

■ Schwerpunkt

Wahlen 2010

Viele neue Gesichter in der VW –
58,3 Prozent Wahlbeteiligung

■ Hintergrund

Versichertenbefragung

Geringe Wartezeiten, viel Vertrauen –
Rheinländer fühlen sich gut versorgt

■ Aktuell

Kodierrichtlinien

Ab Anfang 2011 gilt:
Wer nicht kodiert, verliert

■ Praxisinfo

ADHS

Vertrag mit der
AOK Rheinland/Hamburg



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

- 1 Editorial

Schwerpunkt

- 2 Wahlen zur Vertreterversammlung: Viele neue Gesichter in der VV – 58,3 Prozent Wahlbeteiligung

Aktuell

- 4 Keine neuen Genehmigungen für K.O.-Leistungen
- 4 Aktuelle Beschlüsse der Vertreterversammlung
- 5 Ambulante Kodierrichtlinien: „Wer nicht kodiert, verliert“

Berichte

- 14 Versichertenbefragung 2010: Rheinländer fühlen sich gut versorgt
- 16 Mammographie-Screening: Neue Regelungen fördern engere Einbindung der Haus- und Frauenärzte
- 17 Kosten, Liquidität und Rentabilität: Betriebswirtschaftliche Beratung für die Praxis
- 18 Tag der ambulanten Medizin in Leverkusen: Alle zufrieden mit der ambulanten Leistungsschau

Service

- 20 Sommerempfang mit Ministerin Steffens
- 20 Das Schweigen brechen – gegen sexuellen Missbrauch
- 21 Keine Entwarnung – Zahl der HIV-Infizierten steigt wieder
- 21 Säuglingssterblichkeit in NRW so niedrig wie nie
- 22 Ärzte in Düren testen den elektronischen Arztbrief
- 22 KV Nordrhein nutzt Beschwerden, um besser zu werden
- 25 Aktuelle Fragen an die Serviceteams – und deren Antworten
- 26 Fax-Abruf

Praxisinfo

- 8 ADHS: Vertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg geschlossen
- 8 EBM-Nummer 19315 für histopathologische Untersuchung
- 8 Eintragung in Bonushefte mit der Nummer 70 GOÄ abrechnen
- 9 Korrektur: Balneophototherapie ein Mal pro Behandlungstag abrechenbar
- 9 Homöopathie-Vertrag mit der Securvita BKK: Fortbildung nachweisen
- 9 AOP-Vertrag: Kliniken müssen für Medikamente sorgen
- 9 27 Frühförderstellen in Nordrhein
- 10 Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur Balneophototherapie

Arzneimittelinfo

- 11 Influenza-Impfaktion startet
- 12 Multimedikation: Weniger ist mehr
- 13 Rezeptänderungen mit Unterschrift und Datum bestätigen



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

am 14. Juli präsentierte NRW-Ministerpräsidentin Hannelore Kraft ihr neues Kabinett, darunter Barbara Steffens von Bündnis 90/Grüne als Gesundheitsministerin.

Mittlerweile hat die neue Regierung ihre Arbeit aufgenommen – und wir als Vorstand den Kontakt zu ihr. Barbara Steffens kennt die Verhältnisse in der ambulanten Versorgung nicht erst seit ihrem Amtsantritt. Schließlich haben Gespräche der KV Nordrhein mit den Spitzen der Landespolitik, auch mit der Opposition, eine lange und gute Tradition.

Die Landesgesundheitsministerin hat gleich zu Beginn ihrer Amtszeit deutlich gemacht, dass sie eine Benachteiligung nordrheinischer Vertragsärzte und -psychotherapeuten gegenüber den anderen Ländern nicht hinnehmen wird. Die Unterstützung der Regierung des größten deutschen Bundeslandes stärkt unsere Position in Berlin. Diese Hilfe nehmen wir gerne und dankbar in Anspruch.

Barbara Steffens leitet ein neu zugeschnittenes Ministerium. Zur Gesundheit kommen die Themen Emanzipation, Pflege und Alter. Anlässlich des Sommerempfangs der nordrheinischen Ärzteschaft hat sich die Ministerin zu ihren gesundheitspolitischen Zielen für NRW bekannt. Unter anderem kämpft sie für:

- eine flächendeckende haus- und fachärztliche Versorgung auf dem Land und in benachteiligten Stadtteilen,

- einen bestmöglichen Zugang zur Gesundheit für alle – unabhängig von Einkommen, Herkunft und Geschlecht,
- eine bessere psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Mit Blick auf diese Ziele leistet unsere ambulante Versorgung schon heute Vorbildliches. Internationale Studien bescheinigen uns immer wieder: Das deutsche Versorgungssystem ist sozial weit weniger selektiv als die Systeme unserer europäischen Nachbarn, ganz zu schweigen vom amerikanischen Modell.

Wir wollen die Landesregierung in ihrer gesundheitspolitischen Agenda unterstützen. Wir werden die Politik aber auch daran erinnern, dass schon heute die Mittel fehlen, um unseren Versorgungsauftrag ohne Einschränkung zu erfüllen. Noch weniger werden wir in der Lage sein, mit den begrenzten Ressourcen für die Gesundheit die Defizite der Sozial-, der Einwanderungs- und der Bildungspolitik zu heilen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr KV-Vorstand

Dr. Peter Potthoff

Bernd Brautmeier

Viele neue Gesichter in der VV – 58,3 Prozent Wahlbeteiligung

Hausärzterverband stellt die stärkste Liste, die Freie Ärzteschaft zieht in die Vertreterversammlung (VV) ein – und die Allianz für Nordrhein wird der stärkste Block in der neuen VV der KV Nordrhein.

„Mit einer zufriedenstellenden Wahlbeteiligung von 58,3 Prozent haben die Ärzte und Psychotherapeuten im Rheinland ihre neue VV gewählt“, so Dr. Nikolaus Wendling, Landeswahlleiter der KV-Wahlen 2010 in Nordrhein. Die Liste des Hausärzterverbandes errang mit 1.724

Stimmen das höchste Stimmergebnis und ist mit acht Sitzen die stärkste Liste in der VV.

Stärkster Block ist mit 15 Sitzen die Allianz für Nordrhein, in der zwei haus- und sechs fachärztliche Listen zusammengeschlossen sind.

Die VV der KV Nordrhein besteht aus 50

Mitgliedern. Davon sind 18 Sitze für Hausärzte, 21 für Fachärzte, sechs für angestellte Ärzte und fünf für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten reserviert. Das Gremium wählt den zweiköpfigen hauptamtlichen Vorstand der KV Nordrhein und dessen Vorsitzenden. Zudem besetzt die VV Fachausschüsse wie den Haupt- und Haushaltsausschuss. Sie entscheidet unter anderem über die Organisation der KV Nordrhein, die Satzung und den Haushaltsplan.

Das Wahlergebnis 2010 ist nur bedingt mit dem Ergebnis der Wahl 2004 zu vergleichen. Damals gab es sowohl im hausärztlichen wie im fachärztlichen Bereich andere und weniger Listen. So kandidierten zum Beispiel die Kinder- und Jugendärzte 2004 auf einer gemeinsamen Liste mit dem Hausärzterverband. 2010 traten die Pädiater mit einer eigenen Liste an und errangen 566 Stimmen und drei Sitze. Die Liste des Hausärzterverbandes büßte rund 400 Stimmen gegenüber der Wahl 2004 ein, bleibt aber mit Abstand die stärkste Einzelliste.

Die Freie Ärzteschaft kandidierte 2004 noch nicht mit einer eigenen Liste. Bei der diesjährigen Wahl errang sie sieben Sitze, vier aus dem Bereich der Hausärzte und drei aus dem der Fachärzte.

Fachgruppenlisten dominieren bei Fachärzten

Im fachärztlichen Versorgungsbereich waren 7.579 Mitglieder wahlberechtigt. Wahlsieger ist hier die Liste Or-



10.343 Ärzte und Psychotherapeuten stimmten ab. Mitarbeiter der KV Nordrhein bei der Auszählung am 11. September in Düsseldorf

thopädie-Chirurgie-Anästhesie. Auf diese Liste entfielen 728 Stimmen und vier Sitze. Bei den Fachärzten dominieren fachgruppenspezifische Listen. Lediglich fünf von insgesamt 13 Listen verzichteten auf einen konkreten Fachgruppenbezug.

Nach dem derzeitigen Stand gehörten 22 Mitglieder der VV bereits an, während 28 erstmals in der VV vertreten sind. Die endgültige personelle Zusammensetzung der VV wird aber erst im neuen Jahr feststehen. Denn 17 der in die neue Versammlung gewählten Vertreter waren auch bei den Wahlen zu den Kreisstellen-Vorständen erfolg-

reich. Satzungsgemäß ist aber ein Doppelmandat, VV und Kreisstellenvorstand, ausgeschlossen. Die Mitglieder des amtierenden Vorstands der KV Nordrhein, Bernd Brautmeier und Dr. Peter Potthoff, kandidierten nicht für die Wahl zur Vertreterversammlung. Die Mitgliedschaft in der VV ist keine Voraussetzung für das Vorstandsamt.

Die konstituierende Sitzung der neuen Amtsperiode findet am 4. Dezember 2010 statt. Dann werden die Vorsitzenden der Vertreterversammlung und der zweiköpfige hauptamtliche Vorstand gewählt. Die neue Amtsperiode beginnt am 1. Januar 2011 und dauert sechs Jahre.

Die Ergebnisse im Überblick

Bereich Hausärzte

Liste 1	Die Hausarztliste, Dr. Dirk Mecking, Duisburg	1.724 Stimmen	8 Sitze
Liste 2	Pädiater – Allianz für Nordrhein, Dr. Thomas Fischbach, Solingen	566 Stimmen	3 Sitze
Liste 3	Freie Ärzteschaft Hausärzte, Martin Grauduszus, Erkrath	834 Stimmen	4 Sitze
Liste 4	Hausärzte – Allianz für Nordrhein, Dr. Hans-Reinhard Pies, Nettetal	593 Stimmen	3 Sitze

Bereich Fachärzte

Liste 1	Ambulante Kooperation Nordrhein, Dr. Dr. Lars Benjamin Fritz, Willich	189 Stimmen	1 Sitz
Liste 2	ZNS – Allianz für Nordrhein, Dr. Frank Bergmann, Aachen	336 Stimmen	2 Sitze
Liste 3	Einzelkandidat, Dr. Jürgen Schulze, Erftstadt	110 Stimmen	kein Sitz
Liste 4	Sprechende Medizin, Friedrich Neitscher, Euskirchen	285 Stimmen	1 Sitz
Liste 5	Orthopädie-Chirurgie-Anästhesie, Dr. Andreas Gassen, Düsseldorf	728 Stimmen	4 Sitze
Liste 6	Augenärzte – Allianz für Nordrhein, Prof. Dr. Bernd Bertram, Aachen	298 Stimmen	1 Sitz
Liste 7	Neue Liste Psychotherapie, Dr. Gabriele Friedrich-Meyer, Bonn	236 Stimmen	1 Sitz
Liste 8	Fachärzte Hartmannbund – Allianz für Nordrhein, Angelika Haus, Köln	271 Stimmen	1 Sitz
Liste 9	Freie Ärzteschaft Fachärzte, Wieland Dietrich, Essen	555 Stimmen	3 Sitze
Liste 10	Essener Resolution Allianz für Nordrhein, Dr. Ludger Wollring, Essen	141 Stimmen	1 Sitz
Liste 11	HNO und Chirurgie, Dr. Joachim Wichmann, Krefeld	350 Stimmen	2 Sitze
Liste 12	Innovative Fachärzte Allianz für Nordrhein, Dr. Christiane Friedländer, Neuss	319 Stimmen	2 Sitze
Liste 13	Frauenärzte/Frauenärztinnen Nordrhein, Dr. Thomas Bärtling, Aachen	503 Stimmen	2 Sitze

Bereich ermächtigte/angestellte Ärzte

Liste 1	Einzelkandidat, PD Dr. Claudia Rudroff, Düren	69 Stimmen	1 Sitz
Liste 2	Marburger Bund Dr. Karl-Josef Eßer, Düren	390 Stimmen	5 Sitze

Bereich Psychotherapie

Liste 1	Psychodynamische Liste, Dr. Paul Dohmen, Aachen	252 Stimmen	1 Sitz
Liste 2	Bündnis Kooperative Liste, Barbara Lubisch, Aachen	859 Stimmen	3 Sitze
Liste 3	PsychotherapeutInnen Nordrhein, Ursula Gersch, Köln	225 Stimmen	1 Sitz

Keine neuen Genehmigungen für K.O.-Leistungen

Vertragsärzte dürfen Leistungen nur in ihrem jeweiligen Versorgungsbereich erbringen. Die Zuordnung aller im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeführten Leistungen in solche der hausärztlichen und solche der fachärztlichen Versorgung sei zwingend zu beachten, entschied das Bundessozialgericht (BSG) im Oktober 2009 (Az. B 6 KA 22/08 R).

Dem Urteil liegt die Klage eines hausärztlich tätigen Facharztes für Allgemeinmedizin zugrunde, der von der KV eine Genehmigung zur Abrechnung von chirurgischen Leistungen verlangte. Diese Leistungen aber ordnete der EBM der fachärztlichen Versorgung zu, sodass sie nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen. Das BSG hat mit dem Urteil bestätigt, dass die beklagte KV zu Recht die begehrte Abrechnungsgenehmigung versagt hat.

Aus den gesetzlichen Vorgaben in Paragraph 73 des Sozialgesetzbuchs V folgt die Gliederung der Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche. Vertragsärzte dürfen folglich nur Leistungen in ihrem jeweiligen Versorgungsbereich erbringen. Zur Umsetzung dieser gesetzlich vorgegebenen Gliederung sind im EBM die Leistungen in solche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung gegliedert. Nach diesen Vorgaben sind an der hausärztlichen Versorgung teil-

nehmende Ärzte – von den genannten Ausnahmen abgesehen – nicht berechtigt, fachärztliche Leistungen zu erbringen.

Ausnahmen gelten lediglich für Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung. Für sie kann der Zulassungsausschuss eine befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. Zudem kann der Zulassungsausschuss den Interessen von Allgemeinärzten, die im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, dadurch Rechnung tragen, dass er ihnen die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erteilt.

KVen dürfen hiervon abweichend auch keine Genehmigungen zur Abrechnung fachärztlicher Leistungen erteilen. Für ein solches Handeln fehle den KVen die Rechtsgrundlage; selbst aus Sicherstellungsgründen ist eine Abrechnungsgenehmigung nicht zu gewähren.

Damit kann die KV Nordrhein auch keine Ausnahmegenehmigungen zur Durchführung und Abrechnung sogenannter KO-Leistungen mehr erteilen. Der Vorstand der KV Nordrhein hat aus Bestandsschutzgründen beschlossen, die derzeit für hausärztlich tätige Vertragsärzte bestehenden Ausnahmeregelungen nicht zu widerrufen. Aufgrund der vorliegenden Rechtsprechung können diese allerdings auch nicht erneuert werden.

Aktuelle Beschlüsse der Vertreterversammlung

Auf ihrer Sitzung am 8. September 2010 beschlossen die Vertreter die Laufzeit des Ärztlichen Hilfswerks zunächst bis Ende 2016 zu verlängern. Zudem wurden kleinere Änderungen in der Geschäftsordnung der Vertreterversammlung beschlossen, die das Rheinische Ärzteblatt amtlich bekannt gibt. Angenommen wurde außerdem folgender Antrag von Dr. Ludger Wollring: „Der Vorstand wird gebe-

ten (gemeinsam mit der Ärztekammer Nordrhein) zu prüfen, ob die Notdienstbezirke in ihrer derzeitigen Größe noch den aktuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie den Möglichkeiten einer wirtschaftlichen, vertragsärztlichen Versorgung entsprechen.“

*Die Beschlüsse der Vertreterversammlung finden Sie im Internet unter www.kvno.de **KV101004***

„Wer nicht kodiert, verliert“

Ab Januar 2011 sollen neue Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich gelten. Mit ihnen hat sich Dr. Hans-Reinhard Pies, Hausarzt-Internist aus Nettetal, intensiv beschäftigt. Er ist Sprecher des Vorstandsausschusses „Kodieren“ der KV Nordrhein.

Warum gibt es ab Januar die neuen Kodierrichtlinien?

Pies: Der entscheidende Grund ist: Mit den neuen Richtlinien will die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Grundlage dafür schaffen, dass das Honorar nicht mehr an der Grundlohnsumme, sondern an der Morbidität orientiert ist. Denn der geringe Honorarzuwachs in den Jahren 2011 und 2012 in Höhe von nur 0,75 Prozent liegt auch an der mangelnden Kodierqualität. Wenn wir die Morbidität besser messen, lassen sich Honorarforderungen besser durchsetzen. Genau das ist das Ziel der Kodierrichtlinien.

Kommt jetzt ein ganz neues System?

Pies: Nein, Praxen kodieren schon seit Jahren. Der ICD bleibt auch im kommenden Jahr die Basis, sodass niemand ein neues System lernen muss.

Wo liegen die wesentlichen Unterschiede zum bisherigen System?

Pies: Vor allem in der expliziten Unterscheidung von anamnestischen, aktuell nicht behandlungsrelevanten Dauerdiagnosen und regelhaft behandlungsrelevanten Dauerdiagnosen. Nur letztere stellen in der Regel Behandlungs- und damit Abrechnungsdiagnosen dar.

Was heißt das konkret?

Ein Beispiel: Eine Cholecystolithiasis stellt zwar eine Dauerdiagnose dar, wenn sie asymptomatisch bleibt, löst sie aber in der Regel keinen Behandlungs- oder Beratungsbedarf aus. Sie ist dann eine anamnestische Dauerdiagnose, keine behandlungsrelevante Dauerdiagnose – und damit keine Abrechnungsdiagnose.

Was passiert mit den Verdachts- und Anschlussdiagnosen?

Bei den Akutdiagnosen ändert sich gar nichts, die Kennzeichnungen können weiter wie bisher genutzt werden. Bei den Dauerdiagnosen können wir künftig nur die Diagnosesicherheiten G (gesichert) und Z (Zustand nach) übermitteln. Die Diagnosesicherheiten V (Verdacht auf) und A (Ausschluss von) würden vom Prüflauf beanstandet. Sie können unter den anamnestischen Dauerdiagnosen dokumentiert werden, sehr häufig wird das so nicht vorkommen.

Ein wichtiger Punkt ist, überall da eine G-Diagnose zu kodieren, wo ein Behandlungsbedarf fortbesteht. Nur dann fließt Geld über den Risikostrukturausgleich an die Krankenkasse des Patienten. Die Kodierung Zustand nach Myokardinfarkt (I21.0Z) beispielsweise löst keinen Zuschlag aus. Bei Kodierung der Diagnose Koronare Herzerkrankung (I25.11G ff) fließen aus dem Gesundheitsfonds immerhin 52 Euro, bei Kodierung Alter Myokardinfarkt (I25.21.G) schon 63 Euro pro Monat an die Kassen der Region. Oder noch extremer: Zustand nach Schlaganfall (I64Z) löst keinen Zuschlag aus, Folgen eines Schlaganfalls (I69.4G) 82 Euro, Hemiplegie/Hemiparese (G81.9G) 190 Euro.

Müssen die Praxen die Änderungen in Handarbeit bewerkstelligen?

Pies: Ja und Nein. Die Praxis-EDV wird zunächst ab Januar alle bisherigen Dauerdiagnosen in eine Rubrik anamnestische, nicht behandlungsrelevante Dauerdiagnosen überführen.



Dr. Hans-Reinhard Pies: Regionen, die mehr Morbidität nachweisen, sollen künftig auch mehr Honorar erhalten

Und dann?

Pies: Dann sind der Arzt und sein Team am Zug. Sie müssen ab 1. Januar 2011 am besten gleich beim ersten Kontakt bei jedem Patienten die Dauerdiagnosen auswählen, die regelhaft behandlungsrelevant sind und sie in der EDV kennzeichnen. So lassen sie sich zu Quartalsbeginn en bloc mit einem Mausklick in die jeweils aktuellen Behandlungsdiagnosen importieren. Das Verfahren ähnelt also nach der einmaligen Kennzeichnung unserem heutigen Vorgehen.

Viele Praxen arbeiten am bürokratischen Limit. Droht 2011 wegen der Richtlinien mehr Arbeit für das Team?

Pies: Leider ja, zumindest in den ersten Monaten. Der zusätzliche Aufwand wird von der Qualität abhängen, mit der die Kodierrichtlinien in der Praxis-EDV umgesetzt sind. Er kann gering ausfallen, er kann aber auch den Praxisablauf erheblich stören, wenn Softwarehäuser keine anwenderfreundlichen Lösungen anbieten. Es gibt aber eine Übergangsfrist von drei Quartalen.

Wie sieht denn die Softwareunterstützung aus?

Pies: Alle Programme mussten sich bis Ende Juni neu

zertifizieren lassen. Es war nachzuweisen, dass die Kodierregeln in das Programm integriert sind. Das haben fast alle Softwarehäuser, auf jeden Fall alle großen, geschafft. Die Software verhindert im übrigen auch, dass Sie Abrechnungen mit fehlerhaften Kodierungen erstellen. Denn die Kodierrichtlinien sind Bestandteil des Prüflaufs.

Sie sind also zufrieden mit den EDV-Angeboten?

Pies: Nur zum Teil. Wir haben uns mehrere Programme angeschaut. Alle ha-

ben die Kennzeichnung der Dauerdiagnosen gut gelöst. Aber keines hat eine durchgängige Lösung für die intuitive Umsetzung von Meldetexten präsentiert. Wenn ein Fehler vom System gemeldet wird, dann müssen wir erwarten können, dass das Programm unmittelbar die Lösung oder eine Liste möglicher Lösungen anbietet. Und zwar so, dass der Fehler mit einem Mausklick behoben werden kann.

Ein Beispiel: Kreuz-Stern-Diagnosen. Bei der alleinigen Eingabe des Sekundär- oder Sterncodes Demenz bei Alzheimer-Erkrankung (F00.1*) wird das Programm anzeigen, dass der Primär- oder Kreuzcode für die Alzheimer-Krankheit (G30.1+) fehlt. Wenn da nur der Fehler gemeldet wird, reicht das nicht, wir brauchen die notwendige Ergänzung zur direkten Übernahme per Mausklick.

Haben Sie weitere Wünsche an die Software-Hersteller?

Pies: Wichtig wäre auch, wenn diejenigen ICD-Schlüssel farblich hervorgehoben würden, für die Geld aus dem Gesundheitsfonds fließt. Das sind 80 Erkrankungen mit etwa 4000 Diagnosen.

Bekommen die Praxen dann Geld aus dem Gesundheitsfonds?

Pies: Nein. Aber die Kodierqualität einer Region entscheidet schon jetzt darüber, wie viel Geld über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich an die dortigen Krankenkassen fließt. Künftig sollen die Honorarflüsse an die KVen sich neben der Demographie an der regionalen Morbidität orientieren.

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) aufgefordert, die Kodierrichtlinien auszusetzen. Wackelt die Einführung?

Pies: Muss man abwarten. Eigentlich glaube ich das nicht, dafür hängt für die KBV zu viel an der baldigen Einführung. Aber die Bedenken der Bayern, die nach der Testphase von gravierenden Mängeln und Kinderkrankheiten gesprochen haben, muss man ernst nehmen. Fatal wäre es, wenn mangelnde Handhabbarkeit der Regeln zu Falschkodierungen führen würde. Aus meiner Sicht sind die Softwarehäuser in der Pflicht, die Abläufe in den Praxis-EDVen zu optimieren, nur dann wird man eine wirklich hohe Kodierqualität erreichen.

Grundsätzlich bleibe ich dabei: Die Morbidität wird immer wichtiger. Von ihrer Entwicklung hängt nach dem Willen des Gesetzgebers entscheidend ab, wie sich die ärztliche Vergütung entwickelt. Und dabei geht es immer um die kodierte Morbidität. Regional gesehen gilt: Wer schlecht kodiert, der verzichtet auf Honorar. In Nordrhein können wir uns das nicht erlauben. Die Honorarreform hat uns schon weit genug von anderen Regionen abgehängt.

Die Ärzte in Hessen wollen beim Kodieren trotzdem nicht mitmachen. Wie bewerten Sie den Beschluss der dortigen Vertreterversammlung?

Pies: Ich kann den Unmut der Kollegen verstehen. Aber ich bezweifle, dass die hessischen Kollegen den Beschluss umsetzen, wenn die Kodierrichtlinien kommen. Wir Ärzte brauchen doch eine hohe Kodierqualität, wenn wir eine Vergütung durchsetzen wollen, die an der Morbidität

orientiert ist – und nicht an den Kasseneinnahmen, also der sogenannten Grundlohnsumme.

Ein Blick in die Zukunft? Bekommen wir irgendwann individuelle Arzthonorare je nach Morbidität der versorgten Patienten?

Pies: Das halte ich für unmöglich. Wenn Sie einen ICD für die Koronare Herzerkrankung eingeben, dann sagt das nichts aus über den tatsächlichen Betreuungsaufwand in der Praxis. Es kann lediglich ein Gespräch und eine Verordnung erfolgt sein, aber auch eine aufwendige Diagnostik. Den ICDs sind eben im Gegensatz zu den DRGs im Krankenhaus ganz überwiegend keine Prozeduren unterlegt. Pay for Performance oder auch die Verteilung der Gelder zwischen Haus- und Fachärzten entlang der ICD-Kodierung, das geht nicht.

Stichwort: Kodierrichtlinie

Das Messen der Morbidität steht und fällt mit der Diagnose-Verschlüsselung. Die ist nach Ansicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) derzeit zu allgemein. So lasse sich der Schweregrad einer Erkrankung und der eventuell höhere Behandlungsbedarf nicht nachvollziehen.

„Wir wollen mit der Richtlinie wirklich transparente Regeln in der Praxis umsetzen, damit die Kassen in die Pflicht kommen, nach Morbidität zu vergüten“, sagt Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der KBV. Seit Juli testeten 100 Praxen in Bayern die Kodierrichtlinien. Ab 1. Januar 2011 gelten sie bundesweit.

Für November plant die KBV eine Beilage zu den Richtlinien im Deutschen Ärzteblatt. Auch die KV Nordrhein informiert über die Richtlinien. Im November erscheint ein KVNO extra zu diesem Thema. Zudem sind Dezember und für das erste Quartal 2011 Info-Veranstaltungen in Vorbereitung.

Mehr Infos zu den Kodierrichtlinien finden Sie unter www.kbv.de [KW101007](#)

ADHS: Vertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg geschlossen

Der Vertrag über die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) mit der AOK Rheinland/Hamburg, der KV Nordrhein und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte stand bei Redaktionsschluss kurz vor der Unterzeichnung. Er soll am 1. Oktober 2010 starten. Der Vertrag sieht vor, dass Kinder im Alter von sechs bis 17 Jahren, die unter ADHS leiden, interdisziplinär therapiert werden. Die Pädiater werden dabei von Psychotherapeuten unterstützt.

Das Kind wird in der Regel beim Pädiater in den Vertrag eingeschrieben und von diesem koordiniert. Am Anfang der Behandlung steht ein spezifisches Diagnostik- und Explorationsmodul. Außerdem sieht der Vertrag Schulungen auf der Grundlage von etablierten Programmen vor; bei diesen Schulungen sind auch die Eltern einzubeziehen.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Psychologische Psychotherapeuten mit einer entsprechenden Ausbildung sollen in die Versorgung einbezogen werden. Sie können die Behandlung auch koordinieren, falls das Kind nicht bei einem Pädiater eingeschrieben sein sollte. Die teilnehmenden Psychotherapeuten müssen zudem noch eine Samstagssprechstunde für eingeschriebene Kinder und Jugendliche anbieten. Die Vereinbarung mit den Psychotherapeuten soll im Laufe des vierten Quartals 2010 starten.

Die mit den Berufsverbänden der Kinder- und Jugendärzte sowie der Psychotherapeuten abgestimmten Verträge sehen eine zusätzliche Vergütung zum Regelleistungsvolumen vor: für das Diagnostik- und Explorationsmodul der Kinderärzte 100 Euro und für die Samstagssprechstunde der Psychotherapeuten 200 Euro. Für die Schulungen werden bis zu 105 Euro je Patient und Modul, für das Steuerungs- und Koordinierungsmodul bis zu 50 Euro vergütet.

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung ist eine der häufigsten psychischen Erkrankungen im Kin-

desalter und mit hohen Behandlungskosten verbunden. Patienten und ihre Familien stehen meist unter erheblichem Druck, es drohen Schulversagen und die Entwicklung weiterer, psychischer Störungen. Die Komplexität der Störung bedarf der fundierten Diagnostik und individuell zugeschnittener Kombinationen unterschiedlicher Behandlungsansätze.

Mehr Infos zum ADHS-Vertrag finden Sie im Internet unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de/KV101008)
KV101008

EBM-Nummer 19315 für histopathologische Untersuchung

Für die histopathologische Untersuchung im Rahmen des Hautkrebscreenings wurde zum 1. April 2010 die Nummer 19315 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Histopathologische Untersuchungen von Präparaten im Rahmen des Hautkrebscreenings nach den Früherkennungsrichtlinien können Sie ausschließlich nach dieser Nummer abrechnen.

Die bisher hierfür vorgesehene Abrechnungsposition 19310S ist für die histopathologische Untersuchung nicht mehr abrechnungsfähig. Diese Nummer können nur Dermatologen und Pathologen abrechnen, die eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung erhalten haben.

Eintragung in Bonushefte mit der Nummer 70 GOÄ abrechnen

Gesetzliche Krankenkassen können ihren Versicherten einen Bonus gewähren, wenn diese regelmäßig gesetzliche Früherkennungsuntersuchungen oder qualitätsgesicherte Leistungen der Krankenkassen zur Primärprävention in Anspruch nehmen. Dazu händigen die Kassen ihren Versicherten Bonushefte aus, in denen der Arzt zum Beispiel die Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung mit Stempel und Unterschrift bestätigen soll.

Nach Auffassung der KV Nordrhein sind diese ärztlichen Eintragungen in Bonushefte nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Die Ärztekammer Nordrhein

teilt diese Auffassung. Ärzte können das Abstempeln und Unterschreiben des Bonusheftes mit der Nummer 70 GOÄ (Leistungslegende: „Kurze Bescheinigung, kurzes Zeugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung“) berechnen.

Da es sich nicht um eine vertragsärztliche Leistung handelt, ist vorab das Einvernehmen mit dem Patienten herzustellen (formalrechtlich ist die Schriftform erforderlich). Alternativ hat der Patient nach der Rechtsprechung und der Berufsordnung die Möglichkeit, sich vom Arzt eine Kopie der betreffenden Behandlungsunterlagen gegen Kostenerstattung (bis zu 50 Cent pro DIN A4-Seite) aushändigen zu lassen und damit den Eintrag ins Bonusheft bei der Krankenkasse selbst zu erwirken.

Aktuelle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomievertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen. Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KV101009](#)

Korrektur: Balneophototherapie ein Mal pro Behandlungstag abrechenbar

Die Balneophototherapie (EBM-Nummer 10350) ist ein Mal am Behandlungstag abrechnungsfähig – nicht ein Mal im Quartal wie irrtümlich in der September-Ausgabe von KVNO aktuell berichtet.

Homöopathie-Vertrag mit der Securvita BKK: Fortbildung nachweisen

Wer weiter an dem Vertrag zwischen der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Securvita BKK teilnehmen will, muss sich fortbilden. Mindestens 100 CME-Punkte in fünf Jahren müssen die teilnehmenden Ärzte sammeln – davon höchstens 75 Punkte im Rahmen von Qualitätszirkeln.

Die Fortbildungen/Qualitätszirkel müssen sich inhaltlich überwiegend auf Einzelmittel der Homöopathie beziehen. Die Teilnahme an Fortbildungen und Qualitätszirkel ist alle fünf Jahre gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen, beginnend mit dem Jahr der Teilnahme am Vertrag. Für Ärzte, die seit 2009 mit Start des Vertrages teilnehmen, ist der Nachweis also bis zum 15. Februar 2014 einzureichen. Liegt ein gültiges Diplom des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte (DZVhÄ) vor, dann legen Sie dieses bitte vor. Damit haben Sie den Nachweis bis zum Ablaufdatum des Diploms erbracht.

Mehr Infos zum Homöopathie-Vertrag mit der Securvita BKK finden Sie unter www.kvno.de [KV101009](#)

AOP-Vertrag: Kliniken müssen für Medikamente sorgen

Viele Krankenhäuser, die ambulant operieren, verlangen von den überweisenden Ärzten, dass diese die im Zusammenhang mit der Operation benötigten Arznei- und Hilfsmittel dem Patienten vorab zu verordnen hätten. Diese Aussage ist falsch. Der Vertrag zum ambulanten Operieren und stationärsersetzenden Eingriffen im Krankenhaus (AOP-Vertrag) sieht vor, dass die Versorgung des Patienten in der Regel für den Zeitraum von bis zu drei Tagen nach Durchführung des Eingriffs durch den Krankenhausträger zu sichern ist. Treten Sie entsprechenden Wünschen von Krankenhausträgern bitte entgegen. Die Verordnungen belasten schließlich Ihr Arzneimittelbudget.

27 Frühförderstellen in Nordrhein

Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) betreuen Kinder mit Behinderungen oder Entwicklungsproblemen im Vorschulalter. Im Rheinland gibt es inzwischen 27 IFF. Die Heilmittelkosten für IFF-Verordnungen fallen weder ins Heilmittelbudget, noch belasten sie die Heilmittelrichtgröße der Praxis.

Eine Frühförderung können niedergelassene Ärzte verordnen, wenn ein noch nicht eingeschultes Kind neben Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie noch

heilpädagogische Maßnahmen benötigt. Als Verordnungsmuster verwenden Sie bitte das normale Rezept (Muster 16) und tragen „Frühförderung“ auf dem Vordruck ein. Zwei weitere Angaben sind wichtig: zum einen, wegen welcher Diagnose welches Heilmittel eingesetzt werden soll und aus welchen Gründen die heilpädagogische Behandlung nötig ist.

Frühförderstellen in Nordrhein finden Sie unter www.kvno.de [KV101010](#)

Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur Balneophototherapie

Seit 1. Oktober 2010 ist die Balneophototherapie zur Behandlung der Psoriasis (Schuppenflechte) in den Katalog der EBM-Leistungen aufgenommen. Das Verfahren wurde 2008 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für die Psoriasis zugelassen. Die Balneophototherapie kombiniert Wannenbäder in einer speziellen (Salz-)Lösung mit UV-Lichttherapie, die entweder während oder nach dem Bad angewendet wird. Die Behandlung kann als synchrone oder asynchrone Photosoletherapie oder als Bade-PUVA-Therapie erfolgen.

Die Leistung, die ausschließlich Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten erbringen dürfen, ist an eine Qualitätssicherungsvereinbarung gekoppelt. Um sie abrechnen zu dürfen, ist eine Genehmigung der KV Nordrhein nötig.

Außerdem müssen die Dermatologen, die diese Leistung erbringen möchten, Erfahrungen in der Durchführung der Balneophototherapie durch den Nachweis von mindestens 20 abgeschlossenen Behandlungszyklen belegen. Die Vereinbarung legt zudem Anforderungen an den technischen Zustand der Bestrahlungsgeräte fest, die regelmäßig gewartet werden müssen. Darüber hinaus definiert sie die Anforderungen an die ärztliche Dokumentation.

Hautärzte, die bereits vor dem 1. Oktober 2010 regelmäßig balneophototherapeutische Leistungen im Rahmen der Kostenerstattung erbracht haben, erhalten eine Ge-

nehmigung, wenn sie innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Vereinbarung einen Antrag stellen. Für die Erfüllung der apparativen und baulichen Voraussetzungen gelten gestaffelte Übergangsfristen.

Die Vereinbarung im Wortlaut finden Sie unter www.kvno.de [KV101010](#)

Ansprechpartner

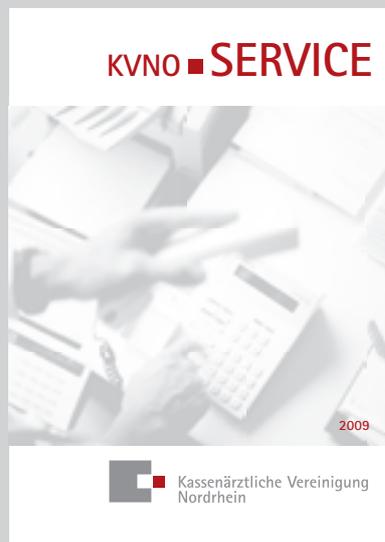
Montag bis Donnerstag von 8 bis 17 Uhr,
Freitag von 8 bis 13 Uhr.

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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



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

Die Servicebroschüre erhalten Sie:

Bezirksstelle Köln

Ralf Coutelle

Telefon 0221 7763 6270, Telefax 0211 7763 6266

E-Mail ralf.coutelle@kvno.de

Influenza-Impfaktion startet

In den Arztpraxen läuft seit September die Impfung von Risikopatienten gegen die saisonale Influenza. Mehrere gesetzliche Krankenkassen übernehmen ab Oktober die Impfkosten für all ihre Versicherten.

Influenza-Impfung für alle

Folgende Kassen übernehmen die Kosten der Influenza-Impfung für alle Versicherten:

BKK Dräger Hanse	BKK Dürkopp Adler AG
BKK Saint Gobain BKK	BKK für Heilberufe
Pronova BKK	BKK 24
BKK Demag Krauss-Maffei	BKK GBK Köln
Novitas BKK	KKH Allianz
AOK Rheinland/Hamburg*	Techniker Krankenkasse

**nur für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre*

Risikogruppen: Die Ständige Impfkommission des Robert Koch-Instituts (STIKO) empfiehlt die Impfung allen Personen ab 60 Jahren, chronisch Kranken, Medizinerpersonal, Personen, die Risikopatienten betreuen oder in Einrichtungen mit umfangreichem Publikumsverkehr arbeiten. Die neuen STIKO-Empfehlungen beziehen auch Schwangere (siehe unten) und Patienten mit neurologischen Erkrankungen mit ein, beispielsweise Multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben. Bei diesen Risikogruppen zahlen alle gesetzlichen Krankenkassen die Impfung.

Den Impfstoff können Ärzte wie üblich über den Sprechstundenbedarf beziehen. Die Abrechnung erfolgt

- für die Standardimpfung mit der Symbolnummer 89111
- für Risikogruppen mit der Symbolnummer 89112.

Impfaktion: Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein mit gut einem Dutzend Krankenkassen vereinbart, dass diese die Impfkosten für alle Versicherten übernehmen. Die Impfaktion beginnt am 1. Oktober 2010 und läuft bis 31. März 2011, findet also im vierten Quartal 2010 und im ersten Quartal 2011 statt.

Ärzte beziehen den Impfstoff auch bei der Impfaktion über den Sprechstundenbedarf. Die Abrechnung erfolgt im Rahmen der Impfaktion mit der Symbolnummer 89112T; das Honorar beträgt 5,80 Euro außerhalb des Regelleistungsvolumens.

Schwangere: Die gesetzlichen Krankenkassen tragen nun auch die Grippe-Impfung bei allen Schwangeren ab der 13. Schwangerschaftswoche; bei gesundheitlicher Gefährdung durch ein Grundleiden wie Diabetes mellitus sogar ab dem Beginn der Schwangerschaft. „Bei Schwangeren wurde ein deutlich erhöhtes Risiko für schwere Krankheitsverläufe beobachtet“, betont Dr. Peter Potthoff, Gynäkologe und Vorstand der KV Nordrhein.

Auch Neugeborene können von der Impfung ihrer Mütter profitieren, da die Antikörper von der Mutter an das Kind weitergegeben werden und damit einen gewissen Schutz in den ersten Monaten nach der Geburt bieten. Allerdings kann es noch bis Ende Oktober dauern, bis die Regelung gilt und die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für die Impfung von Schwangeren übernehmen. Den Impfstoff für die Schwangeren können Ärzte über den Sprechstundenbedarf beziehen. Die Abrechnung erfolgt mit der Symbolnummer 89112.

Stichwort: Influenza

Die normale Grippe wird unterschätzt. Eine Infektion mit den Influenzaviren bedeutet für Personen mit Grundleiden, zum Beispiel Herz-Kreislauf-Krankheiten oder chronischen Lungenerkrankungen eine erhöhte Gefährdung. So kann es zu größeren Komplikationen kommen, zum Beispiel zu bakteriellen Lungenentzündungen. Im Schnitt sterben knapp 8.000 Menschen in Deutschland jährlich an der Influenza – bei heftigen Grippewellen sind es deutlich mehr.

Die Impfung gegen die saisonale Grippe bietet in diesem Jahr auch Schutz gegen die sogenannte Schweinegrippe. Denn der Influenza-Impfstoff enthält auch eine Komponente gegen das Grippevirus A/H1N1.

Multimedikation: Weniger ist mehr

Die meisten von uns kennen das Problem: Aufgrund zahlreicher Erkrankungen oder Beschwerden stehen im Therapieplan eines Patienten viele verschiedene Arzneistoffe. Aber welche könnte man eigentlich weglassen?

Sie können diesen Entscheidungsprozess strukturieren und nachvollziehbar gestalten – unter ausdrücklicher Einbindung der Patientenpräferenzen und Wünsche. Zunächst sollten Sie die bestehende Medikation in eine Tabelle eintragen und den beiden Spalten „symptomatische Therapie“ und „prognosebessernde Therapie“ zuzuordnen.

Die wenigen Substanzen, die beiden Kriterien erfüllen (zum Beispiel Betablocker bei KHK), tragen sie in beide Spalten ein. Die wichtigste Substanz auf der ersten Position eintragen, die anderen Substanzen absteigend gemäß ihrer Wichtigkeit in der Behandlung. Dabei legen Arzt und Patient die Rangfolge der Arzneimittel im gemeinsamen Gespräch fest. Das ist Voraussetzung für die Entscheidung, ob und auf welche Arzneimittel verzichtet werden kann.

Subjektive Symptome

Die Symptome können nämlich in Ausprägung, Intensität und Wahrnehmung individuell unterschiedlich sein – und somit kann für ein und dieselbe Substanz die Rangfolge für Patienten mit gleicher Medikation durchaus verschieden sein. Beispiel: Schwindel oder Tinnitus ist für den einen Patienten vernachlässigbar, für den anderen stark belastend und einschränkend.

Unter symptomatischer Therapie sind auch Arzneistoffe einzuordnen, die eher einen Laborwert ohne nachgewiesenen Nutzen verbessern, etwa Allopurinol. Genauso gehen Sie bei den prognosebessernden Arzneistoffen vor. Auch hier kann abhängig von Alter, Begleiterkrankungen und Lebenssituation (zum Beispiel palliative Situation) die Bedeutung und somit auch die Rangfolge verschieden sein.

Liegt die patientenspezifische Gewichtung vor, können Arzt und Patient gemeinsam entscheiden, welcher und

wie viele Arzneistoffe verzichtbar sind, mit welchen Arzneistoffen man einen Auslassversuch durchführen will und welche Arzneistoffe unbedingt zum Therapieerfolg gehören.

Strukturierte Auswahl

Wenn Patienten viele Arzneimittel einnehmen, sollten Sie sich mithilfe einer Tabelle eine Übersicht über die Medikation verschaffen, indem Sie die Arzneien nach Mitteln in symptomatische und prognosebessernde aufteilen. Erst dann legen Sie mit dem Patienten eine Rangfolge fest.

Name:	geb.:
Symptombessernd	Prognosebessernd
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.

Die Tabelle sollten Sie der Patientendokumentation hinzuzufügen, um den Entscheidungsprozess zu dokumentieren.

Stück für Stück ausschleichen

Der Grundsatz „Weniger ist oft mehr“ gilt auch für die Arzneimittelauswahl bei Multimedikation. Es gibt gute pharmakologische Gründe für die Annahme, dass man über mögliche Interaktionen bei gleichzeitigem Einsatz von mehr als fünf Arzneistoffen keine Vorhersage treffen kann.



Arzt und Patient gewichten gemeinsam, auf welche Präparate die Therapie konzentriert werden soll

Gehen Sie schrittweise vor, wenn Sie sich zusammen mit dem Patienten entschieden haben, einzelne Arzneistoffe abzusetzen. Dabei sollten Sie immer nur einen Arzneistoff absetzen und, wenn nötig, ausschleichen. So führt

beispielsweise das plötzliche Absetzen von Betablockern zum reflektorischen Blutdruckanstieg. Auch bei Protonenpumpeninhibitoren wurden Rebound-Phänomene beschrieben. Nur beim schrittweisen Absetzen können Sie beurteilen, mit welchem Arzneistoff eine Änderung des Gesundheitszustandes verbunden ist.

Häufig sind Symptome des Patienten Folge einer nicht erkannten Nebenwirkung oder Interaktion. Darüber hinaus belasten die Arzneistoffe die Abbauewege zum Beispiel über Leber und Niere und schränken die biologische Leistungsfähigkeit ein. All dies sollte – neben dem Wunsch des Patienten, weniger Tabletten einzunehmen – Motivation genug sein, einen strukturierten Versuch zu unternehmen, die Anzahl an Arzneistoffen zu reduzieren.

Dr. Joachim Fessler

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung der KV Hessen

Leitlinien helfen einzuschätzen, ob eine Therapie symptomverbessernd oder prognoseverbessernd wirkt, zum Beispiel die der hausärztlichen Leitliniengruppe Hessen (www.pmvforschungsguppe.de), der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (www.degam.de) oder die Leitlinien unter www.leitlinien.de

Rezeptänderungen mit Unterschrift und Datum bestätigen

Handschriftliche Änderungen auf einem Kassenrezept müssen Ärzte mit Unterschrift und Datum bestätigen. Die Pflicht zur Autorisierung hat das Bundessozialgericht am 17. Dezember 2009 bestätigt (AZ: B 3 KR 13/08 R). Wenn Datum und Unterschrift des Arztes fehlen, wird laut Bundessozialgericht nicht nur die Ergänzung ungültig, sondern die gesamte Verordnung.

Beim Durchstreichen oder Überschreiben und bei Ergänzungen auf Rezepten müssen Ärzte diese also mit Datum und Arztunterschrift bestätigen. Dies gilt auch für handschriftlich ausgestellte Rezepte, wenn beispielsweise durch „gequetschte“ oder schräg geschriebene Mengenangaben eine nachträgliche Änderung zu erkennen ist.

Mit der Autorisierung soll die vertragsärztliche Verordnung vor jeglicher nachträglichen Veränderung geschützt

werden. Bei fehlender Bestätigung kann der Apotheker das Rezept nicht beliefern; eine telefonische Rücksprache zwischen Apotheker und Arzt reicht nach Ansicht des Bundessozialgericht nicht aus.

Pharmakotherapie- und Heilmittelberatung

Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail pharma@kvno.de

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396

Telefax 0211 5970 9396

E-Mail margit.karls@kvno.de

Rheinländer fühlen sich gut versorgt

Wie beurteilen die Versicherten die ambulante Versorgung in Nordrhein? Sehr gut. Das ist das Fazit einer Befragung, die die Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durchgeführt hat.

Die Mannheimer Demoskopien befragten dazu bundesweit gut 6.000 zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger. Die Ergebnisse der Untersuchung sind repräsentativ für die deutsche Wohnbevölkerung im Alter zwischen 18 und 79 Jahren. Die Zufriedenheit mit der ambulanten Versorgung ist groß: 92 Prozent der Befragten geben an, dass sie ein gutes bis sehr gutes Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt haben, dessen Fachkompetenz sie hoch bis sehr hoch schätzen.

Frequenz allerdings im Verhältnis recht gering: gut die Hälfte gab an, beim letzten Praxisbesuch gar nicht gewartet zu haben, jeder Fünfte hatte innerhalb von drei Tagen einen Termin und gut ein Drittel musste mehr als drei Tage auf einen Termin warten.

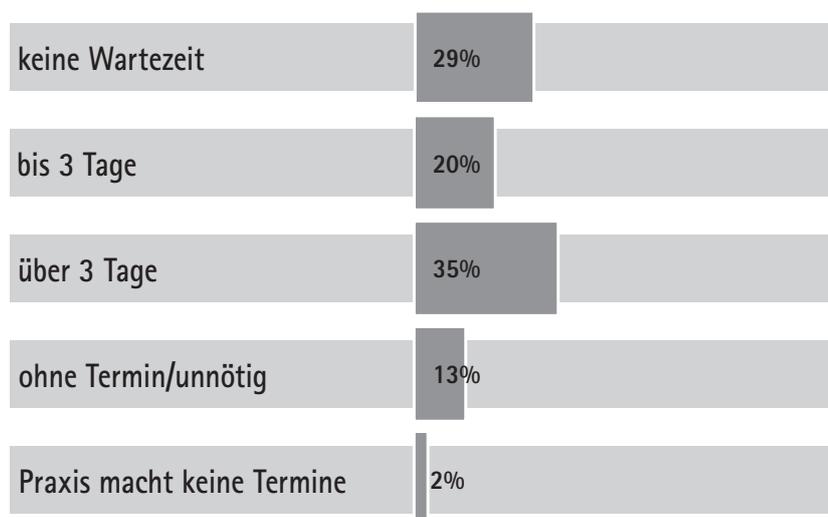
Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sind auch die Wartezeiten in der Praxis in Nordrhein gering: 14 Prozent konnten sofort in den Behandlungsraum, 31 Prozent kamen innerhalb von 15 Minuten an die Reihe und 29 Prozent wendete sich der Arzt innerhalb von einer halben Stunde zu. Mit anderen Worten: Bei gut drei Viertel aller Praxiskontakte lag die Wartezeit unter 30 Minuten. Lediglich ein knappes Viertel der Befragten musste länger als eine halbe Stunde im Wartezimmer verweilen.

Im Notdienst vorne Ganz vorne lagen die nordrheinischen Versicherten bei der Inanspruchnahme der ärztlichen Bereitschafts- oder Notdienstpraxen. Dies waren nach eigenen Angaben rund 33 Prozent der nordrheinischen 18- bis 79-Jährigen Bürgerinnen und Bürger – im Bundesdurchschnitt waren es 7 Prozentpunkte weniger. Hier spiegelt sich die gute Organisation der Dienste im Rheinland außerhalb der regulären Sprechzeiten wider.

Im Notdienst vorne

Die hausarztzentrierte Versorgung spielte für die Interviewten keine große Rolle. Bundesweit war diese Form der

Wartezeiten für einen Termin beim letzten Praxisbesuch



Quelle: FGW KBV

Frühe Termine, wenig Wartezeit

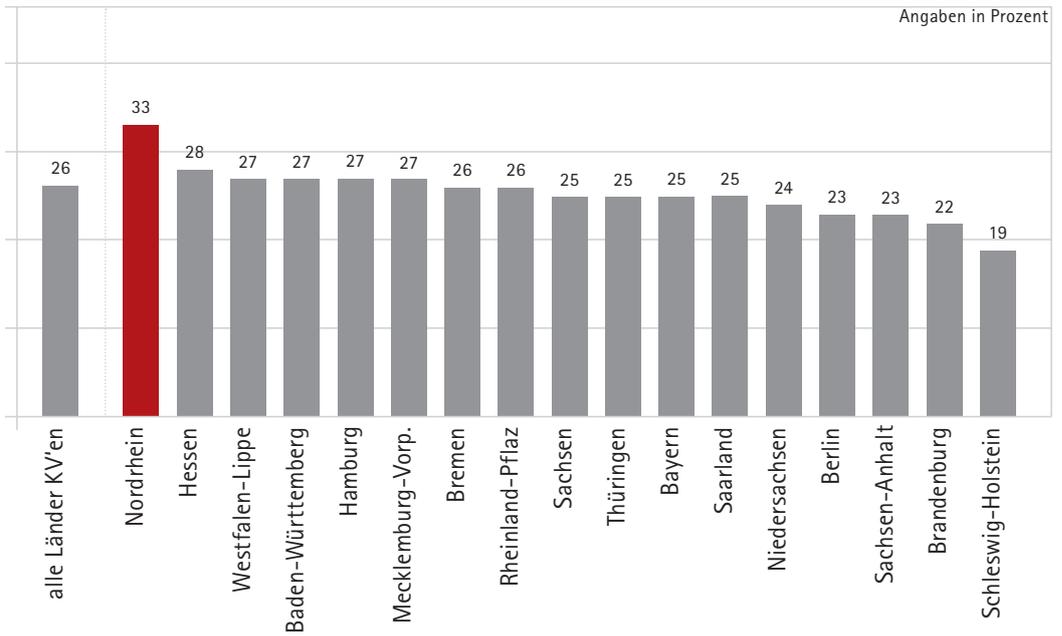
Nordrheiner kontaktierten im vergangenen Jahr im Vergleich zu den anderen Bundesländern häufig einen niedergelassenen Arzt. Insgesamt waren dies 84 Prozent der Befragten – Platz drei aller Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Wartezeiten in der Praxis waren bei der

Die hausarztzentrierte Versorgung spielte für die Interviewten keine große Rolle. Bundesweit war diese Form der

Die hausarztzentrierte Versorgung spielte für die Interviewten keine große Rolle. Bundesweit war diese Form der

Versorgung 59 Prozent der Befragten ein Begriff. 19 Prozent haben sich selbst in einen entsprechenden Vertrag einschreiben lassen. Die meisten Teilnehmer gab es bei den Ab-60-Jährigen. Nordrhein lag bei diesen Werten im Mittelfeld. Die Treue zu ihrem Hausarzt ist 84 Prozent (bundesweit und auch in Nordrhein) wichtig. Sie würden für ein Hausarztmodell nicht den Arzt wechseln.

Patienten, die im letzten Jahr den Notfalldienst in Anspruch genommen haben



Quelle: FGW KBV

Kaum bekannt waren außerdem Patientenquittungen und die Möglichkeit von Kostenerstattungstarifen der Krankenkassen. Nur 19 Prozent der gesetzlich Versicherten in Nordrhein wissen, dass sie sich in der Arztpraxis eine Patientenquittung ausstellen lassen können. Von diesen haben nur zwei Prozent auch von der Möglichkeit Gebrauch gemacht. Kostenerstattungstarife waren ebenfalls 26 Prozent der Befragten bekannt, und 15 Prozent der Rheinländer hatten überlegt, in einen solchen Tarif zu wechseln.

Die KBV-Versichertenbefragung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) lässt seit 2006 regelmäßig die Meinung der Versicherten erheben. Zwischen dem 31. Mai und 18. Juni 2010 befragte die Forschungsgruppe Wahlen insgesamt 6.065 zufällig ausgewählte Bürger. Die Ergebnisse der Untersuchung sind repräsentativ für die deutsche Bevölkerung.

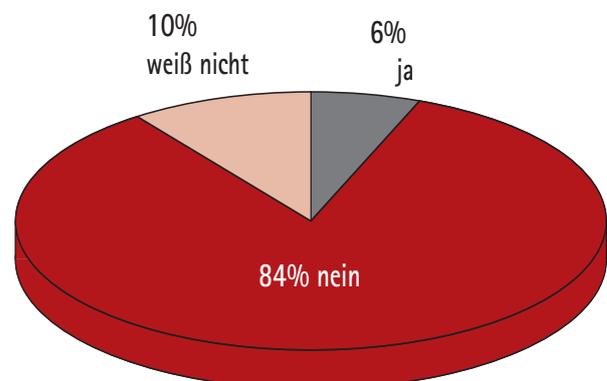
Im Rahmen der Befragung wurden Daten zu Hausarztmodellen, der elektronischen Gesundheitskarte, dem Be-

kanntheitsgrad von Patientenquittungen, Arztbewertungsportalen, Warte- und Wegezeiten, Qualitätsmanagement in der Praxis und zur Akzeptanz von Kostenerstattungstarifen erhoben.

Einen detaillierten Ergebnis- und Grafikerbericht können Sie im Internet herunterladen unter www.kbv.de [KV101015](#)

Treue zum Hausarzt

Würden Sie Ihren Hausarzt wechseln, um am Hausarztmodell teilzunehmen?



Quelle: FGW KBV

Neue Regelungen fördern engere Einbindung der Haus- und Frauenärzte

Im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms wird die Vernetzung zwischen Screening-Einheiten und behandelnden Frauen- und Hausärzten erleichtert. So soll künftig den behandelnden Ärzten ermöglicht werden, via Audio-Konferenz an den multidisziplinären Fallkonferenzen teilzunehmen.

Auch beim Arztbrief zur Abklärungsdiagnostik gibt es eine Neuerung: War der Arztbrief bislang nur an den Hausarzt obligatorisch, so erhält jetzt der behandelnde Frauen- oder Hausarzt eine Mitteilung einschließlich der Diagnose vom Programmverantwortlichen Arzt, wenn die Frau den behandelnden Arzt auf dem Anamnesebogen angegeben hat. Dies sehen Änderungen und Ergänzungen in den Bundesmantelverträgen vor, die zum 1. September in Kraft getreten sind (Änderungen der Anlage 9.2).

Fallkonferenzen auch per Telefon

Derzeit wird bei unter zwei Prozent der Teilnehmerinnen am Mammographie-Screening eine Biopsie zur Abklärung eines auffälligen Befundes durchgeführt. Dieser Fall wird dann in einer multidisziplinären Fallkonferenz gemeinsam mit dem Pathologen diskutiert. Bereits seit dem Start des Früherkennungs-Programms sehen die Vorgaben zum Mammographie-Screening vor, behandelnden Haus- oder Frauenärzte in die Fallkonferenz einzubeziehen, sofern die Frau auf dem Anamnesebogen eine entsprechende Angabe gemacht hat. Der von ihr benannte Arzt wird vom Programmverantwortlichen Arzt zu dieser Fallkonferenz eingeladen.

Neu ist, dass es dem Haus- oder Frauenarzt ermöglicht werden soll, durch telefonische Zuschaltung an der Konferenz teilzunehmen. Die technischen Voraussetzungen (entsprechende Telefonanlage) für die telefonische Zuschaltung des behandelnden Arztes sind über die jeweilige Screening-Einheit als Veranstalter der Konferenz

vorzuhalten. Ziel ist, den behandelnden Ärzten durch das Einsparen von Wegzeiten etc. die Teilnahme an der Fallkonferenz zu erleichtern und eine enge Einbindung in Befundbesprechung und Therapie zu fördern.

Brief an den Frauen- oder Hausarzt

Erfolgt bei Frauen nach der Mammographie eine Abklärung des Befundes (bei rund fünf Prozent der Teilnehmerinnen), erhält zukünftig der behandelnde Haus- oder Frauenarzt einen Arztbrief mit den relevanten medizinischen Informationen einschließlich der Diagnose vom Programmverantwortlichen Arzt. Voraussetzung ist auch hier wieder, dass die Frau den behandelnden Arzt auf dem Anamnesebogen angegeben hat.



Vor fünf Jahren startete das Mammographie-Screening in Nordrhein. Mehr als 1,2 Millionen Frauen sind anspruchsberechtigt.

Betriebswirtschaftliche Beratung für die Praxis

Die Niederlassungsberater der KV Nordrhein übernehmen nun auch die betriebswirtschaftliche Beratung der Praxen. Ärzte und Psychotherapeuten können aus drei Modulen wählen.

Bis dato wurde diese Leistung in Nordrhein von einem externen Partner erbracht. Mitte 2010 ist dieser Vertrag ausgelaufen. Von nun an übernehmen die Niederlassungsberater in Köln und Düsseldorf diese Aufgabe.

Standardpaket weiter kostenfrei

Durch ihre Tätigkeit als Niederlassungsberater und ihr Studium der Gesundheitsökonomie sind sie für diese Aufgaben besonders qualifiziert. Das bisherige Beratungsangebot für Niederlassungswillige und Praxisabgeber bleibt unverändert als kostenfreies „Standardpaket“ erhalten, beispielsweise zum Ablauf einer Praxisübernahme oder zum Kaufpreis.

Darüber hinaus bieten die Berater der KV Nordrhein Ihnen nun ein so genanntes Basispaket an, das aus den Modulen Effizienz- und Honoraranalyse, Finanz- und Liquiditätsanalyse und Spezialfragestellungen besteht.

Effizienz- und Honoraranalyse: Im Rahmen dieser Analyse werden Leistungsdaten aus der KV-Abrechnung mit Kostendaten aus den betriebswirtschaftlichen Unterlagen kombiniert – diese vergleichen die Berater auch mit den Werten aus der Fachgruppe. Hierüber lassen sich mitunter Effizienzpotenziale oder Schwachstellen der Praxis erkennen. Dieses Modul kostet 100 Euro.

Finanz- und Liquiditätsanalyse: Dieses Angebot bezieht sich auf alle Einnahmen und Ausgaben der Praxis. Voraussetzung für dieses Modul ist die Benutzung des DATEV-Buchhaltungsprogramms und die elektronische Bereitstellung der Daten durch den Steuerberater der Praxis. Anhand der Daten können dann Liquiditätsbetrachtungen ange stellt, Umsatz-, Kosten- und Gewinnentwicklungen un-

tersucht sowie ein detaillierter Überblick über die finanzielle Situation der Praxis gewonnen werden. Hierdurch lassen sich Auffälligkeiten zum Beispiel bei einzelnen Kostenarten identifizieren und problematische Entwicklungen frühzeitig erkennen. Das Modul kostet 150 Euro.

Spezialfragestellungen: Das Modul ermöglicht unter anderem, die Rentabilität eines zusätzlichen Sitzkaufes zu berechnen oder Vergleiche zwischen Sitzhalberung oder einer Jobsharing-Variante anzustellen. Außerdem werden im Rahmen dieses Moduls Amortisationsrechnungen oder Simulationsrechnungen angeboten, zum Beispiel im Hinblick auf geplante Kooperationen. Für dieses Modul sind 100 Euro zu entrichten.

Ansprechpartner

Sollten Sie Interesse an einem oder mehreren der Module haben, wenden Sie sich bitte an unsere Berater. Diese besprechen mit Ihnen dann das weitere Vorgehen.



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

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

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

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

Alle zufrieden mit der ambulanten Leistungsschau

Zur „Samstagsprechstunde“ ins Leverkusener Forum hatten rund 50 Ärzte und Psychotherapeuten geladen. Und die Patienten kamen: Vorträge, Untersuchungen und begehbare Organe lockten mehr als 2000 Besucher.

Bereits zum dritten Mal führten Ärzte und Psychotherapeuten den Tag der ambulanten Medizin durch – und jedes Jahr wurde es besser. „Wir bieten diesmal ein Riesenprogramm mit vielen Attraktionen“, freute sich Dr. Thomas Eusterholz, Vorsitzender der Kreisstelle Leverkusen der KV Nordrhein.

Eine dieser Attraktionen: Der mit 20 Metern längste begehbare Darm Europas. Für Erläuterungen stand Dr. Karl-Georg Simon zur Verfügung. Hauptfragen an den Gastroenterologen: Wann ist eine Darmspiegelung nötig, und wie abläuft sie ab? „Wichtig ist, den Patienten die Angst zu nehmen“, sagt Simon. Und das sei gelungen. Auch das Gebärmutter- und das Lungenmodell zogen die Besucher an.

Und natürlich die Untersuchungen: von A wie Apfel-Allergietest bis Z wie Zuckermessung. Für Letztere operierte Helmut Keil ein Tröpfchen Blut: „Wir gehen hier

immer hin.“ Auch seine Nierenfunktion ließ der Rentner testen – außerdem stand der Vortrag zur Schlaganfall-Vorbeugung auf seinem Programm.

Altern mit dem „Age Explorer“

Von 13 auf 80 Jahre in ein paar Sekunden – Luisa Perez wollte wissen, wie mühsam Treppen steigen im Alter ist, wie schwer Messer und Gabel in der Hand liegen und wie schwer Kleingeld aus der Geldbörse zu fischen ist. Diese Erfahrung konnte sie mit dem „Age Explorer“ sammeln. Was besonders schwer war: „Farben zu unterscheiden und Hemd zuknöpfen“, sagt die Schülerin, nachdem sie Helm und Anzug wieder abgelegt hat.

Zum ersten Mal waren auch die Selbsthilfegruppen dabei. Darunter auch die Gruppe Atmen Leverkusen, in der sich vornehmlich COPD-Patienten zusammengeschlossen haben. „Wir freuen uns, dass die Ärzte uns hier einbeziehen“, sagt Monika Bednarz-Rauschenbach. Mit ih-



Sechs Kilo wiegt der „Age Explorer“, die Plastikscheibe des Helmes lässt die Umwelt verschwimmen



Dermatologin Dr. Maram Onsa: Bei Pilzkrankungen spielt die Diagnostik eine große Rolle

ren Tipps, zum Beispiel Sport zu treiben, sehen sie sich „als verlängerter Arm des Arztes“.

Gemeinsame Beratung boten die Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten aus Leverkusen. „Fragen zu Ängsten, Essstörungen und Depressionen stehen im Vordergrund“, berichtet Diplom-Psychologin Andrea Heyder. Auf großes Interesse stieß die Präsentation von Entspannungstechniken wie Autogenes Training.

Gute Vorbereitung zählt

Geschultert haben die Veranstaltung vier Organisationen: das Regionale Praxisnetz Leverkusen (RPL), das Regionale Gesundheitsnetz Leverkusen, die Kreisstelle der Ärztekammer und die Kreisstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Neun Monate lang hatte das Organisationsteam den Tag vorbereitet. „Wir geben unser Know-how gerne an Interessierte in anderen Städten weiter“, sagt Petra Ommerborn vom RPL, auf deren Schultern der größte Teil der Organisation lastete.



Für das 20 Meter lange Darmmodell und die begehbare Gebärmuttermodell bot das Forum genug Platz

Auf dem Programm standen schließlich zwei Workshops, zehn Vorträge und eine große Palette von Untersuchungen. „Eine Veranstaltung mit einem derart breiten Themenspektrum ist einmalig in Nordrhein-Westfalen“, sagt Dr. Bernhard Rappert, Vorsitzender des RPL.

Der Eintritt war frei, lediglich für die Untersuchungen mussten die Besucher eine kleine Gebühr entrichten, die den anwesenden Arzthelferinnen zugutekam. „Den Tag der ambulanten Medizin planen wir auch im kommenden Jahr durchzuführen“, kündigte Eusterholz an.



Äpfel sind ein häufiges Kreuzallergen bei Birkenpollenallergikern. Auf sieben Sorten testete Beate Marscholke vom Asthma- und Allergiezentrum Leverkusen



Das Organisationsteam (v. l.): Dr. Wolfgang Hübner, Dr. Jens-Harder Boje, Petra Ommerborn, Dr. Thomas Eusterholz und Dr. Bernhard Rappert

Sommerempfang mit Ministerin Barbara Steffens

Der erste öffentliche Auftritt zum Thema Gesundheit führte die nordrhein-westfälische Gesundheitsministerin Barbara Steffens ins Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf. Hier fand am 1. September 2010 der Sommerempfang mit gut 550 Gästen von Ärztekammer und KV Nordrhein statt. Zentrales Thema von Steffens: die Honorarreform.

„Die Ungerechtigkeit ärgert mich“, stellte Steffens klar. Dass Ärzte im größten Bundesland für gleiche Arbeit weniger Geld erhalten als ihre Kollegen in vielen anderen Ländern, will die Ministerin nicht hinnehmen. Die asymmetrische Verteilung von Honorarzuwächsen ab 2011, die die Bundesregierung geplant hat, reicht Steffens nicht. Es dauere zu lange, bis die Bezahlung gleich sei. „Wir brauchen eine schnelle Lösung“, so Steffens.

Rascher zum Erfolg könnte unter Umständen die Klage der KV Nordrhein führen, die sie gegen die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband als Verantwortliche für die Honorarreform vor dem Berliner Sozialgericht eingereicht hat. „Die Klage freut mich“, sagte die Grünen-Politikerin.

„Unsere Mitglieder haben gravierende Nachteile bei der Vergütung gegenüber Vertragsärzten in anderen KVen“, hob Bernd Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein, hervor. Dabei zahlten die Versicherten in Nordrhein-Westfalen nicht weniger in den Gesundheitsfonds ein als Bürger in anderen Ländern.

Gemeinsam könne man Verbesserungen erreichen, meint Steffens. In Praxisschließungen und Ärztestreiks sieht die Ministerin aber kein geeignetes Mittel der Auseinandersetzung.



Schulter an Schulter: Barbara Steffens und Bernd Brautmeier wollen mehr Geld für die ambulante Versorgung in NRW

Das Schweigen brechen – gegen sexuellen Missbrauch

Unterstützen Sie die bundesweite Kampagne „Das Schweigen brechen“ der Missbrauchsbeauftragten der Bundesregierung, Dr. Christine Bergmann. Die Kampagne macht auf das Angebot der von der Bundesregierung Mitte des Jahres eingerichteten telefonischen Anlaufstelle für Betroffene sexuellen Missbrauchs aufmerksam. Neben Plakaten, Flyern, Postkarten und Print-Anzeigen werden auch Fernsehspots eingesetzt.

Da die Dunkelziffer immer noch sehr groß ist, soll die Kampagne vor allem Betroffenen helfen, sich zu äußern und Hilfe zu finden. Die Praxen sind wichtige Anlaufstellen für Betroffene: Sie können mit sexuellem Missbrauch konfrontiert werden und sind zugleich auch

wichtige Multiplikatoren, um Informationen an Patienten zu vermitteln.

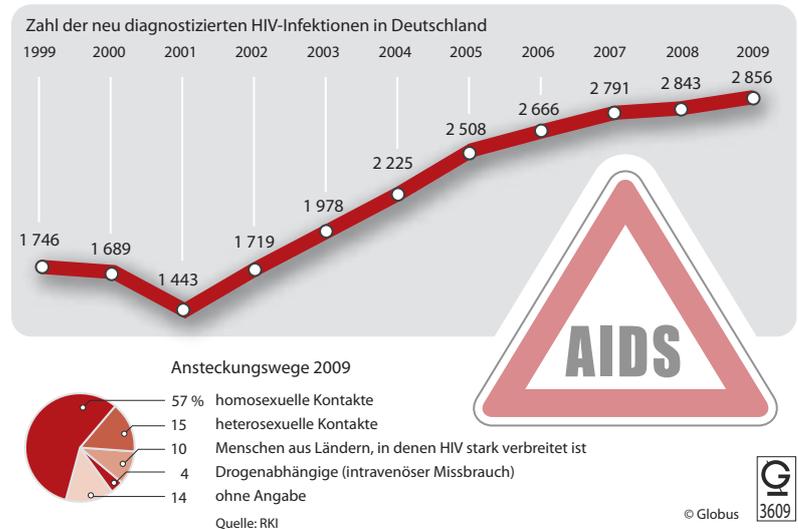
Kostenfreie Infomaterialien (Flyer, Postkarten und Plakate mit Abreißnummern der Hotline) können Sie per Fax oder E-Mail bei der KV Nordrhein bestellen:

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

In einem Video-Podcast erklärt Dr. Christina Bergmann, warum die Zusammenarbeit mit den Niedergelassenen so wichtig ist. Sie finden den Podcast unter www.kv-on.de. Informationsmaterialien finden Sie zum Download auf der Kampagnenwebsite: www.sprechen-hilft.de

Keine Entwarnung – Zahl der HIV-Infizierten steigt wieder

In Deutschland leben derzeit etwa 78 000 Menschen mit dem HI-Virus. 2.856 von ihnen haben sich nach Angaben des Robert-Koch-Instituts im vergangenen Jahr neu infiziert. Während der vergangenen zehn Jahre ist die Zahl der Neuinfektionen vor allem bei homosexuellen Männern wieder deutlich gestiegen. Ungeschützter Geschlechtsverkehr ist in Deutschland nach wie vor der häufigste Übertragungsweg der HI-Viren. Bei 489 Infizierten brach die Aids-Krankheit 2009 aus, sodass jetzt rund 27 000 Menschen in Deutschland zu den Aids-Kranken zählen. Weltweit sind nach Angaben der Vereinten Nationen 33,4 Millionen Menschen mit HIV infiziert. Allein 2008 starben zwei Millionen Menschen an den Folgen der Immunschwächekrankheit. Insgesamt gab es seit Ausbruch der Epidemie Anfang der 80er-Jahre



weltweit 25 Millionen Aids-Tote. Im südlichen Afrika leben 22,4 Millionen Menschen mit HIV oder Aids. Das sind etwa zwei Drittel aller HIV-Infizierten weltweit.

Säuglingssterblichkeit in NRW so niedrig wie nie

Die Säuglingssterblichkeit ist in Nordrhein-Westfalen im vergangenen Jahr auf den niedrigsten jemals gemessenen Wert gesunken: Mit 576 lag die Zahl der verstorbenen Säuglinge 2009 um 68 (-10,6 Prozent) niedriger als 2008. Wie das Statistische Landesamt mitteilt, starben im vergangenen Jahr 250 Mädchen und 326 Jungen im ersten Lebensjahr (2008: 284 Mädchen, 360 Jungen). Die Säuglingssterblichkeit lag 2009 sowohl bei Mädchen mit 3,53 als auch bei

Jungen mit 4,39 unter dem Vorjahresniveau. Die Sterblichkeit gibt den Anteil der Kinder an, die vor Vollendung des ersten Lebensjahres sterben, bezogen auf je 1 000 Lebendgeborene. Anfang der 1990er Jahre war die Säuglingssterblichkeit etwa doppelt und in den 1970er Jahren sogar etwa sechs Mal so hoch wie im vergangenen Jahr.

Ergebnisse für kreisfreie Städte und Kreise zu finden unter www.it.nrw.de **KV101021**

Qualitätszirkel-Neugründungen

Thema Ressourcenorientierte Intervention und Praxisführung

Kontakt Dr. phil. Erika Rey
Praxis für Psychotherapie
Kurfürstenstraße 25
53115 Bonn

Telefon 0228 2400 0461

Termin alle acht Wochen

Ort Bonn

Thema KJP-Individualpsychologie – Intervention, Austausch und Fortbildung

Kontakt Annette Dropmann
Schlieperstraße 15
42107 Wuppertal

Telefon 0202 446 9840

Termin einmal im Monat

Ort Alfred-Adler-Institut
Theodor-Heuss-Ring 36

Thema Kinderpneumologie – Kasuistiken

Kontakt Dr. Eckhard Korsch
Amsterdamer Straße 59
50735 Köln

Telefon 0221 8907 5596

Telefax 0221 8907 5330

E-Mail e.korsch@uni-koeln.de

Termin viermal pro Jahr

Ort Köln und Düsseldorf

Ärzte in Düren testen den elektronischen Arztbrief

Bis zu 200 Praxen und die drei Krankenhäuser im südlichen Teil des Landkreises Düren wollen Patientendaten wie Befunde und Untersuchungsergebnisse künftig elektronisch austauschen. Davon könnten die gut 200.000 Einwohner des Landkreises profitieren.

Der standardisierte elektronische Arztbrief ist Kern des Projekts „Entwicklung und Betrieb einer einrichtungsübergreifenden elektronischen Patientenakte“. Dieses Projekt wird mit 1,3 Millionen Euro von der Landesregierung in Nordrhein-Westfalen gefördert. Mitte des Jahres 2007 hat die Vorgängerregierung den Innovationswettbewerb Med.in.NRW ausgeschrieben.

Unter den 235 Bewerbern wählte eine unabhängige Jury 33 förderungswürdige Projekte aus, darunter auch das aus Düren. Daran sind die IT-Dienstleister Deutsches Gesundheitsnetz, Duria und Tieto, drei

Krankenhäuser, die Dürener Arbeitsgemeinschaft für Integrierte Versorgung sowie die KV Nordrhein beteiligt.

Die teilnehmenden Ärzte werden über KV-SafeNet an die auf D2D-Basis betriebene elektronische Patientenakte angeschlossen und verfügen alle über einen elektronischen Heilberufsausweis. In die Patientenakte wandern die signierten elektronischen Arztbriefe.

Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens begrüßte das „interessante Projekt“. Es komme jetzt darauf an, zu zeigen, wie Ärzte sicher elektronisch miteinander kommunizieren könnten. „Die elektronische Patientenakte soll Ärzte im Praxisalltag unterstützen und den Patienten nützen“, betonte Steffens. Damit das funktioniert, müssen die Beteiligten in Düren nun erst einmal Standards für den Datenaustausch erproben.

KV Nordrhein nutzt Beschwerden, um besser zu werden

Keine Ihrer Beschwerden geht unter. Das garantiert das Beschwerdemanagement, das die KV Nordrhein betreibt. Dabei ist es egal, ob Sie Ihre Beschwerde mündlich oder schriftlich äußern. Wir möchten Sie, die Kunden unserer Dienstleistungen und Produkte, nun in das System noch aktiver einbeziehen. Denn nur so können wir erfahren, ob wir Ihre Bedürfnisse und Wünsche genügend berücksichtigen.

Erreichen möchten wir das durch eine kontinuierliche Befragung: Jeder zehnte Beschwerdeführer erhält einen Fragebogen. Damit versuchen wir in Erfahrung zu bringen, ob Ihr konkreter Fall zu Ihrer Zufriedenheit gelöst wurde und wie zufrieden Sie mit der Bearbeitung Ihrer Beschwerde waren. „Wir hoffen, dass von diesem Angebot des direkten Feedbacks reichlich Gebrauch gemacht wird und bedanken uns vorab schon

auf diesem Wege für Ihre Mithilfe, die KV Nordrhein ein Stück besser zu machen“, sagt Bernd Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein.

Denn Ihre Beschwerden wollen wir nutzen, um unsere Prozesse zu Ihrer Zufriedenheit zu verbessern. Deswegen haben wir vor drei Jahren – erst innerhalb der Verwaltung – ein System installiert, das Beschwerden für eine kontinuierliche Prozessoptimierung nutzbar macht.

Die KV Nordrhein übernimmt die Verantwortung für all jene Beschwerden über Ergebnisse und Arbeitsabläufe, die sie beeinflussen kann oder deren Ursprung in ihrem Handeln liegt. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass mit diesem Instrument keine Äußerungen, die eine umfassende Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem oder der Politik wiedergeben, erfasst werden sollen.

Nordrheinischer Praxisbörsentag

Informationen rund um
Praxisabgabe und Nachfolge

Samstag, 13. November 2010

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



informieren

- 9.30 – 10.00 Uhr | Perspektiven der Niederlassung | Bernd Brautmeier, KV Nordrhein
- 10.00 – 10.30 Uhr | Vorgehen bei einer Praxisabgabe | Dr. Horst Bartels, KV Nordrhein
- 11.00 – 11.30 Uhr | Praxisübergabe – Schritte in die Niederlassung | Alexander Konrad, KV Nordrhein
- 11.30 – 12.00 Uhr | Praxiswertermittlung | Bastian Koecke, Treumerkur
- 12.45 – 13.15 Uhr | Praxisabgabe aus steuerlicher Sicht | Robert Stürcke, Stürcke & Blume
Finanzierung einer Praxis | Klaus Jenniches, Deutsche Bank
- 13.15 – 13.45 Uhr | Finanzplanung vor der Abgabe | Helmut Hamelmann, Apobank
Betriebswirtschaftliche Grundlagen | Christian Böhm, Deutsche Ärztefinanz

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



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

www.kvno.de

Auch Psychologen müssen Praxisgebühr einziehen

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im September standen Fragen zur Praxisgebühr und zu Konsiliaruntersuchungen im Vordergrund.

Muss ein Patient die Praxisgebühr in der Arztpraxis zahlen, wenn er vorher bei einem Psychologischen Psychotherapeuten war?

Nein, denn er hat die Gebühr schon beim Psychotherapeuten zahlen müssen. Wenn der Patient Ihnen als Haus- oder Facharzt eine aktuelle Quittung eines Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorlegt, braucht er die Praxisgebühr für dieses Quartal dann nicht erneut zu zahlen. Bitte stem-peln Sie diese Quittung ab und tragen in Ihrer Abrechnung die Symbolnummer 80033 ein.

Ist derjenige Arzt, der die Praxisgebühr eingenommen hat, verpflichtet, auch die gesamte Überweisungstätigkeit zu übernehmen?

Nein. Laut Bundesmantelvertrag kann eine Überweisung von demjenigen Vertragsarzt vorgenommen werden, dem ein gültiger Behandlungsausweis vorliegt. Die Kopplung an die Einnahme der Praxisgebühr wird im Bundesmantelvertrag nicht erwähnt.

Wie gestaltet sich das Konsiliarverfahren im Zusammenhang mit der Beantragung einer Psychotherapie?

Zur Einholung des Konsiliarberichts überweist ein Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Psychotherapie den Patienten an einen Konsiliararzt. Für die Überweisung wird das Muster 7 (Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen) be-

nutzt. Darauf sollte eine kurze Information über die vom Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erhobenen Befunde nicht fehlen. Außerdem wird die Indikation zur Durchführung einer Psychotherapie übermittelt.

Der Konsiliararzt erstellt den Konsiliarbericht dann nach persönlicher Untersuchung des Patienten. Der Bericht soll möglichst zeitnah, spätestens drei Wochen nach der Untersuchung, an den Psychologischen Psychotherapeuten oder den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten übermittelt werden.

Zur Abgabe des Konsiliarberichts bei erwachsenen Patienten sind alle Vertragsärzte berechtigt – mit Ausnahme derjenigen Arztgruppen, die ausschließlich auf Überweisung tätig werden dürfen. Bei Kindern sind die Regeln etwas anders: Hier dürfen nur folgende Vertragsärzte einen Konsiliarbericht erstellen: Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzte für Innere Medizin und für Allgemeinmedizin sowie Praktische Ärzte.



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

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

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

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

Bezirksstellen der KV Nordrhein

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

Bezirksstelle Düsseldorf

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

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

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

Bezirksstelle Köln

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

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

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

EDV/IT in der Arztpraxis

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

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

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

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

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

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

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

Pharmakotherapieberatung

7532	Patentgeschützte Analogpräparate (Me-too-Liste 2010)	(2)
------	--	-----

7533	Praxisbesonderheiten 2010 – Arzneimittel (Symbolnummern)	(1)
------	--	-----

7534	Richtgrößen 2010 – Heilmittel	(1)
------	-------------------------------	-----

7536	Richtgrößen 2010 – Arzneimittel	(1)
------	---------------------------------	-----

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

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

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

7541	Praxisbesonderheiten 2010 – Heilmittel (Symbolnummern)	(2)
------	--	-----

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

Qualitätssicherung/Sicherstellung

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

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

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

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

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

7556	Anzeige über Beginn/Beendigung der Methadon-substitution	(1)
------	--	-----

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rechtsabteilung

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

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

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

Unternehmenskommunikation

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

7581	Bestellformular: Publikationen der KV Nordrhein	(1)
------	---	-----

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

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

MFA-Fortbildungen: Vordrucke, IGe-Leistungen und Pharmakotherapie

Anhand von häufig verwendeten Mustern wie Überweisungs-, Notfallschein oder Heilmittelverordnung erhalten die Teilnehmer der Fortbildung „Vordrucke“ Hinweise zum richtigen Ausfüllen. Die Voraussetzungen zum Abrechnen Individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) und mögliche

Probleme stehen im Mittelpunkt einer weiteren kostenlosen Fortbildungsveranstaltung für Medizinische Fachangestellte (MFA). Rechtsgrundlagen und Richtgrößen sind Bestandteile der Pharmakotherapie-Fortbildung. Die Seminare finden mittwochs von 15 Uhr bis 17.30 Uhr statt.

Thema	Termin	Ort
IGe-Leistungen	20.10. 2010	KV Nordrhein (Haus der Ärzteschaft) Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Vordrucke und Gesamtaufstellung	13.10. 2010	KV Nordrhein (Haus der Ärzteschaft), Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Vordrucke und Gesamtaufstellung	27.10. 2010	Kreisstelle Aachen der KV Nordrhein, Habsburgerallee 13, 52064 Aachen
Pharmakotherapie	24.11. 2010	Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein, Sedanstraße 10-16, 50668 Köln

Anmeldung

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

Die KV Nordrhein auf der MEDICA

Auch in 2010 ist die KV Nordrhein auf der Medizinmesse MEDICA vertreten – erstmals zusammen mit der KV Bayerns auf einem gemeinsamen Stand. Den Stand

finden Sie in Halle 16, Bereich A. Die MEDICA beginnt am 17. und endet am 20. November; sie findet wie gewohnt in der Messe Düsseldorf statt.

Termin: 17. bis 20. November 2010
Ort: Messe Düsseldorf, Halle 16, Stand 16 A21

Infomarkt für Medizinische Fachangestellte

Beim zweiten Infomarkt für Medizinische Fachangestellte halten Experten der KV Nordrhein Vorträge (zum Bei-

spiel zu IGe-Leistungen) und stehen für Fragen unter anderem zu folgenden Themen bereit:

- Disease-Management-Programme
- Abrechnung Palliativ-Leistungen
- Impfungen
- Hautkrebs-Screening
- Praxisgebühr
- Arznei- und Heilmittel
- Sprechstundenbedarf
- Qualitätsmanagement

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhalten kein Zertifikat.

Termin: 1. Dezember 2010, 13 bis 17 Uhr
Ort: Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Information und Anmeldung

Nordrheinische Akademie, Tersteegenstr. 3, 40474 Düsseldorf
Telefon 0211 4302 1368, Telefax 0211 4302 1390

Termine

9. – 15.10.2010	Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung: Fortbildungskongress, Norderney
■ 13.10.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung“, Düsseldorf
13.10.2010	Workshop „Evidenzbasierte Medizin und die Cochrane Library“, Düsseldorf
■ 20.10.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „IGe-Leistungen“, Düsseldorf
23. + 24.10.2010	Psychotherapeutenkammer NRW: 6. Jahreskongress Psychotherapie, Bochum
■ 27.10.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung“, Aachen
■ 27.10.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“, Heinsberg
■ 3.11.2010	RP-Sprechstunde „Phobien“, Düsseldorf
5.11.2010	Boxenstopp: Individual-Coaching für den Arzt, Düsseldorf
5. – 7.11.2010	IQN: 18. Fortbildungscurriculum Mamma-Carcinom, Düsseldorf
■ 9.11.2010	Kreisstelle Mülheim der KV Nordrhein: Mitgliederversammlung, Mülheim
■ 10.11.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“, Düren
■ 13.11.2010	5. Nordrheinischer Praxisbörsentag der KV Nordrhein, Köln
17. – 20.11.2010	MEDICA, Düsseldorf
■ 17.11.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis“, Wuppertal
■ 24.11.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zur Pharmakotherapie, Köln
■ 27.11.2010	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 1.12.2010	Infomarkt für Medizinische Fachangestellte, Düsseldorf
■ 4.12.2010	Konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 7.12.2010	Kreisstelle Köln der KV Nordrhein: „Jour variable“, Köln
■ 7.12.2010	Kreisstelle Solingen der KV Nordrhein: Mitgliederversammlung, Solingen
■ 8.12.2010	RP-Sprechstunde „Niere/Blase“, Düsseldorf

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

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Redaktion:

Ruth Bahners (verantwortlich)
Frank Naundorf, Karin Hamacher

Redaktionsbeirat:

Dr. Peter Potthoff, Bernd Brautmeier, Ruth Bahners

Druck:

Echo Verlag, Köln

Satz:

BCS, Düsseldorf

Anschrift der Redaktion:

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

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

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

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 22 000

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

■ Honorar:

Wie geht es
2011 weiter?

■ Mammographie:

Bilanz nach fünf
Jahren Screening

■ Initiative:

Versorgung in
Heimen verbessern

■ ADHS:

Vertrag mit der
AOK geschlossen

■ Allgemeinmedizin:

Neuer Verbund für
die Weiterbildung

**Die nächste Ausgabe von
KVNO aktuell erscheint
am 17. November 2010**

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

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Tersteegenstraße 9 · 40474 Düsseldorf
E-Mail redaktion@kvno.de
Telefon 0211 5970 0 · Telefax 0211 5070 8100

www.kvno.de



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.