonisten aufgenommen. Informationen zu Rabattvertragsarzneimitteln in dieser Wirk-

stoffgruppe zeigen jedem Arzt mögliche Einsparpotenziale.

Was wollen Sie mit dem AMR erreichen?

van Aalst: Wir wollen die Ärzte in ihrem Praxisalltag dabei unterstützen, für ihre Patienten eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie umzusetzen. Der Report zeigt dem Arzt beispielsweise günstige Alternativen zu den verschriebenen Medikamenten, für die kein Patentschutz mehr besteht – die sogenannten Altoriginale – oder die keinen, respektive nur geringen Zusatznutzen aufweisen. Bei einzelnen Wirkstoffen haben die Mediziner mit AMR-Abonnement bis zu zwei Drittel der zuvor verordneten Altoriginale durch günstigere Generika ersetzt. Zum Vergleich: Bei Ärzten, die den AMR nicht erhalten, liegt die vergleichbare Austauschquote bei lediglich einem Drittel.

Welche Anreize gibt es für die Mediziner, den AMR zu abonnieren?

van Aalst: Wenn der Arzt den Austausch zugunsten eines Rabattarzneimittels ermöglicht, profitiert er auch finanziell. Denn in diesen Fällen greift die TK-Preisgarantie. Das bedeutet: Die TK garantiert den Mediziner, dass bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Preis des jeweils günstigsten vergleichbaren Präparats angerechnet wird, das sich am Markt befindet.

Was plant die TK für die Zukunft?

van Aalst: Die Umfrage unter den nordrheinischen Mediziner hat uns Hinweise geliefert, um welche Module wir den AMR ergänzen könnten. Die Themen Priscus-Liste, Polypharmazie und Wechselwirkungen standen ganz oben auf der Wunschliste.

TK-Arzneimittelreport bestellen

Den AMR können interessierte Ärzte in Nordrhein einfach per Formular bestellen. Den Bestellvordruck erhalten Sie unter:
Telefon 0800 285 85 80 52
Telefax 040 28 82 56 97
E-Mail arzneimittelreport@tk.de

Mehr Infos im Internet unter www.tk.de

So funktioniert die frühe Nutzenbewertung

Am 15. Dezember 2011 entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss erstmals über den Zusatznutzen eines Arzneimittels, das nach dem 1. Januar 2011 in Deutschland zugelassen wurde. Von dieser Entscheidung hängt ab, zu welchem Preis der Hersteller das Präparat in Deutschland an die gesetzlichen Kassen abgeben kann.

Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die ab 2011 auf den deutschen Markt kommen, können zunächst zum geforderten Preis verordnet werden, sie werden jedoch innerhalb von drei Monaten einer Nutzenbewertung unterzogen. Diese führt nach weiteren neun Monaten zu einem Fest- oder Erstattungsbetrag für neue Arzneimittel und gibt dem Vertragsarzt mehr Verordnungssicherheit. Die frühe Nutzenbewertung regelt das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG).

Die Bewertung des Nutzens respektive des Nutzens im Verhältnis zu den Kosten von Arzneimitteln ist nicht neu. Bereits das Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 und das Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 machten solche Bewertungen möglich. Bisher führt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die Bewertungen durch, wozu es eines Auftrages des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bedarf.

Die Regelungen des AMNOG gehen weiter. Sie sehen vor, dass jeder neue Wirkstoff eine frühe Nutzenbewertung durchlaufen muss und anschließend der Erstattungsbetrag festgelegt wird. Selbst Arzneimittel, die schon am Markt sind und beispielsweise eine Indikationserweiterung bekommen, können einer Nutzenbewertung unterzogen werden.

Klarheit nach drei Monaten

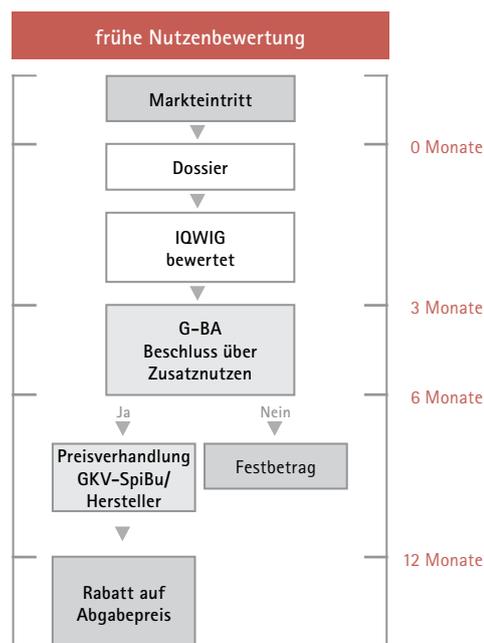
Mit der Markteinführung des Arzneimittels mit neuem Wirkstoff soll der pharmazeutische Unternehmer ein Dossier vorlegen.

Dossiers: Wofür und wann?

Anwendungsbereich der frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln und Zeitpunkt, wann der pharmazeutische Unternehmer das Dossier einzureichen hat.	
neue Wirkstoffe (zum 1. Januar 2011)	zum Zeitpunkt des erstmaligen Inverkehrbringens
neue Anwendungsgebiete für zugelassene AM	zum Zeitpunkt der Zulassung oder der Unterrichtung des Herstellers über Änderungsgenehmigung
AM, die vor dem 1. Januar 2011 in den Verkehr gebracht wurden	innerhalb von 3 Monaten nach Anforderung durch den G-BA
Orphan Drugs mit Jahresumsatz > 50 Mio. Euro	innerhalb von 3 Monaten nach Anforderung durch den G-BA
erneute Nutzenbewertung von AM	innerhalb von 3 Monaten, frühestens 1 Jahr nach Beschluss
AM mit befristetem Beschluss über Nutzenbewertung	am Tag des Fristablaufs

Dieses dient als Grundlage für die Nutzenbewertung.

Innerhalb von drei Monaten veröffentlicht der G-BA die frühe Bewertung, nachdem das IQWiG das Dossier geprüft und bewertet hat. Das fünfteilige Dossier muss entsprechend der Verfahrensordnung des G-BA erstellt werden. Es soll besonders den Zusatznutzen gegen-





Künftig müssen Hersteller den Zusatznutzen neuer Präparate nachweisen.

über einer zweckmäßigen Vergleichstherapie darstellen.

Innerhalb von drei weiteren Monaten entscheidet der G-BA über den Zusatznutzen und veröffentlicht seinen Beschluss. Der Beschluss kann Verordnungseinschränkungen oder Auflagen für die Verordnung des neuen Arzneimittels enthalten.

Dossiers eingereicht

Die Tabelle nennt die Arzneimittel, für die bisher Dossiers zur Nutzenbewertung beim G-BA eingereicht wurden.

	Datum der Markteinführung
Ticagrelor (Brilique)®	01.01.2011
Olmesartan/Amlodipin/HCT (Sevikar HCT)®	15.01.2011
Cabazitaxel (Jevtana)®	15.04.2011
Fingolimod (Gilenya)®	15.04.2011
Eribulin (Halaven)®	15.04.2011
Kollagenase Clostridium histolyticum (Xiapex)®	01.05.2011
Aliskiren/Amlodipin (Rasilamlo)®	15.05.2011
Retigabin (Trobalt)®	15.05.2011
Apixaban (Eliquis)®	15.06.2011
Cannabis-sativa-Extrakt (Sativex)®	01.07.2011
Belatacept (Nulojix)®	15.07.2011

Stand: Juli 2011

Erste Nutzenbewertung im Oktober

Das erste Arzneimittel, das die Nutzenbewertung durchläuft, ist Brilique (Ticagrelor) zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Patienten nach Herzinfarkt. Das Arzneimittel ist zum 1. Januar 2011 in Deutschland zugelassen worden; der Start der Nutzenbewertung wurde auf den 1. Juli 2011 festgesetzt. Derzeit liegen für elf Arzneimittel Dossiers zur Nutzenbewertung vor.

Nach der Veröffentlichung der Nutzenbewertung kann der pharmazeutische Unternehmer Stellung nehmen. Nach insgesamt sechs Monaten fällt der G-BA einen Beschluss über die frühe Nutzenbewertung und legt das Ausmaß des Zusatznutzens fest. Der Nutzen wird in eine der sechs Kategorien eingeteilt. Für Brilique fällt der G-BA den Beschluss am 15. Dezember 2011.

Im August hatte der G-BA bereits den ersten Beschluss für ein weiteres Statin, Pitavastatin, gefasst. Der Hersteller hatte jedoch auf eine Nutzenbewertung verzichtet, sodass das Präparat Livazo einen Monat nach seiner Markteinführung in eine Festbetragsgruppe aufgenommen wurde.

Der adäquate Preis

Das Ausmaß des Zusatznutzens eines Arzneimittels bestimmt seinen Erstattungspreis. Wenn kein Zusatznutzen gezeigt wurde oder dieser nicht quantifizierbar ist (Kategorie 4–6), ordnet der G-BA das Mittel in eine Festbetragsgruppe ein oder orientiert den Erstattungsbetrag an einer Vergleichstherapie.

Bei Arzneimitteln mit Zusatznutzen verhandeln der pharmazeutische Unternehmer und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen maximal ein halbes Jahr lang über einen Erstattungsbetrag. Das ist ein Rabatt auf den Abgabepreis.

Kommt es in den sechs Monaten zu keiner Einigung, legt das Schiedsamt einen Erstat-

tungspreis fest, der dann rückwirkend ab einem Jahr nach Markteinführung gilt. Wenn bei Brilique das Schiedsamt entscheiden müsste, würde der Preis also rückwirkend zum 1. Januar 2012 gelten.

Die Preise respektive Rabatte gelten auch für die private Krankenversicherung. Sie werden in der Apothekensoftware hinterlegt und sind somit öffentlich. Somit können die neuen Preise auch als Referenzpreise im (europäischen) Ausland dienen. Die Unternehmer werden ihre Preiskalkulationen diesen neuen Bedingungen anpassen.

Auswirkungen für den Verordner

Die Nutzenbewertung des AMNOG schafft im Rahmen der frühen Nutzenbewertung mehr Klarheit. Drei Monate nach Marktzulassung wird die Nutzenbewertung veröffentlicht, ein halbes Jahr nach Marktzulassung der abschließende Beschluss des G-BA zur Nutzenbewertung mit möglichen

Verordnungseinschränkungen. Der Beschluss wird Bestandteil der Arzneimittel-Richtlinie sein. Unter den verhandelten oder festgesetzten Erstattungsbeträgen gelten die Verordnungen dann als wirtschaftlich.

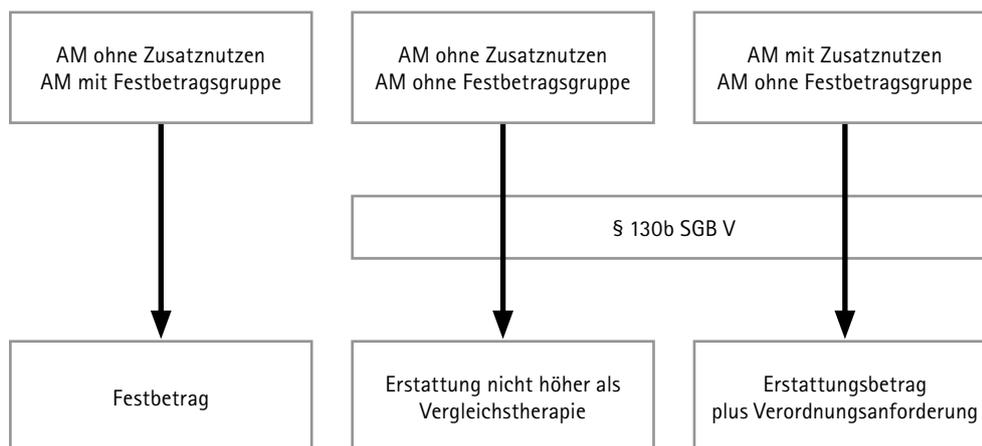
Kategorien des Zusatznutzens neuer Arzneimittel

Verfahrensordnung des G-BA zur Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln

Kat. Zusatznutzen	Definition
1 ist erheblich	nachhaltige und bisher nicht erreichte große Verbesserung des therapierelevanten Nutzens
2 ist beträchtlich	bisher nicht erreichte deutliche Verbesserung des therapierelevanten Nutzens
3 ist gering	bisher nicht erreichte moderate und nicht nur geringfügige Verbesserung des therapierelevanten Nutzens
4 ist nicht quantifizierbar	Zusatznutzen liegt vor, ist aber nicht quantifizierbar, weil die wissenschaftliche Datengrundlage dies nicht zulässt
5 fehlt	
6 geringer	Nutzen ist geringer als Nutzen der zweckmäßigen Vergleichstherapie

Festbeträge

Festlegung eines Festbetrages oder Erstattungsbetrages nach § 130b SGB V auf der Basis der frühen Nutzenbewertung



Aut idem: Gekaufte Kreuze

Mit dem Aut-idem-Kreuz hat der Arzt die Möglichkeit, den Austausch von Arzneimitteln in der Apotheke zu verhindern. Beispielsweise bei Arzneimitteln mit enger therapeutischer Breite, den sogenannten Critical Dose Drugs, kann der Wechsel eines Präparates zu einer veränderten Wirkung führen (wir berichteten). Aus medizinisch-therapeutischen Gründen kann somit das Aut-idem-Kreuz sinnvoll sein.

Geschäfte mit Aut idem

Mit dem Kreuz wird auch ein bestimmter pharmazeutischer Unternehmer ausgewählt. Im Mai 2011 berichtete das Magazin „Spiegel“ über eine Auswertung von Insight Health, wonach bei einigen Generikafirmen das Aut-idem-Kreuz auffällig häufig gesetzt wird. Nach Spiegel-Recherchen finanzieren Firmen einzelne Ärztenetze, die sich im Gegenzug verpflichten, das Kreuz bei ihrem Sponsor zu setzen.

Einem konkreten Verdacht geht die Staatsanwaltschaft Osnabrück nach: Mitglieder der Ärztegenossenschaft Niedersachsen-Bremen (ägnw) sollen das Aut-idem-Kreuz auffällig häufig bei Präparaten von Q-Pharma gesetzt haben. Die Genossenschaft soll zum Teil von der Provision des Generikaherstellers finanziert werden.

Manipulierte Software

Das Aut-idem-Kreuz kann aber auch aus Voreinstellungen in der Praxissoftware resultieren. Hierauf wiesen Ärzte in Niedersachsen hin. Ihnen fiel auf, dass nach einem Software-Update Turbomed und Medistar das Kreuz automatisch bei Ratiopharm und Kohl-Pharma-Produkten setzten. Die Hersteller räumten auf Anfrage ein, „dass im Rahmen des letzten Quartals Updates-Fehler aufgetreten sind“ und „es unter bestimmten Konstellationen zu einer Fehlfunktion bei der Aut-idem-Kennzeichnung kommen kann“.

Stimulantien bei ADHS im Erwachsenenalter

Für die Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) Erwachsener hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte ein Methylphenidat-haltiges Präparat zugelassen. Bisher war die Weiterbehandlung erkrankter Jugendlicher im Erwachsenenalter mit Stimulantien nur „off label“ möglich, sodass Ärztinnen und Ärzte vor der jeweiligen Verordnung mit der Krankenkasse Rücksprache halten mussten.

Die Verordnung von Stimulantien zur Behandlung der ADHS bei Kindern und Jugendlichen ist in der Arzneimittel-Richtlinie eingeschränkt. Sie dürfen beispielsweise nur von Spezialisten für Verhaltensstörungen oder unter deren Aufsicht vom Hausarzt auf einem Kassenrezept verordnet werden. Spezialisten sind Kinderärzte und Fachärzte für Kin-

der- und Jugendpsychiatrie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und ärztliche Psychotherapeuten mit Zusatzqualifikation nach § 5 Abs. 4 der Psychotherapievereinbarung.

Die Verordnung von Stimulantien für Erwachsene regelt die Arzneimittel-Richtlinie bislang nicht, ein Beschluss ist aber zu erwarten. Die Zulassung des neuen Präparates (Medikinet adult) schränkt die Anwendung jedoch ebenfalls ein. Beispielsweise sollte auch hier die Verordnung nur vom Spezialisten für Verhaltensstörungen erfolgen oder zumindest unter dessen Aufsicht. Zudem ist das Präparat nur zur (Weiter-)Behandlung einer seit Kindesalter fortbestehenden ADHS bei Erwachsenen einzusetzen.

Mehr Infos im Internet unter www.g-ba.de

150 Arzneimittelinfos von A bis Z

Wie wird enterale Ernährung richtig verordnet? Welche Kriterien gibt es beim Off-label-Einsatz von Arzneimitteln? Das sind zwei von 150 Fragen zur Verordnung, deren Antworten Sie im Internet-Angebot der KV Nordrhein finden.

Die KV Nordrhein veröffentlicht regelmäßig Informationen über Arznei- und Heilmittel.

Dabei stehen allgemeine Fragen der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der Krankenkassen im Vordergrund, aber auch vertragliche Regelungen auf Landesebene sind wichtig. In unserem Archiv im Internet finden Sie alle Informationen wieder, von Abführmittel bis Zytostatika sind Stichworte alphabetisch geordnet.

www.kvno.de | [KV | 110921](#)

Für Ihre Patienten: Einleger zu Blutzucker-Teststreifen

Am 1. Oktober 2011 tritt der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss zu Harn- und Blutzucker-Teststreifen für Typ-2-Diabetiker, die kein Insulin spritzen, in Kraft (wir berichteten). Um Sie in eventuellen Diskussion mit Patienten zu unterstützen, haben wir mit den

Krankenkassen ein Informationsblatt abgestimmt, das Sie als Einleger in dieser „KVNO aktuell“ und als Datei auf unserer Homepage finden: zum Aufhängen im Wartezimmer oder als Kopie für Ihre Patienten.

www.kvno.de | [KV | 110921](#)

Achtung: Hier drohen Arzneimittel-Anträge

Die Zahl der Anträge wegen Verstößen gegen die Arznei- und Heilmittel-Richtlinie sind zahlenmäßig weitaus höher als die Anträge im Rahmen der Richtgrößenprüfung. Die Tabelle

zeigt beispielhaft aktuelle Präparate, zu denen Anträge wegen Verstoßes gegen die Arzneimittel-Richtlinie gestellt werden.

Die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) finden Sie im Internet unter www.kvno.de | [KV | 110921](#)

Arzneimittel	Begründung des Verstoßes
Caverject Impuls	Lifestyle-Präparat
Arthotec forte	Kombinationen von Antiphlogistika oder Antirheumatika mit anderen Wirkstoffen sind nicht verordnungsfähig (AM-RL, Anlage III, Ziffer 18).
Pentoxifyllin-Generika, Buflomedil-Generika(1), Durapental, Trental	Durchblutungsfördernde Mittel sind nicht verordnungsfähig; Ausnahme: Naftidrofuryl und Prostanoid (Anlage III, Ziffer 24).
Selenase	AM ohne ausreichend gesicherten therapeutischen Nutzen sind nicht verordnungsfähig (§ 9 Abs. 1).
Remicade	Patient wurde nicht mit Steroiden oder Azathioprin vorbehandelt (Therapiehinweis nach Anlage IV).
Broncho Vaxom, Uro-Vaxom	Umstimmungsmittel und Immunstimulantien zur Stärkung der Abwehrkräfte sind nicht verordnungsfähig (Anlage III, Ziffer 46).
Migränerton	Fixe Kombinationen von Analgetika mit Nicht-Analgetika sind nicht verordnungsfähig (Anlage III, Ziffer 6).
Azur-Kompositum	Fixe Kombinationen von Analgetika mit Nicht-Analgetika sind nicht verordnungsfähig (Anlage III, Ziffer 6).

(1) nicht mehr im Handel

Pharmakotherapie- und Heilmittelberatung

Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail pharma@kvno.de

Hilfsmittelberatung

Telefon 0211 5970 8070

Telefax 0211 5970 8287

E-Mail patricia.shadiakhy@kvno.de

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396

Telefax 0211 5970 9396

E-Mail margit.karls@kvno.de

Ab Oktober geben Kassen die neuen Karten aus

Die elektronische Gesundheitskarte bringt wenig Neues für die Praxen

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) verändert im Praxisablauf wenig. Denn online läuft nichts mit den neuen Karten. Der bedeutendste Unterschied zur bisherigen Krankenversichertenkarte: Auf der eGK befindet sich ein Foto des Versicherten.

Das Foto dürfte wesentlich dazu beitragen, Kartenmissbrauch zu erschweren. Die Praxen können nun nämlich mit einem Blick feststellen, ob der Patient so aussieht wie der Versicherte, dem die Karte gehört.

Und das müssen Praxen auch tun. Allerdings wird eine Identitätsprüfung im Verdachtsfall nicht erst mit Einführung der eGK verlangt, sondern schon seit 1994, seit es die

festzustellen, ob die beiden identisch sind. Mit anderen Worten: Der Missbrauch wird künftig viel schwerer.

Und das ist gut so. Denn für Diagnostik und Therapie von Kartenbetrügern entstehen Kosten, denen zumindest auf Kassenseite keine Einnahmen gegenüberstehen. Das belastet natürlich die Finanzen. Exakte Aussagen sind schwierig, doch vermutlich geht es bundesweit um bis zu eine Milliarde Euro pro Jahr.



1. Prozessorchip

Der Prozessorchip bietet mehr Schutz für Daten und unterstützt die geplanten Funktionen.

2. Passbild

Das Passbild für alle Versicherten ab 15 Jahren bietet zusätzlichen Schutz gegen Kartenmissbrauch.

3. Telefon

Die Rufnummer der Krankenkasse

4. Name

Vor- und Nachname weisen den Inhaber der Gesundheitskarte aus.

5. Versichertennummer

Mit Ausgabe der neuen Karte erhält jeder Versicherte eine neue Krankenversichertennummer. Diese bleibt ein Leben lang gleich.

Krankenversichertenkarte gibt, verlangt. Im Zweifelsfall mussten sich Praxen von Versicherten über 16 Jahren sogar den Personalausweis oder einen anderen Ausweis zeigen lassen. Daran hat sich nichts geändert – nur dass durch das Foto zusätzlich auf der eGK dieser „Verdachtsfall“ höchstwahrscheinlich noch viel seltener vorkommen wird.

Check mit einem Blick

Das macht die Identitätsprüfung natürlich viel effektiver. Ein Blick auf die Karte und den Menschen am Empfang der Praxis reicht, um

Beachten Sie: Die Fotos sind nur auf eGKs von Versicherten über 14 Jahren. Bei Kindern unter 15 Jahren ist das Foto nicht gefordert. Dasselbe gilt auch für Personen, „die bei der Beschaffung des Fotos nicht mehr behilflich sein können“, also beispielsweise für Patienten, die dement sind und denen nicht mehr vermittelt werden kann, dass sie ein aktuelles Foto für die eGK einreichen müssen.

Weit weniger auffällig als das Foto ist eine andere Neuerung: die eindeutige Krankenversicherungsnummer, die Versicherte nun auch beim Wechsel der Krankenkasse mitnehmen. Bei den bisherigen Chipkarten wurde zum Beispiel beim Kassenwechsel eine neue Karte mit neuer Versichertennummer ausgestellt. Das hatte – insbesondere bei Patienten mit häufigen Namen wie Schmitz oder Müller – zuweilen zur Folge, dass der Patient im Praxiscomputersystem nicht erkannt und vom Programm als neuer Patient angelegt wurde.

Mit der neuen eindeutigen und lebenslangen Versichertennummer wird es dieses Problem nicht mehr geben.

Die neue eGK-Versichertennummer ist nach einer einheitlichen, kassenübergreifenden Logik aufgebaut. Sie gibt jedem gesetzlich Krankenversicherten eine eindeutige, lebenslange Identifizierung im Gesundheitssystem. Die Regelung ist analog der in der gesetzlichen Rentenversicherung oder der lebenslangen Steuernummer.

Weggefallen ist auf der Vorderseite der eGK der Aufdruck des Versichertenstatus (1=Mitglied, 3=Familienmitglied, 5=Rentner) und die sogenannte Kennung für den Rechtskreis Ost/West sowie das Gültigkeitsende der Karte (MMJJ). Diese Informationen sind aber nach wie vor auf dem Chip gespeichert und können nach dem Einlesen über das Kartenterminal am Bildschirm angezeigt werden – lediglich der Aufdruck auf der Vorderseite der Karte fehlt bei der eGK.

Wer kein Lesegerät zur Hand hat, kann aber dennoch die Gültigkeit in Erfahrung bringen, indem er die Karte umdreht. Dort steht unter Punkt 9 „Ablaufdatum“ die entsprechende Information.

Europa auf der Rückseite

Apropos Rückseite: Für das Hinterteil der eGK besteht jetzt – quasi gesetzlich verordnet –, die Pflicht der Krankenkassen, neben dem Unterschriftsfeld die Europäische Krankenversicherungskarte (EHIC) abzubilden. Diese ersetzt den Auslandskrankenschein (E111) und gilt im europäischen Ausland einschließlich der Schweiz.

Auch dies ist nur bedingt neu. Denn einige Kassen, zum Beispiel die Techniker Krankenkasse, haben die EHIC schon lange auf der Rückseite der Krankenversicherungskarte aufgedruckt. Nun ist das aber für alle Kassen respektive alle eGK Standard.

Die einzige zusätzliche Information auf dem Prozessorchip, die bis dahin mit der eGK in die Praxiscomputersysteme eingelesen werden kann, ist das Geschlecht des Patienten. Das Geschlecht war auf dem Speicherchip der bisherigen Karten nicht vermerkt; Praxen mussten deshalb diese Information von Hand nachtragen. Jetzt kommt die Geschlechtsangabe amtlich von der Krankenkasse über den eGK-Chip in der Praxis an.

Online-Abgleich frühestens 2015

Alle bislang als kritisch angesehenen Anwendungen wie der Notfalldatensatz und vor allem der Online-Versichertenabgleich stehen in der ersten Phase des eGK-Rollout nicht auf der Tagesordnung. Fachleute gehen davon aus, dass mit diesen Anwendungen erst ab 2015 zu rechnen ist.

6. Versicherung

Die Kennnummer der Krankenkasse spielt zum Beispiel bei Abrechnungen eine wichtige Rolle.

7. Braille-Vermerk

In der reliefartigen Blindenschrift Braille steht unten rechts auf der Karte „eGK“ (elektronische Gesundheitskarte).

8. Schriftzug

„Gesundheitskarte“

Hierdurch ist die neue Karte schnell von der bisherigen Versichertenkarte zu unterscheiden.

9. BSI-Logo

Das BSI-Zertifikat ist das optische Merkmal für die Sicherheitsprüfung und Zulassung der eGK.

Infos zur eGK

Alle wichtigen Infos erhalten Sie über das Internetangebot der KV Nordrhein:
<http://egk.kvno.de>

Die KV-Telematik-Website bietet unter anderem Informationen über die Zulassung der Praxisverwaltungssysteme für den Basis-Rollout der eGK wie auch Bezugsadressen für Lesegeräte:
www.kv-telematik.de

Für Fragen zum Themenkreis IT in der Arztpraxis stehen Ihnen die Mitarbeiter des Competence Center (CoC) IT in der Arztpraxis der KV Nordrhein zur Verfügung:

Leiter CoC
Gilbert Mohr
Telefon 0211 59 70 80 05
Telefax 0211 59 70 90 05
E-Mail praxisedv@kvno.de

In den meisten Praxen läuft es reibungslos

Die KV Nordrhein stellt seit Mitte August über 1.000 eGK-Testkarten der neuesten Spezifikation. Praxen in Nordrhein können damit testen, ob ihr Lesegerät auch mit den eGK funktioniert. Bislang haben rund 1.000 Praxen von dem Angebot Gebrauch gemacht. In den meisten Fällen wohl erfolgreich, das zeigt eine kleine Umfrage unter den Testern.

Das Bestellformular für die eGK-Testkarten finden Sie im Internet unter egk.kvno.de | KV | 110924



Jörg Noack, Gynäkologe, Köln

» In unserer Praxis funktionierte die eGK-Testkarte ohne jegliche Probleme. Der Arbeitsablauf ist der gleiche wie bei den bisherigen Karten auch. Wir hoffen, dass der spätere Echtbetrieb mit den neuen Karten genauso unkompliziert läuft. «

Dr. Ruth Berg, Gynäkologin, Düsseldorf

» Anfangs gab es Probleme mit der Funktionalität beim Eingeben in die Lesegeräte. Aber der Fehler lag bei unserer eigenen Software. Nachdem wir einen Zusatz in das Programm aufgenommen hatten, verlief der Test gut. Der Vorteil war, dass wir durch die Karte den Fehler erst entdeckt haben. «

Ulrich Driessen, Allgemeinmediziner, Langerwehe

» Nach Erhalt der Testkarte haben wir mittags nach der Sprechstunde den Test durchgeführt, er dauerte knapp fünf Minuten: Auspacken der Karte und dann nacheinander die Testkarte bei den schon vor einem Jahr installierten Lesegeräten einführen. Weiter Einlesevorgang und Datenübernahme in PVS Duria –

Ein Test ist deshalb empfehlenswert. „Sollte etwas nicht reibungslos funktionieren, gehen die Praxen auf die betreuenden Softwarehäuser zu, die ihnen die Kartenterminals installiert haben“, empfiehlt Gilbert Mohr, Leiter der Abteilung IT in der Arztpraxis der KV Nordrhein.

alles funktionierte problemlos. Am Schluss haben wir die Test-eGK wieder eingetütet und anschließend postwendend an die KV Nordrhein zurückgeschickt. Schade nur um das viele Geld, das bei diesem politischen Projekt „verbraten“ wurde, denn ich brauche die Karte nicht. «

Dr. Ulrike Seitz-Schepan, Dermatologin, Duisburg

» In unserer Praxis gab es keine Funktionsstörungen mit der Testkarte. Wir haben uns bereits 2009 eines der neuen Lesegeräte angeschafft, als es die Vereinbarung zur Finanzierung zwischen KV und Krankenkassen gab. Unser Arzt-Nachbar, dem wir die Karte weitergeben haben, damit er sie nicht extra anfordern muss, kam allerdings zuerst nicht damit zurecht. Bei ihm handelte es sich in der Tat um ein Problem mit seinem bisherigen Kartenleser. Das hat seine Softwarefirma dann geklärt. «





Newsletter der KV Nordrhein – Schnelle und kompakte Infos für Sie

■ KVNO-Ticker

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

■ Praxis & Patient

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

■ VIN – Verordnungsinfo Nordrhein

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

■ IT in der Praxis

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

■ Internet

Der Newsletter zeigt, welche Dokumente und Rubriken aktuell das Internet-Angebot der KV Nordrhein ergänzen.

■ D2D

Infos für Nutzer der Telematik-Plattform D2D und Interessierte. D2D ermöglicht viele Kommunikations-Anwendungen.

KVNO-Ticker
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Praxis & Patient
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

VIN VerordnungsInfo Nordrhein
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Verordnungshinweis
Dabigatran (Pradaxa) bei Vorhofflimmern

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

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

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

Das Präparat ist in der Indikation Vorhofflimmern seit 2010 in den USA in der 150 mg Dosierung zur Antikoagulation zugelassen worden. Die Anwendung wurde in der RELY-Studie in zwei verschiedenen Dosierungen an über 18.000 Patienten mit Vorhofflimmern und weiteren Risikofaktoren im Vergleich zu dem in den USA üblichen Warfarin getestet (3). Die durchschnittliche Beobachtungszeit betrug zwei Jahre. Die wichtigsten Ergebnisse der Studie sind in der Tabelle dargestellt.

	Dabigatran, 110 mg	Dabigatran, 150 mg	Warfarin
Primärer Endpunkt: Schlaganfall oder systemische Embolie	1,53 %	1,11 %	1,59 %
Schwere Blutung	2,71 %	3,11 %	3,36 %
Hämorrhagischer Schlaganfall	0,12 %	0,10 %	0,38 %
Mortalität	0,22 %	0,24 %	0,53 %
Tot	1,75 %	1,84 %	4,13 %

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

In den Dabigatran-Gruppen beendeten mehr Patienten die Studie frühzeitig im zweiten Jahr als in der Warfarin-Gruppe (11,8 und 11,3 % vs. 5,8 %), zum Teil wegen vermehrt auftretender Nebenwirkungen wie Dyspepsie und Oberbauchbeschwerden.

www.kvno.de
VIN VerordnungsInfo Nordrhein | 1. September 2011

DocStop bietet medizinische Versorgung für Berufskraftfahrer

Betreuung für Brummi-Fahrer

Auf der Autobahn bleibt die Gesundheit schnell auf der Strecke. Acht von zehn Fernfahrer fühlen sich im Berufsalltag nicht ausreichend medizinisch versorgt. Die Initiative DocStop vermittelt ärztliche Zwischendurch-Betreuung für Brummi-Fahrer.

Was für Motorfans grenzenlose Freiheit und Abenteuer symbolisiert, ist für Berufskraftfahrer knochenharter Joballtag. Ob Industriegüter, Lebensmittel oder Tiertransporte: Täglich wollen wichtige Ladungen quer durch ganz Europa befördert werden. Oberste Priorität hat stets die pünktliche Ankunft beim Kunden. Regelmäßige Nachtschichten sind die Norm, Wochenenden kennen die Fahrer oft nur aus Erzählungen. Das zerrt an Nerven und Körper.

Wer immer pünktlich am Ziel sein muss, für dessen Gesundheit ist es schnell zu spät. Wenn der Zahn plötzlich schmerzt oder es im Rücken zieht, verbietet der Termindruck eigentlich einen sofortigen Stopp beim Arzt. Doch was tun, wenn trotz des straffen Zeitplans eine Weiterfahrt unmöglich erscheint?

Hilfe organisiert Rainer Bernickel. Der pensionierte Autobahnpolizist rief vor vier Jahren unter dem Motto „Gesund auf Achse“ das Projekt DocStop ins Leben. Seither vermittelt

die Initiative ärztliche Hilfe an Berufskraftfahrer in ganz Europa.

Bundesweit 300 DocStop-Praxen

Wird ein Fahrer unterwegs von Krankheitssymptomen überrascht, wählt er die DocStop-Hotline und wird umgehend an die nächstgelegene Praxis weitergeleitet. Hier angekommen, kümmern sich Ärzte ohne lange Wartezeiten um die DocStop-Patienten. Über die Krankenversichertenkarte wird die Behandlung durch den Arzt abgerechnet.

Rund 300 Arztpraxen und Krankenhäuser haben sich bereits dem DocStop-Netzwerk angeschlossen. Neben Allgemeinmedizinerinnen und Zahnärzten nehmen auch Fachärzte, zum Beispiel Gynäkologen und Augenärzte, teil. Ihre Praxen liegen maximal vier Kilometer von einer Autobahn entfernt. Die Ärzte versprechen eine zügige Behandlung der Kraftfahrer. Eine von ihnen ist Dr. Sabine Lorenz. In ihrer Bochumer Praxis betreut sie seit zwei Jahren auch DocStop-Patienten. Ihr gefällt das Konzept: „Die Initiative bietet den Kraftfahrern eine feste Anlaufstelle, bei der sie schnell und unkompliziert medizinische Hilfe erhalten können“, sagt die Allgemeinmedizinerin.

Und das sei auch nötig. Denn Lastwagenfahrer arbeiten unter gesundheitsbelastenden Bedingungen. Neben dem unregelmäßigen Schlaf und anhaltenden Zeitdruck ist es vor allem die mangelnde Bewegung, die dem Körper dauerhaft schadet. Lorenz kennt die typischen Berufskrankheiten der Brummi-Fahrer:



„Die Kraftfahrer sind besonders anfällig für Magenbeschwerden und Kopfschmerzen. Das lange Sitzen führt zu Rückenschmerzen und Hals-Wirbelsäulen-Verspannungen.“

„Bei der Verschreibung von Medikamenten sollten die Ärzte besonderes Augenmerk auf etwaige Beeinträchtigungen der Fahrtauglichkeit durch die Wirkstoffe legen“, ergänzt Bernickel. Von Vorteil seien auch Fremdsprachenkenntnisse. Denn DocStop vermittelt auch Berufskraftfahrer aus dem Ausland an die deutschen Praxen.

Ein weiterer Baustein des DocStop-Netzwerkes: Raststätten und Gasthöfe, in denen geschultes Personal bei der Vermittlung von nahegelegenen Praxen und Kliniken hilft. Die Fernfahrer erkennen diese Stationen an dem DocStop-Logo.

Risikojob Fernfahrer

Weshalb schnelles Reagieren bei akuten Beschwerden vor allem für Lkw-Fahrer so wichtig ist, weiß Bernickel: „Nur ein gesunder Fah-

rer ist auch ein sicherer Fahrer“, so der Gründer der Initiative DocStop. Wie gefährlich schon ein leichtes Augenflimmern werden kann, erlebte Bernickel während seiner Karriere als Autobahnpolizist nur zu häufig.

Denn Unwohlsein und Schmerzen belasten nicht nur den Fahrer, für alle Verkehrsteilnehmer bergen angeschlagene Brummi-Fahrer schlimme Risiken: Ein Krankheitsgefühl lenkt ab und mindert die Aufmerksamkeit. Das führt zu einer erhöhten Unfallgefahr, die vor allem die schwächeren Verkehrsteilnehmer bedroht. „Die Fahrer von Lastwagen tragen hier eine besondere Verantwortung“, erklärt Bernickel.

Wie Lorenz engagieren sich in Nordrhein rund ein Dutzend Ärzte für DocStop. Bernickel möchte das Versorgungsnetz weiter ausbauen, denn es gilt noch Lücken zu füllen, besonders im Ruhrgebiet.

Mehr Infos für interessierte Ärzte unter www.docstop-online.eu

„Im Ruhrgebiet suchen wir Partner-Praxen“

Rainer Bernickel ist Gründer der Initiative DocStop. Mit „KVNO aktuell“ sprach er über die besonderen gesundheitlichen Risiken der „Kapitäne der Landstraßen“.

Welche Gefahren birgt ein schlechter Gesundheitsstand für Lkw-Fahrer?

Bernickel: Nur ein gesunder Fahrer ist auch ein sicherer Fahrer. Das gilt für alle Verkehrsteilnehmer. Lkw-Fahrer haben hier noch eine besondere Verantwortung. Denn die hohen Gewichte und das Gesamtvolumen eines Lkw lassen Unfälle oftmals deutlich schwerer und mit schwersten Personenschäden und hohen Sachschäden enden.

Wie viele DocStop-Ärzte gibt es in Nordrhein und wie stark wird das Angebot genutzt?

Bernickel: NRW ist sehr gut bestückt mit medizinischen Partnern, jedoch streben wir ei-

nen Ausbau des Versorgungsnetzwerkes an, um so noch schneller medizinische Hilfe anbieten zu können.

Entlang welcher Strecken in NRW mangelt es noch an Ärzten?

Bernickel: Das Ruhrgebiet, Teile des Münsterlandes und entlang der Sauerlandlinie wünschten wir uns eine Verdichtung des medizinischen Versorgungsnetzes.

Wie können Fernfahrer die Praxen finden?

Bernickel: Es gibt mehrere Möglichkeiten: Der beste und schnellste Weg ist der Anruf bei der DocStop-Hotline, die der ADAC-TruckService als Partner für uns leitet. Über die Rufnummer 01805 112 024 ist der direkte Draht sofort hergestellt und Hilfe gibt es unverzüglich. Im Internet unter www.docstop-online.eu gibt es eine Liste als Download – und bald wird es auch Apps geben.



Rainer Bernickel

Eine Stimme der Fachärzte

In „KVNO aktuell“ stellen wir in dieser und den kommenden Ausgaben die Beratenden Fach-Ausschüsse vor. In Fragen der fachärztlichen Versorgung lässt sich der Vorstand von Experten aus der Praxis beraten: den fünf Mitgliedern des Fach-Ausschusses für die fachärztliche Versorgung.

Im Fokus stehen Fragen, die die Sicherstellung und Versorgung der Fachärzte betreffen, zum Beispiel das Problem der zu niedrigen Regelleistungsvolumen in fast allen Fächern. Vor Entscheidungen des Vorstandes oder der Vertreterversammlung tritt der Ausschuss zusammen, bildet sich eine Meinung und berät dann den Vorstand der KV Nordrhein.

Ausschuss garantiert Bodenhaftung

Der Ausschuss hat keine unmittelbare Macht, sondern fungiert beratend. „Der Gesetzgeber hat die Vorsitzenden der KV weitgehend unabhängig von Weisungen von der Vertreterversammlung gestellt“, sagt Dr. Manfred

Weisweiler, Vorsitzender des Fachausschusses. Dennoch ist sich der Chirurg aus Geilenkirchen sicher, nicht vergebens über Probleme der Honorierung nachzudenken. So überlegt der Ausschuss zum Beispiel, ob es Möglichkeiten für eine „namensbezogenen Euro-Abrechnung“ bei ambulanten Operationen gibt.

„Die Auffassung unseres Ausschusses nimmt natürlich relevanten Einfluss auf die Entscheidungsfindung des Vorstandes“, meint Weisweiler. Schließlich wünsche sich der Vorstand der KV Nordrhein, Dr. Peter Potthoff und Bernhard Brautmeier, ausdrücklich diese Art von „Basis-Bodenhaftung“, so der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Chirurgen.

Alle Berufsverbände eingeladen

Fünf Mitglieder können natürlich nicht alle Facharzt-Gruppen repräsentieren. „Um ein möglichst breites Meinungsbild zu erhalten, regen wir an, dass besonders die Vorsitzenden der Berufsverbände möglichst engen Kontakt zu uns pflegen“, sagt Dr. Joachim Wichmann, der stellvertretende Vorsitzende des Ausschusses. Diese Fachexpertise sei wichtig, um Probleme und Fragestellungen im Interesse aller Fachärzte lösen zu können. Das Ziel der Politik ist, die Fachärzte auseinander zu dividieren, ist sich der HNO-Arzt aus Krefeld sicher. Der Ausschuss biete dagegen eine Möglichkeit, die Interessen zu bündeln und trotz der unterschiedlichen Bedürfnisse eine starke gemeinsame Stimme zu bilden.

Die Mitglieder des Facharzt-Ausschusses



Dr. Manfred Weisweiler
Chirurg
Vorsitzender (links)



Dr. Joachim Wichmann
HNO-Arzt
stellvertretender
Vorsitzender (rechts)

Dr. Thomas Bärtling
Gynäkologe
Angelika Haus
Neurologin
Dr. Klaus-Dieter Winter
Kardiologe

Kontakt zum Ausschuss

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

Der Burgfriede von Oberhausen

Für einige radiologische Untersuchungen wie periradikuläre Therapien (PRT) oder kontrastmittelgestützte MRT-Untersuchungen sind Daten aus dem Labor nötig, zum Beispiel Blutgerinnungswerte oder Kreatinin. Aber wer ist für die Erhebung zuständig? Diese Frage hat in Oberhausen für reichlich Diskussionsstoff gesorgt.

Dabei ist die Antwort eindeutig: Laborleistungen, die im Wesentlichen aus juristischen Gründen für die Radiologen zur Durchführung einiger Leistungen notwendig sind, müssen auch von den Radiologen selbst durchgeführt oder im Labor veranlasst werden. Dies teilte der Vorstand der Kreisstelle Oberhausen den Mitgliedern Ende Juli mit. Er konnte sich dabei auf eine Information des Vorstands der KV Nordrhein berufen.

Radiologen in der Pflicht

Die KV Nordrhein stellte klar: Die Laborwerte, die Radiologen benötigen, müssen sie auch veranlassen. Ärzte für Laboratoriumsmedizin bestätigten der KV Nordrhein, dass sie auch bei geringem Aufkommen bereit seien, diese Werte herzustellen und den Transport des Blutes zu gewährleisten. Die KV Nordrhein stellt fest, dass Hausärzte und Internisten die benötigten Laborwerte dann den Radiologen zur Verfügung stellen, wenn sie in der Praxis bereits vorhanden sind.

„Nach den klarstellenden Worten sollte nunmehr wieder der Burgfriede in Oberhausen einziehen“, meint Dr. Heinrich Vogelsang, Vorsitzender der dortigen Kreisstelle. Was war passiert? Im Juni hatte ein ortsansässiges Radiologie-Institut seine „Zuweiser“ gebeten, benötigte Laborwerte zur Verfügung zu stellen – ungeachtet der formalen Verpflichtung, diese selbst zu erheben. Wenn nicht, so schrieb das Institut, könnten die radiologischen Leistungen unter Umständen nur noch

eingeschränkt erbracht werden. Dabei erklärte sich das Institut bereit, auch ältere, bereits vorliegende Laborwerte zu akzeptieren, um die Kosten so niedrig wie möglich zu halten.

Mitgeben

Vogelsang sah darin allerdings kein echtes Angebot: „Natürlich stellen Hausärzte und Internisten die vorliegenden Laborwerte zur Verfügung“, betonte der Kreisstellen-Vorsitzende, der als Hausarzt niedergelassen ist. Dies sei nicht das Problem. Wenn die Werte aber nicht vorlägen, müssten sie in der radiologischen Praxis erhoben werden. „Diese im Wesentlichen aus juristischen Gründen notwendigen Untersuchungen belasten nur unser Budget.“

Um die Radiologen zu unterstützen, will die KV Nordrhein mit den Krankenkassen verhandeln, dass auch die Radiologen die für die Blutabnahme nötigen Materialien über den Sprechstundenbedarf beziehen können.



Laboruntersuchungen belasten das Budget. Wenn Radiologen Werte benötigen, die Hausärzten nicht vorliegen, müssen sie sie selbst erheben oder veranlassen.

Beschwerden über Behandlungsfehler



Die Zahl der Beschwerden von Patienten über tatsächliche oder vermeintliche Behandlungsfehler ihrer Ärzte steigt leicht an: bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

der Ärztekammern sind im vergangenen Jahr 11.016 Anträge auf Schadenersatz eingegangen. Dies sind nach Angaben der Bundesärztekammer 44 Beschwerden mehr als im Vorjahr und zehn Prozent mehr als vor zehn Jahren. Die absoluten Zahlen sind gemessen an der Zahl der Behandlungen allerdings minimal. Zum Vergleich: Rund 200 Millionen Behandlungen finden jedes Jahr allein in der KV Nordrhein statt.

Die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern in Deutschland haben 2010 über insgesamt 7.355 Patientenbeschwerden entschieden. In 2.199 Fällen wurde ein Behandlungsfehler oder Mangel der Risikoaufklärung bestätigt. In 83 Prozent dieser Fälle hatte die Fehlbehandlung oder ein Mangel in der Risikoaufklärung gesundheitliche Schäden zur Folge. 667 Patienten erlitten Dauerschäden, 87 verstarben.

Bundesweite Befragung zu Praxiskosten



Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) befragt niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten zu ihren Praxiskosten. Sie wurden meist schon Ende Juli angeschrieben und gebeten, bis zum 31. Oktober schriftlich Fragen zur Kosten- und Versorgungsstruktur ihrer Praxis zu beantworten. Ziel ist, für das ZI-Praxis-Panel (ZIPP) rund 7.000 Praxen zu gewinnen, in dem alle Fachgruppen und Regionen angemessen vertreten sind.

Auftraggeber der Erhebung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Ergebnisse sind notwendig, um die regionalen Honorarverhandlungen und die Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) auf Bundesebene zu unterstützen.

Für Rückfragen bietet das ZI eine Telefon-Hotline unter der Nummer 030 4005 2444 an. Ausführliche Infos im Internet unter www.zi-pp.de

Schnelle Infos: Geben Sie uns Ihre Mail-Adresse

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

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

Das Meldeformular finden Sie im Internet unter www.kvno.de | [KV | 110930](http://KV110930)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Gute Versorgung. Gut organisiert.

Antwortfax
Bitte faxen oder schicken Sie diese Antwort an Ihre Bezirksstelle:

Bezirksstelle Düsseldorf Königsplatz Tertwegener 6 50474 Düsseldorf Telefax: 0211 8881 8880 E-Mail: arztregister.duesseldorf@kvno.de	Bezirksstelle Köln Königsplatz Bismarck 10-16 50667 Köln Telefax: 0211 7763 8880 E-Mail: arztregister.koeln@kvno.de
--	---

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

Meine E-Mail-Adresse: _____
Meine Fax-Nummer: _____

Gesundheitspolitik-Referat: Reimann folgt Meier

Mit einem Empfang verabschiedete die KV Nordrhein Dr. Edith Meier in den Vorruhestand. Die Volkswirtin und Soziologin stand 17 Jahre lang an der Spitze des Referats für gesundheitspolitische Grundsatzfragen der KV Nordrhein. Prominente Gäste und Redner, darunter Gesundheitsministerin Barbara Steffens, würdigten ihren großen Einsatz als kompetente und verlässliche „Netzwerkerin“ für die Belange der Vertragsärzteschaft in der Landespolitik.

Ihre Position nimmt nunmehr ihr bisheriger Stellvertreter Johannes Reimann ein. Der Dip-

lom-Verwaltungswissenschaftler steht seit 15 Jahren in den Diensten der KV, zunächst in Freiburg

im Breisgau und seit 2001 in Düsseldorf. Mit Blick auf gravierende Konsequenzen der Bundespolitik auf die Honorarsituation in Nordrhein gilt seine Aufmerksamkeit auch dem Geschehen und den gesundheitspolitischen Köpfen auf Bundesebene.



Dr. Edith Meier



Johannes Reimann

Elektronische Qualitätszirkel – einfach verwaltet, besser informiert

Das KVNO-Portal bietet den Ärzten und Psychotherapeuten, die an Qualitätszirkeln teilnehmen, viele Vorteile. Besonders die Moderatoren profitieren vom Dienst „elektronische Qualitätszirkel“ (eQZ). Die Anwendungsmöglichkeiten des Dienstes präsentiert die KV Nordrhein auf einer Veranstaltung am 26. Oktober 2011.

Der Dienst erleichtert die Vor- und Nachbereitung der Qualitätszirkel. Moderatoren können ihre Veranstaltungsdaten online pflegen. Dadurch entfällt zum Beispiel das Versenden von Protokollen an die KV Nordrhein und an die Zirkel-Teilnehmer. Der Moderator braucht das Protokoll nur zu laden und entscheidet, für wen es im Portal sichtbar sein soll.

Im Moderatoren-Bereich findet sich auch die Schnittstelle zur Zertifizierung der Veranstaltung bei der KV Nordrhein. Über die einmalige Zusammenstellung eines Teilnehmerpools kann der Moderator Teilnehmerlisten und -bescheinigungen automatisch generieren.

Für die Teilnehmer jedes einzelnen Zirkels gibt es im Portal eine Seite, auf welcher der Moderator wichtige Informationen bereitstellen kann, zum Beispiel neue Veranstaltungstermine, Kontaktdaten, Literatur oder nützliche Informationen im Internet.

Die Anwendungsmöglichkeiten, die der Dienst eQZ bietet, präsentiert der Qualitätszirkel-Tutor Dr. Lutz Pormann-Salandi auf einer kostenlosen Veranstaltung.

Termin 26. Oktober 2011
16 bis 18 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Schulungsraum 3
(Untergeschoss)

Anmeldung

Katharina Ernst
Telefon 0211 5970 8361

Ima Reissner-Gislason
Telefon 0211 5970 8110
Telefax 0211 5970 8160
E-Mail qualitätszirkel@kvno.de

Hausärzte können prä- und postoperative Leistungen abrechnen

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im August fragten viele Hausarzt-Praxen, ob respektive welche Operationsleistungen sie abrechnen können.

Können Hausärzte Leistungen aus dem Kapitel 31 EBM (ambulante Operationen) abrechnen?

Ja. Und zwar die präoperativen Leistungen nach Kapitel 31.1.2 (EBM-Nr. 31010 bis 31013) und die postoperativen Behandlungen nach Kapitel 31.4.2 (EBM-Nr. 31600).

Präoperative Leistungen: Erbringen Sie als Hausarzt präoperative Leistungen vor ambulanter Operation können Sie je nach Alter des Patienten die EBM-Nummern 31010 bis 31013 abrechnen. In der Regel erhalten Sie hierzu eine Überweisung oder einen formlosen Auftrag des Operateurs. Darin informiert Sie der Operateur gegebenenfalls auch, ob es sich um eine Operation nach dem AOP-Vertrag nach § 115b SGB V handelt. Bitte übertragen Sie den OPS-Code oder die Symbolnummer 88115 in Ihre Abrechnung, damit die Leistung entsprechend

bezahlt wird.

Bringt der Patient eine Überweisung des Operateurs mit, können Sie zusätzlich die 01436 EBM (Konsultationspauschale) abrechnen. Auf dem Überweisungsschein rechnen Sie maximal drei EBM-Nummern ab, zum Beispiel 01436, 31011

und 88115. Kommt der Patient ohne Überweisung, können Sie die Leistungen auf dem Ihnen bereits vorliegenden Schein abrechnen, zum Beispiel 31011 und 88115.

Postoperative Behandlungen: Die postoperative Behandlung nach einer ambulanten Operation kann der Operateur an einen weiterbehandelnden Arzt überweisen. Der Operateur teilt Ihnen das Datum der OP und die entsprechende EBM-Nummer für die postoperative Behandlung auf dem Überweisungsschein mit. Dieser enthält gegebenenfalls auch die Information über den OPS-Code und die Symbolnummer 88115. Hausärzte rechnen in diesem Fall die EBM-Nummer 31600 ab. Den OPS-Code oder die Symbolnummer 88115 und das OP-Datum tragen Sie bitte in Ihrer Abrechnung ein.

Handelt es sich um eine ambulante Nachbehandlung im Rahmen einer Operation aus dem AOP-Vertrag, wird die Vergütung ebenfalls anhand des OPS-Codes bzw. anhand der Symbolnummer 88115 gesteuert.

Vergütung: Im Rahmen des AOP-Vertrages erhalten Sie für die präoperativen Leistungen nach Kapitel 31.1.2 (31010 bis 31013 EBM) und die postoperativen Behandlungen nach Kapitel 31.4.2 (31600 EBM) 3,70475 Cent pro Punkt. Für andere Leistungen aus dem Kapitel 31 EBM (außerhalb des AOP-Vertrages) erfolgt die Vergütung ebenfalls extrabudgetär mit einem Punktwert von 3,5048 Cent.

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

Nordrheinischer Praxisbörsentag

Informationen rund um Praxisabgabe und Nachfolge

Samstag, 12. November 2011

9 bis 14 Uhr | Bezirksstelle Köln | Sedanstraße 10-16



informieren

- Perspektiven der Niederlassung
- Vorgehen bei einer Praxisabgabe
- Praxisübergabe – Schritte in die Niederlassung
- Praxiswertermittlung
- Abgabestrategien für Praxisabgeber
- Finanzierung einer Praxis
- Betriebswirtschaftliche Grundlagen

beraten

Niederlassung, Rechtsfragen, Kooperationen – Experten der KV Nordrhein beraten Sie individuell

kontaktieren

Abgeber treffen Nachfolger. An schwarzen Brettern können Sie Ihre Praxis vorstellen, Angebote formulieren oder eine Suchanzeige aufgeben

Wenn Sie eine Praxis, einen Praxisnachfolger, Kooperationspartner oder eine Anstellung suchen, können Sie dies direkt auf dem umseitigen Muster formulieren und zum Praxisbörsentag mitbringen oder vorab faxen an 0211 528 008 639.



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

www.kvno.de



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Nr. (vergift die KV Nordrhein)

Nordrheinischer Praxisbörsentag der KV Nordrhein

12. November 2011 | Bezirksstelle Köln | Sedanstraße 10-16

Gerne können Sie das ausgefüllte Inserat auch schon vorab an unsere **Fax-Nr. 0211 528 008 639** senden. Bitte vergessen Sie nicht, Ihre Kontaktdaten unten einzutragen, damit wir Ihnen für den Aushang eine Chiffre-Nummer zuordnen können.

Biete <input type="checkbox"/>	Suche <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---------------------------------------

Einzelpraxis <input type="checkbox"/>	Berufsausübungsgemeinschaft <input type="checkbox"/>	Anstellung <input type="checkbox"/>
--	---	--

Fachgebiet:
Standort:
Übergabe-/Übernahmezeitpunkt (Wunschtermin):

Zusatzinformationen (Praxisausstattung/Kontaktdaten)

Ich interessiere mich für das Angebot (Kontaktdaten, mindestens Telefonnummer)

Ich bin an einer Weitervermittlung nach dem Praxisbörsentag interessiert und damit auch mit der Weitergabe meiner Kontaktdaten an Interessierte einverstanden.

ja

nein

Name:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Infomarkt der KV Nordrhein

Elektronischer Heilberufsausweis | Online-Abrechnung

Den elektronischen Heilberufsausweis (HBA) beantragen | Viktor Krön, Ärztekammer Nordrhein
Online abrechnen mit dem HBA | Franz-Josef Eschweiler, KV Nordrhein

Experten der Ärztekammer Nordrhein, der Psychotherapeutenkammer NRW und der KV Nordrhein beraten Sie individuell und helfen beim Anmelden und Registrieren des HBA.

Anmeldung zur Beantragung

Ioannis Christopoulos | Telefon 0211 4302 1508 | E-Mail ioannis.christopoulos@aeckno.de

Bitte bringen Sie zur Registrierung des HBA Ihre Zugangsdaten für das Portal der Ärztekammer Nordrhein www.meineaeckno.de sowie einen gültigen Personalausweis oder Reisepass und ein Passfoto mit.

Themen der Infostände

- Niederlassungsberatung
- KV-Börse
- KV-Praxis-Check
- Tipps zum Verordnen
- IT in der Praxis
- Serviceteams
- KVNO-Portal
- Internetangebot der KV Nordrhein

Termin 5. Oktober 2011
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Multiresistente Erreger in der ambulanten Versorgung

Multiresistente Keime sind nicht nur ein Problem in klinischen, sondern auch in ambulanten Einrichtungen. Die Veranstaltung zeigt Möglichkeiten auf, wie notwendige infektionspräventive Maßnahmen in der Praxis etabliert werden können. Zusätzlich werden Empfehlungen zur rationalen Antibiotika-Strategie gegeben.

Die Fortbildung ist die erste von zwei Auftaktveranstaltungen, die die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW und die Euregionale Akademie gemeinsam durchführen. Eine weitere Veranstaltung mit gleichem Inhalt findet am 22. Oktober 2011 in Dortmund statt. Fortbildungen für Ärzte und Medizinische Fachangestellte werden sich anschließen.

Termin 8. Oktober 2011
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Kreis Mettmann gegen den Schlaganfall

Sehstörung? Sprachstörung? Lähmungserscheinung? Treten diese Beeinträchtigungen auf, sollte immer an einen Schlaganfall gedacht werden. Und dann zählt jede Sekunde.

Um eine breite Öffentlichkeit zu erreichen, startet am 10. Oktober 2011 die Aktionswoche „Kreis Mettmann gegen den Schlaganfall“. Die Initiative der Ärzteschaft im Kreis bietet in Zusammenarbeit mit zahlreichen Partnern Beratungen, Vorträge und Aktionen unter dem Motto „Vorbeugen – Erkennen – Handeln!“ an. Den Abschluss bilden am 15. Oktober 2011 Aktionen auf den Marktplätzen der Städte im Kreis Mettmann.

Am 13. Oktober 2011 laden die Initiatoren zu einem Symposium für Ärztinnen und Ärzte in Düsseldorf ein. Experten informieren über Diagnose und Therapie, Reha und Versorgungskonzepte. Ausführliche Informationen finden Sie im Internet unter www.mettmann-schlaganfall.de

Termin 13. Oktober 2011
Ort Kosaido Golf Club
Am Schmidtberg 11
40629 Düsseldorf

Termine

■	5.10.2011	Infomarkt der KV Nordrhein, Düsseldorf
■	5.10.2011	KV Nordrhein [Patientenveranstaltung]: „Resistente Keime gehen uns alle an“, Düsseldorf
■	7.10.2011	KVNO focus: „AMNOG-Erfahrungen – GKV-VSG-Perspektiven“, Düsseldorf
	7.10.2011	Nordrheinische Akademie: „IGeln für Fortgeschrittene“, Düsseldorf
■	8.10.2011	KV Nordrhein KV Westfalen-Lippe EuroSafety Health-Net: „Multiresistente Erreger in der ambulanten Versorgung – Verbreitung und Prävention“, Düsseldorf
■	7.–15.10.2011	Aktionswoche „Kreis Mettmann gegen den Schlaganfall“, Kreis Mettmann
■	12.10.2011	KV Nordrhein: „Rational und rationell verordnen“, Düsseldorf
■	12.10.2011	KV Nordrhein: „Selbsthilfe“ [Fortbildung für MFA], Troisdorf
	12.10.2011	Nordrheinische Akademie: „Ambulantes Operieren [Gynäkologie]“, [Fortbildung für MFA], Köln
■	12.10.2011	Kreisstellenversammlung der KV Nordrhein Ärztekammer Duisburg mit dem Vorsitzenden der KBV, Dr. Andreas Köhler, Duisburg
■	13.10.2011	Mettmanner Schlaganfallsymposium, Düsseldorf
	15.10.2011	Nordrheinische Akademie: „Einführung in die medizinische Internetrecherche“ [auch für MFA], Düsseldorf
■	19.10.2011	KV Nordrhein: „Honorarverteilung, Abrechnung, Regelleistungsvolumen“, Düsseldorf
	19.10.2011	IQN: „Chirurgische Eingriffe im Handbereich – Indikation – Operationsmöglichkeiten und -grenzen – Nachsorge“, Düsseldorf
■	22.10.2011	KV Nordrhein: Moderatorenausbildung für Qualitätszirkel“, Düsseldorf
	26.10.2011	Nordrheinische Akademie: „Praxisstrategie 2011/2012“, Düsseldorf
	28.10.2011	Nordrheinische Akademie: „Chronikerbetreuung in der Praxis“, [auch für MFA], Köln
■	2.11.2011	KV Nordrhein: „Gesundheitssysteme unserer Nachbarn“, Aachen
	2.11.2011	Nordrheinische Akademie: „Die Praxis als unverwechselbare Marke“ [auch für MFA], Köln
	2.11.2011	Nordrheinische Akademie: „Abrechnung Hausärzte“ [Fortbildung für MFA], Düsseldorf
	5.11.2011	Nordrheinische Akademie: „Aufbaukurs der medizinischen Internetrecherche“ [auch für MFA], Düsseldorf
■	9.11.2011	KV Nordrhein: „Selbsthilfe“ [Fortbildung für MFA], Wachtberg-Villip
	9.11.2011	Nordrheinische Akademie: „Alternativen zur Selbstständigkeit“ [Fortbildung], Düsseldorf
	9.11.2011	Nordrheinische Akademie: „Die Medizin ist weiblich“, Köln
■	9.11.2011	KVNO-Forum: „Behandlungsstandards und -konzepte in der Onkologie“, Düsseldorf
■	9.11.2011	Mitgliederversammlung der Kreisstelle Essen der KV Nordrhein, Essen
■	12.11.2011	KV Nordrhein: „Praxisbörsentag“, Köln
■	16.11.2011	Mitgliederversammlung der Kreisstelle Remscheid der KV Nordrhein, Remscheid
■	16.11.2011	IQN Nordrheinische Akademie: Vortrag für MFA „Multiresistente Erreger im Praxisalltag“, Düsseldorf
	16.11.2011	Nordrheinische Akademie: „Pharmakotherapie“ [Fortbildung für MFA], Köln
	16.–19.11.2011	Messe Düsseldorf: „MEDICA 2011“, Düsseldorf
■	23.11.2011	KV Nordrhein: „Selbsthilfe“ [Fortbildung für MFA], Moers
■	23.11.2011	Mitgliederversammlung der Kreisstelle Wuppertal der KV Nordrhein, Wuppertal
	2.–4.12.2011	Kaiserin Friedrich-Stiftung: „Was gibt es Neues in der Allgemeinmedizin?“, Berlin
■	3.12.2011	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
■	7.12.2011	KV Nordrhein Rheinische Post: RP-Sprechstunde „Infarkt der Seele – was sich gegen Burnout tun lässt“, Düsseldorf

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

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Redaktion

Frank Naundorf (verantwortlich)
Karin Hamacher

Redaktionsbeirat

Dr. Peter Potthoff, Bernd Brautmeier,
Frank Naundorf

Druck

Echo Verlag, Köln

Satz

Merzhäuser | grafik+design, Bonn

Anschrift der Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Telefon 0211 5970 8106
Telefax 0211 5970 8100
E-Mail redaktion@kvno.de

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

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: 22 700

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

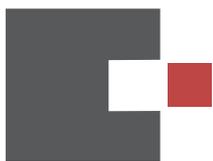
Vorschau „KVNO ■ aktuell“ 11 | 2011

- **Versorgungsstrukturgesetz:**
Was kommt 2012 auf Sie zu?
- **Spezialisierte Palliativversorgung:**
Das Netz wird immer dichter
- **Service:**
So sichern Sie Daten in Ihrer Praxis
- **Überblick:**
Krankenfahrten richtig verordnen
- **Vorgestellt: Die beratenden**
Fachausschüsse in Nordrhein

**Die nächste Ausgabe von „KVNO aktuell“
erscheint am 6. Dezember 2011.**

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

www.kvno.de



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.