

3+4 | 2012

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Schwerpunkt

eToken | Einfach, sicher und preiswert zur Online-Abrechnung

Hintergrund

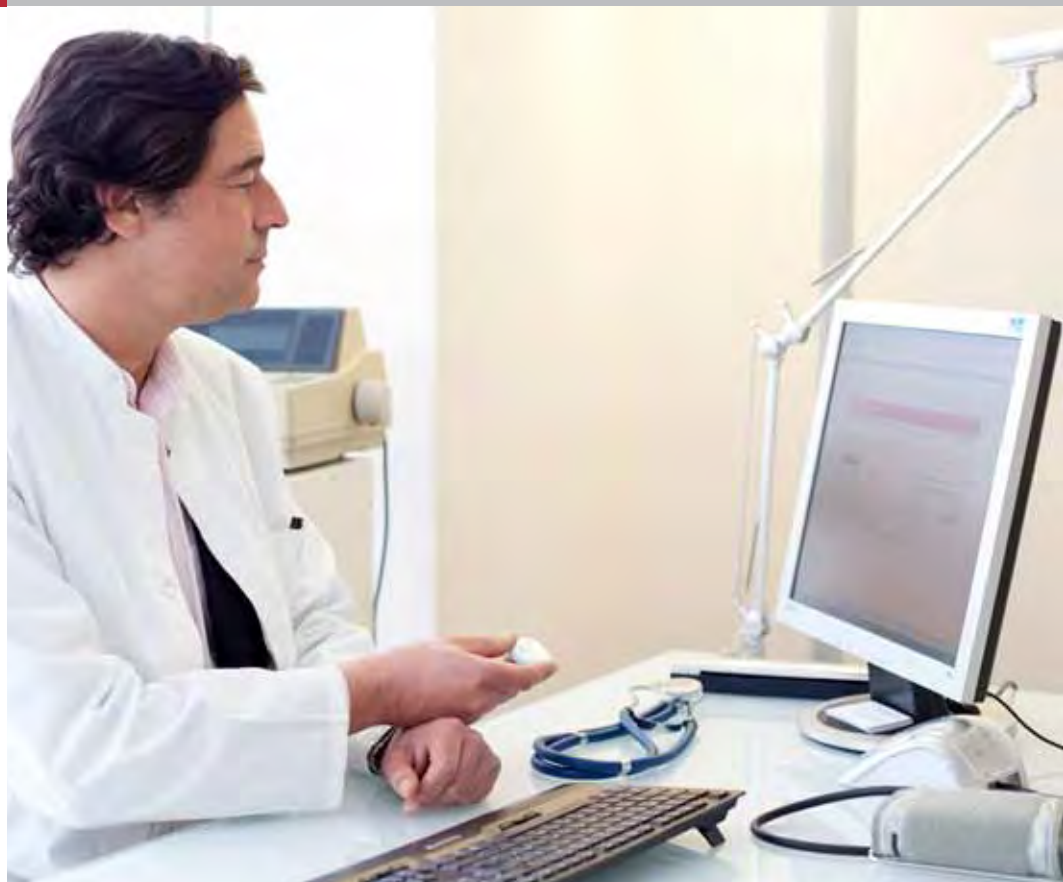
Stipendien | KV Nordrhein fördert Studierende im Praktischen Jahr

Aktuell

Abrechnungsberatung | Hilfe in Honorarfragen ab sofort verfügbar

Verordnungen

Arzneimittel | Rabattverträge über Originale belasten Generikaquoten



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 eToken – einfach online abrechnen
- 4 Das sagen die User

Aktuell

- 6 Einsatz für Konvergenz im Bundestag
- 7 Dr. Peter Potthoff: „Wir bleiben am Ball“
- 8 Helfer in Honorarfragen
- 10 MRSA: Neue EBM-Nummern ab 1. April 2012

■ Praxisinfo

- 12 Wegfall des Poliklinik-Berechtigungsscheines
- 12 Kostenerstattung bei neuen GKV-Leistungen
- 12 Screening Gestationsdiabetes
- 13 Neuropsychologische Therapie
- 13 Veranlassung Osteopathie keine GKV-Leistung
- 13 DMP-Dokumentationen: Keine Disketten mehr
- 13 Keine Aufkleber aufs Rezept
- 13 DAK Gesundheit: Weiterhin DMP
- 14 BKK pronova: Präventionsvertrag J2
- 14 BIG direkt beendet Hausarztvertrag
- 14 BKK Novitas streicht Impfungen
- 14 BKK pronova: Nur noch HPV-Impfung
- 14 Pertussis-Impfung für Erwachsene

- 14 Hausarztvertrag: TK vergütet
Impfleistungen direkt
- 15 IKK-Katarakt: Pauschale angepasst
- 15 Neuregelung bei Kataraktoperationen
- 15 BKK Alp plus: Homöopathievertrag
- 15 Neue Merkblätter Kinderunfälle
- 15 Mehr Gehalt fürs Praxispersonal
- 15 Aktuelle EBM-Änderung

■ Verordnungsinfo

- 16 Rabattverträge über Originale belasten Generikaquoten
- 17 Abrechnung SSB: Unterlagen komplett einreichen
- 18 Marktübersicht 2012 liegt vor
- 18 Me-too-Liste: Acht Präparate gestrichen
- 18 Neue Antikoagulantien – Auf Indikation achten
- 19 Regressfalle: Fiktiv zugelassene Arzneimittel
- 19 IFF: Diagnosen nicht vergessen

Hintergrund

- 20 KV Nordrhein fördert Studierende – Initiative gegen Hausarztmangel
- 22 Lernen in der Lehrpraxis
- 23 Weiterbildungsverbund Duisburg zertifiziert
- 23 Zuschüsse für die Allgemeinarzt-Weiterbildung

Berichte

- 24 KV Nordrhein legt Qualitätsbericht 2011 vor
- 24 116 117 soll im April starten
- 26 Unternehmen in Düsseldorf bieten Stuhltests
- 27 Mutige Männer: Zählbarer Erfolg
- 28 Plädoyer für eine bessere Versorgung
- 30 Beschlüsse der Vertreterversammlung

Service

- 32 Klarheit an der Schnittstelle
- 34 Karzinome und Metastasierungen
- 38 Dürfen Praxen an MKG-Chirurgen überweisen?

In Kürze

- 41 Organspende: Entscheidungslösung ab Sommer
- 41 Qualitätszirkel suchen Mitglieder
- 42 Neu: Die GMG Gesundheitsmanagement mbH
- 42 Achtung: Neue Anschrift der KV Nordrhein
- 42 Schnelle Infos: Geben Sie uns Ihre Mail-Adresse
- 43 Veranstaltungen
- 44 Termine



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

die Situation ist paradox: Auf der einen Seite lesen wir von Überschüssen und Rücklagen der Krankenkassen in Milliardenhöhe. Auf der anderen Seite fehlen uns in Nordrhein erhebliche Mittel für die ambulante medizinische Versorgung. Umso erstaunlicher, dass dieser Aspekt in der Debatte nur eine Nebenrolle spielt, wenn es darum geht, Vorschläge zur Verwendung der freien Mittel zu machen.

Wir werden uns trotzdem nicht mit der Benachteiligung der Bevölkerung in Form zu geringer Mittel für die ambulante ärztliche Versorgung abfinden. Das haben wir auch bei unserem Auftritt vor dem Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages in Berlin und auf der Vertreterversammlung deutlich gemacht. Über beide Veranstaltungen berichten wir in dieser Ausgabe ausführlich.

Wo wir nicht auf den Gesetzgeber angewiesen sind, sondern eigene Verhandlungsspielräume haben, nutzen wir sie konsequent. Jüngste Beispiele sind der neue Vertrag zur Pflegeheimversorgung in Essen und die Aktualisierung des 2008 geschlossenen Hausarztvertrags mit der AOK Rheinland/Hamburg und der LKK NRW. Ergebnis: Die Besuchstätigkeit bei eingeschriebenen Patienten wird deutlich besser vergütet – und die möglichen Mehreinnahmen stehen nicht unter dem Vorbehalt einer drohenden Rückzahlung an die Krankenkassen.

Eine schnelle und reibungslose Kommunikation ist ein weiteres Thema dieser Ausgabe. Um Ihnen die Online-Abrechnung, die aufgrund gesetzlicher Vorgaben ab Mitte 2013 auch in Nordrhein verpflichtend wird, so weit wie möglich zu erleichtern, bieten wir Ihnen eine einfache, unbürokratische und preiswerte Lösung an: den eToken, den wir in dieser Ausgabe ebenfalls vorstellen.

Die Vorteile einer elektronischen Datenübermittlung und -verarbeitung zeigen sich auch dann, wenn wir Nachrichten und Informationen austauschen. Für eine zielgerichtete und schnelle Kommunikation brauchen wir stets aktuelle Kontaktdaten unserer Mitglieder. Wir möchten Sie immer auf dem Laufenden halten, nicht nur bei Neuigkeiten zu Verträgen oder Arzneimitteln, sondern auch bei anderen Gelegenheiten, in denen der direkte Draht vonnöten ist. Das gilt für Epidemien ebenso wie für Kampagnen. Deshalb finden Sie auch in dieser Ausgabe von KVNO aktuell wieder einen Hinweis auf unser Formular im Internet, mit dem Sie uns schnell und einfach Daten übermitteln können.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Peter Potthoff

Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier

Vorstand

eToken – einfach online abrechnen

Er ist gerade einmal so groß wie ein Flaschendeckel, kostet nur zehn Euro und bietet doch ganz viel Sicherheit: der eToken. Die kleine Verschlüsselungsmaschine ist der einfache, kostengünstige und unbürokratische Weg zur Online-Abrechnung. Und die wird künftig auch für die Praxen in Nordrhein Pflicht.

Das leistet der eToken



Der eToken ist ein elektronischer Zufallsgenerator. Auf Knopfdruck erzeugt er eine einmalig gültige achtstellige Zahlenreihe und gleicht diese mit den hinterlegten Informationen und der aktuellen Zahlensequenz auf dem Server der KV Nordrhein ab.

Das ist ein sehr sicheres und seit vielen Jahren bewährtes Verfahren, zum Beispiel beim Online-Banking. Denn selbst wenn Passwörter abgefangen werden, kann der Angreifer sich keinen Zugang verschaffen. Den generierten Code akzeptiert das System nur ein einziges Mal zur Anmeldung. Das ist deutlich sicherer als statistische Verfahren wie die sogenannten TAN-Listen.

Eigentlich müssen Praxen bundesweit ihre Abrechnungen schon seit Anfang 2011 online einreichen. Doch dies hat die KV Nordrhein bis dato nicht eingefordert – und die Frist verlängert. Im Rheinland konnten Ärzte und Psychotherapeuten ihre Leistungen weiter auf Trägermedien wie CD oder DVD speichern und diese bei der KV einreichen. Doch ab dem dritten Quartal 2013 ist die Online-Abrechnung auch in Nordrhein Pflicht.

„Um die Eintrittsbarrieren für die Kolleginnen und Kollegen auf ein Minimum zu reduzieren, bieten wir ab dem dritten Quartal dieses Jahres eine weitere Möglichkeit zur elektronischen Übertragung der Honorarabrechnung an“, sagt Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Neben den etablier-

In vier Schritten zur Online-Abrechnung



1. Sie melden sich wie gewohnt als Mitglied der KV Nordrhein im KVNO-Portal an. (Wenn Sie noch nicht registriert sind, können Sie dies kostenlos über www.kvnoportal.de nachholen.)



2. Dann gehen Sie auf den Dienst „Online-Abrechnung“.

ten Zugangswegen über KV-SafeNet und D2D steht dann der sogenannte eToken zur Verfügung, der die Online-Abrechnung über das KVNO-Portal ermöglicht. Sicher, unbürokratisch und kostengünstig.

Bewährte Technik

Für die Praxen ist der Ablauf ganz einfach. Sie melden sich als Mitglied der KV Nordrhein im KVNO-Portal an. Sobald Sie den Dienst „Online-Abrechnung“ öffnen, erscheint eine Eingabemaske. Nun aktivieren Sie per Knopfdruck den eToken. Den angezeigten Code, eine einmalig gültige Abfolge von Zahlen tragen Sie in dem dafür vorgesehenen Feld in der Eingabemaske ein. Nun können Sie Ihre Quartalsabrechnung verschlüsselt an die KV Nordrhein übertragen.

Die Installation von Software oder die Nutzung von weiterer Hardware neben dem eToken ist hierbei nicht nötig. Auch müssen Sie keine Verträge schließen, um diesen Dienst nutzen zu können. Was Sie benötigen ist der eToken, für dessen Erwerb einmalig zehn Euro zu zahlen sind.

„Den eToken können wir bereits für die Abrechnung des dritten Quartals 2012 anbieten“, sagt Potthoff. Sie können ihn dann im KVNO-

Portal bestellen. Um die Daten online übermitteln zu können, benötigen Sie natürlich auch einen Computer mit Internetanschluss, der nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu sichern ist.

Weitere Informationen zum Thema eToken und Online-Abrechnung finden Sie unter onlineabrechnung.kvno.de und im Portal der KV Nordrhein unter www.kvnoportal.de

Kontakt

Infos und Veranstaltungen

Wenn Sie Fragen zur Online-Abrechnung haben, wenden Sie sich einfach an das

Competence Center IT in der Arztpraxis

Telefon 0211 5970 8005

Telefax 0211 5970 8004

E-Mail praxisedv@kvno.de

Als Kontakt steht Ihnen außerdem zur Verfügung:

Communication Center

Telefon 0211 5970 8500

Telefax 0211 5970 9500

E-Mail portal@kvno.de



3. Aktivieren Sie per Knopfdruck den eToken, der darauf einen Nummerncode aus acht Stellen anzeigt.



4. Diesen Code übertragen Sie in die Eingabemaske und schon wird die Quartalsabrechnung verschlüsselt im geschützten Portalbereich übertragen.

online abrechnen

Verfahren und Anbieter



Mit dem eToken steht den Praxen in Nordrhein bald ein neuer, einfacher und preiswerter Weg zur Online-Abrechnung zur Verfügung. Doch auch D2D oder das KV-SafeNet bieten viele Vorteile.

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein lädt Ärzte, Psychotherapeuten und Praxispersonal ein, sich über die verschiedenen Verfahren zu informieren. Nutzen Sie das Angebot. Denn spätestens ab dem 3. Quartal 2013 müssen auch die Praxen im Rheinland online abrechnen.

■ 21. April 2012, 10 bis 16 Uhr

Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein

■ 28. April 2012, 10 bis 16 Uhr

Haus der Ärzteschaft, Düsseldorf



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

www.kvno.de

Dr. Ralph Eisenstein, Allgemeinmediziner aus Düsseldorf, nutzt noch CDs als Datenträger.

» In Sachen Online-Abrechnung waren wir in unserer Gemeinschaftspraxis bislang wegen der aufwändigen Zusatzeinrichtungen zurückhaltend. Die Umstellung auf ein moderneres Verfahren hätte sich einfach nicht gerechnet. Wenn die KV Nordrhein nun mit dem eToken eine einfache und kostengünstige Alternative anbietet, dann sind wir sofort dabei.«



Dr. Peter Ohlert arbeitet mit seiner Frau und zwei angestellten Ärztinnen als Allgemeinmediziner in Nettetal.

» Wir rechnen online ab und signieren mit dem eHBA. Die Übermittlung der Daten geschieht mit dem vom Praxisverwaltungssystem unabhängigen MCCPadok. Die Handhabung dieser Programme klappt recht gut. Es hakt aber immer mal wieder bei der Erstellung des Zertifikates mittels eHBA. Da die Beantragung wie auch die Verlängerung oder der Ersatz bei einem Defekt des eHBA eine echte Herausforderung ist, ist der eToken eine reizvolle Alternative zum eHBA.«



Das sagen die User

Sabine Ziegler, Ärztliche Psychotherapeutin aus Bedburg, rechnet online mit dem elektronischen Heilberufsausweis (HBA) ab



» Anfangs gab es technische Schwierigkeiten, die aber damit zu tun hatten, dass ich eine Zweigpraxis in Grevenbroich habe und das Praxisprogramm versuchte, über diese BSNR abzurechnen. Dauerte etwas, bis wir diesen Fehler gefunden hatten, aber von der Abteilung IT in der Arztpraxis der KV Nordrhein habe ich gute Unterstützung erhalten. Jetzt klappt es reibungslos und schnell. Schön

ist, gleich eine Rückmeldung zu erhalten. Besonders die Nutzung des HBA ist sehr praktisch.«



www.kvno-portal.de

Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

- **Abrechnung online** Übermitteln Sie Ihre Daten online und profitieren Sie zum Beispiel von geringeren Verwaltungskosten.
- **Abrechnungsunterlagen** Schon vor dem Versand stehen die aktuellen Unterlagen für Sie bereit – und die der vorherigen Quartale.
- **Kennzahlen** Übersichtliche Auswertungen aus der Honorarabrechnung: Fallzahlen, Diagnosen und Ihr Leistungsspektrum.
- **Honorarauswertung** Partner-Ärzte in Gemeinschaftspraxen oder MVZ können (gegen Gebühr) den Anteil am Honorar, Leistungsbedarf und an den Behandlungsfällen je Mitglied abrufen. Aber nur, wenn alle Partner dem zustimmen.
- **eQualitätszirkel** Erleichtert Moderatoren die Vor- und Nachbereitung von Qualitätszirkeln, bietet Mitgliedern eine Info-Plattform.
- **eDokumentationen** Geben Sie Ihre Dokumentation für das Hautkrebs-Screening oder zytologische Untersuchungen einfach online ein.
- **Vordrucke** Alle Vordrucke für Ihre Praxis können Sie rund um die Uhr online über das Portal bestellen.
- **Praxisdaten** Mit diesem Dienst können Sie Ihre Praxisdaten einsehen, prüfen und elektronisch ändern.

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

Kontakt

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



www.kvno-portal.de 

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

Einsatz für Konvergenz im Bundestag

Die Forderung nach einer bundesweiten Angleichung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung je Versicherten ist erneut in Berlin gelandet. Rund 170.000 Bürger haben eine entsprechende Petition des Vorsitzenden der KV Westfalen Lippe, Dr. Wolfgang-Axel Dryden, unterzeichnet. Am 5. März befasste sich der Petitionsausschuss des Bundestages mit dem Thema.

Eine Entscheidung, ob Bundesregierung oder Bundestag sich mit der Angleichung der Vergütungen befassen, steht noch aus. Die Unterzeichner der Petition wollen erreichen, dass „alle Kassenärztlichen Vereinigungen mindestens den bundesdurchschnittlichen Behandlungsbedarf je Versicherten des Jahres 2011“ erhalten, bezogen auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

Mittel ungleich verteilt

Die Versicherten zahlen seit 2009 bundesweit einen einheitlichen Beitragssatz. Dennoch schütten die Kassen in den einzelnen Regionen höchst unterschiedliche Beträge aus. Gravierende Unterschiede gibt es bei den Ausgaben für die ambulante Versorgung: In Berlin beispielsweise sind es 386 Euro pro Versichertem und Jahr, in Nordrhein hingegen nur 330 Euro. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 348 Euro.

Dissens besteht bei der Frage, ob das Problem innerhalb der Selbstverwaltung und des KV-Systems gelöst werden kann „Das lässt sich ein wenig mit dem Länderfinanzausgleich

vergleichen, wo die Geber-Länder naturgemäß eine andere Position als die Nehmer-Länder einnehmen“, sagt Dr. Peter Potthoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein.

Unterschiedliche Positionen zeichnen sich auch zwischen Politik und KVen ab. Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Ulrike Flach (FDP), spielte den Ball an die KVen zurück. Den KVen seien mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz genügend Möglichkeiten an die Hand gegeben worden, das Problem auf regionaler Ebene mit den Kassen zu verhandeln, meint die Abgeordnete aus Mülheim an der Ruhr. Potthoff widerspricht: „Wir können nur über Steigerungsraten verhandeln. Unser Problem ist aber der niedrige Sockel. Um das Finanzierungsgefälle ausgleichen zu können, müssten wir überproportionale Steigerungsraten verhandeln, die völlig unrealistisch wären.“ Beim Thema Konvergenz sei die Politik am Zuge.

Ein Video mit Interviews mit den Vorsitzenden der KVen in NRW zur Anhörung im Petitionsausschuss finden Sie unter www.konvergenz-jetzt.de

Dr. Wolfgang-Axel Dryden vor dem Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages

Der Vorstand der KV Nordrhein unterstützte die Konvergenzforderung in Berlin

Dr. Peter Potthoff im Interview am Rande der Anhörung am 5. März.



„Wir bleiben am Ball“

KV Nordrhein-Vorstandsvorsitzender Dr. Peter Potthoff äußert sich zu Konvergenz, Krankenkassen und Kompensation für fehlendes Geld im GKV-System.

Wie bewerten Sie die Anhörung vor den Parlamentariern des Petitionsausschusses in Berlin?

Potthoff: Mit dem gemeinsamen Auftritt der KV-Spitzen aus Nordrhein-Westfalen haben wir deutlich gemacht, wie wichtig das Thema ist. Wir haben klargemacht, warum wir uns mit der Benachteiligung der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen in Form zu geringer Mittel für die ambulante ärztliche Versorgung nicht abfinden können. Die Politik wird sich mit unseren Argumenten auseinandersetzen müssen. Sicher ist: Wir bleiben weiter am Ball.

Was halten Sie von dem Einwand, dass die KVen das Problem durch eigene Verhandlungen lösen könnten?

Potthoff: Das stimmt ja nicht. Es geht um eine Systemfrage. Wir können nur über Honorarsteigerungen verhandeln, das Problem aber ist der niedrige Sockel, auf dem Steigerungen aufsetzen. Wir haben eine strukturelle Unterfinanzierung – da ist der Gesetzgeber gefragt. Er muss faire Rahmenbedingungen schaffen, damit wir unseren Sicherstellungsauftrag erfüllen können. Niemand kann ein Interesse daran haben, dass wir Patientinnen und Patienten im bevölkerungsreichsten deutschen Bundesland schlechter versorgen können als anderswo.

Fürchten Sie, dass Ihre Forderung nach Konvergenz als bloße Forderung nach mehr Geld missverstanden wird?

Zur Person

Dr. med. Peter Potthoff (64) ist seit 2011 Vorsitzender des Vorstandes der KV Nordrhein und lebt in Königswinter. In Bad Honnef praktiziert er als Gynäkologe. Er studierte Medizin in Bonn und Singapur und ist Bankkaufmann mit erstem juristischen Staatsexamen. Er wurde 1988 Mitglied der Vertreterversammlung der KV Nordrhein und war von 2000 bis 2004 stellvertretender Vorstandsvorsitzender. Der gebürtige Leverkusener ist verheiratet und hat einen Sohn.

Potthoff: Das wird den Ärzten gerne unterstellt, aber inzwischen haben auch die Patienten verstanden, dass es um etwas anderes geht. Das bundesweit einheitlich hohe Niveau der ambulanten medizinischen Versorgung lässt sich nicht erhalten, wenn dafür regional nicht der gleiche Betrag zur Verfügung steht. Das ist bei den Menschen angekommen – allein die Petition hat fast 170.000 Unterstützer gefunden.

Sie haben angeregt, die Milliarden-Überschüsse der Krankenkassen für die Konvergenz zu verwenden. Warum?

Potthoff: Weil es keinen Sinn macht, wenn bei den Kostenträgern Milliarden an Überschüssen verbleiben, während bei uns Mittel für die ambulante ärztliche Versorgung fehlen. Die Kassen zahlen in NRW nicht einmal das, was im Bundesdurchschnitt pauschal vergütet wird, obwohl das Geld im System vorhanden zu sein scheint. Es geht darum, vorhandene Mittel gerecht zu verteilen.

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen fehlenden Mitteln in Nordrhein und der Tendenz auf Ärzteseite, die Einnahmen anderweitig zu erhöhen?

Potthoff: Je mehr wir beim Thema Honorar benachteiligt werden, desto eher müssen Ärzte versuchen, Einnahmen anderweitig zu generieren – beispielsweise durch IGe-Leistungen.

Den Ärzten wird bei IGeL unterstellt, sie würden sinnlose Leistungen verkaufen, nur um mehr Geld zu verdienen.

Potthoff: IGe-Leistungen sind Angebote, die nicht zum GKV-Leistungskatalog gehören, aber der Gesundheit im Einzelfall förderlich sein können. Letztlich entscheidet dabei der Patient, was ihm seine Gesundheit wert ist, wobei wir stets verantwortliches ärztliches Handeln erwarten.

Helfer in Honorarfragen

Das Angebot an Dienstleistungen der KV Nordrhein wird immer größer. Neu ist ein Service, der sowohl jungen als auch etablierten Ärzten und Psychotherapeuten hilft, bislang ungenutzte Möglichkeiten bei der Abrechnung kennenzulernen und dadurch eventuell sogar ihre Einnahmen zu erhöhen.

Guter Service macht schnell die Runde. „Bisher haben wir noch gar keine spezielle Werbung für unsere neue Abrechnungsberatung gemacht – aber offenbar hat sich das Angebot unter unseren Mitgliedern schon herumgesprochen“, sagt Marion Flucht. Die Leiterin der Hauptabteilung Honorarabrechnung in der Bezirksstelle Düsseldorf hat mit dazu beigetragen, dass Ärzte und Psychotherapeuten jetzt in allen Fragen zur Abrechnung individuelle Hilfe in Anspruch nehmen können – und ihr Wissen in Honorarfragen weitergeben. Mit Erfolg. „Die Ärzte sind sehr angetan davon, in Honorarfragen feste Ansprechpartner zu haben“, sagt Susann Degenhardt, eine der beiden neuen Abrechnungsberaterinnen in der Bezirksstelle Düsseldorf.

Individuelle Hilfe

Ihre Kollegin Olga Lykova, wie Susann Degenhardt 34 Jahre alt, fügt eine wichtige Einschränkung hinzu: „Wir sind keine zusätzliche Hotline in sämtlichen Abrechnungsfragen, und auch keine EBM-Beratungsstelle.“ Bei der neuen Abrechnungsberatung geht es um individuelle Hilfe im Detail, die sich nicht am Telefon leisten lässt. In der Bezirksstelle Köln helfen Jasmin Krahe und Michael Sybertz den Ärzten weiter.

„Wir haben bisher nur positive Erfahrungen gemacht“, sagt Susann Degenhardt. Inzwischen haben die Abrechnungsberaterinnen in Düsseldorf über 60 Gespräche mit Ärzten und Psychotherapeuten geführt, manche dauer-

ten fast drei Stunden. Es geht um Praxisgründungen, Konstellationswechsel; auch eine Einführung in die Abrechnungssystematik ist im Angebot.

Die Ärzte und Psychotherapeuten wissen zu schätzen, dass sich die Beraterinnen viel Zeit nehmen und großen Aufwand treiben, um im Einzelfall effektiv helfen zu können. „Was uns meistens gelingt“, fügt Degenhardt hinzu. Klar ist: „Wir müssen uns intensiv auf jedes Gespräch vorbereiten und die Unterlagen studieren, um Potenziale fürs Abrechnen zusätzlicher Leistungen oder auch Einsparmöglichkeiten beim Praxisbetrieb ausfindig zu machen“, so Olga Lykova. „Je mehr wir wissen, desto besser können wir helfen“, betont Susann Degenhardt.

Meist kostenfrei

Das Beratungsangebot, das sich an Berufsanfänger und etablierte Ärzte richtet, wird kostenfrei bleiben, sofern Ärzte eine allgemeine Beratung zu vertragsärztlichen Honorarfragen in Anspruch nehmen. „Aufwändigere Simulationsberechnungen oder differenzierte Honoraranalysen können wir auf Dauer nicht kostenlos anbieten“, sagt Marion Flucht.

Lohnen wird sich die Beratung trotzdem: In vielen Fällen können die Beraterinnen und Berater neue Möglichkeiten bei der Abrechnung aufzeigen. Allerdings hat auch der beste Service Grenzen: „Wir müssen sehen, ob weitere Ansprechpartner in der KV hinzugezogen werden sollten.“ Wird etwa eine detaillierte

Kostenanalyse für die Praxis gewünscht, wird der Ball an die Niederlassungsberater weitergespielt.

Dass das neue Angebot so gut ankommt, hat nicht nur mit dem Aufklärungsbedarf in Fragen der Honorarsystematik zu tun. Sondern auch mit dem Personal, das den anspruchsvollen Job erledigt. „Die Ärzte freuen sich über junge Gesichter“, hat Susann Degenhardt festgestellt. Die Beraterinnen stehen für eine KV, die sich als Dienstleister versteht und die Ärzte als Kunden betrachtet, auf die sehr individuell einzugehen ist.

„Wir hatten schon sehr emotionale Begegnungen – beispielsweise mit einem jungen Arzt, den Schulden plagen und dessen Honorarerwartungen enttäuscht wurden“, berichtet Lykova. Ihm wurden Möglichkeiten einer Kooperation aufgezeigt.

Sinnvolle Analyse

Deshalb schauen die Abrechnungsberaterinnen ganz genau hin – je nach Sach- und Wissensstand der Mitglieder. „Wir wissen, dass die Systematik kompliziert ist. Aber wir wis-

sen auch, dass sie sinnvoll ist. Und ohne Alternative“, urteilt Lykova, die seit zweieinhalb Jahren bei der KV Nordrhein arbeitet und sich gleich zu Beginn mit den Regelleistungsvolumen auseinandersetzen musste. „Ich arbeite gerne analytisch“, sagt sie – eine Eigenschaft, die der Düsseldorferin bei ihrer Arbeit hilft.

Ihre Kollegin Susann Degenhardt studierte Medizinökonomie und arbeitet schon 18 Jahre lang im Gesundheitswesen, „die längste Zeit auf Seiten der Leistungserbringer“. Seit ihrem Start bei der KV im Sommer 2011 hat auch sie sich tief in die Materie eingearbeitet. Die Bonnerin findet es spannend, ein neues Serviceangebot mit aufzubauen – das an Bedeutung gewinnen wird.

Denn zum einen ist klar, dass die Abrechnung auch künftig nicht auf den berühmten Bierdeckel passt. Zum anderen wächst die Nachfrage nach individuellen Dienstleistungen – worauf die KV Nordrhein konsequent reagiert. „Wir denken darüber nach, unser Dienstleistungs-Portfolio weiter auszubauen – auch bei der Abrechnungsberatung“, sagt Vorstandsvorsitzender Dr. Peter Potthoff.

Abrechnungsberatung

Bezirksstelle Düsseldorf

Olga Lykova

Telefon 0211 5970 8704

Telefax 0211 5970 8613

E-Mail olga.lykova@kvno.de



Susann Degenhardt

Telefon 0211 5970 8703

Telefax 0211 5970 8613

E-Mail susann.degenhardt@kvno.de



Bezirksstelle Köln

Jasmin Krahe

Telefon 0221 7763 6446

Telefax 0221 7763 6400

E-Mail jasmin.krahe@kvno.de



Michael Sybertz

Telefon 0221 7763 6447

Telefax 0221 7763 6400

E-Mail michael.sybertz@kvno.de



Neun EBM-Nummern für Diagnostik und Therapie von MRSA-Patienten

Ab 1. April 2012 gibt es für Ärztinnen und Ärzte neue Ziffern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), die zur Abrechnung von Diagnostik und Behandlung von MRSA-Patienten dienen. Das Honorar erhalten Ärztinnen und Ärzte extrabudgetär. Die Teilnahme an einer kurzen Fortbildung ist für viele Ärzte Voraussetzung, um die Nummern abrechnen zu können.

Infos im Internet

Alle Informationen zu den neuen Leistungen, Merkblätter und Tipps zum Umgang mit MRSA finden Sie auf einer neuen Seite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Internet. Auch die zertifizierten Online-Fortbildungen erreichen Sie über www.mrsa-ebm.de

The screenshot shows a website titled "MRSA in der Praxis – Suchen, Finden und Sanieren!". It includes a search bar with the text "Suche" and a "Go" button. Below the search bar are navigation links: "Erstmalige Suche", "Auf dieser Seite", "Druckversion", "Aktuelle", "Mitt. vom Bundesgesundheitsministerium für praktische Leistungen zur Diagnostik und Sanierung von MRSA-Trägern", and "Online-Fortbildung". The main content area contains text about MRSA prevalence and treatment options, along with images of petri dishes.

Den vollständigen Beschluss des Bewertungsausschusses finden Sie im Internet unter www.aerzteblatt.de | KV | 120310

Informationen rund um das Thema MRSA finden Sie beim Kompetenzzentrum Patientensicherheit der Kassenärztlichen Vereinigungen unter www.kvwl.de | KV | 120310

Hinweise zu regionalen Netzwerken finden Sie unter www.lzg.gc.nrw.de | KV | 120310

Die Leistungen sind bei Risikopatienten mit einer Kolonisation oder Infektion mit methicillinresistenten Staphylococcus aureus (MRSA) und bei deren Kontaktpersonen abrechenbar. Was sind Risikopatienten? Dafür ist im Zusammenhang mit der Abrechnung der neuen Leistungen ein Blick in den EBM nötig.

Definition: Risikopatient

Risikopatienten sind solche, die in den vergangenen sechs Monaten stationär behandelt wurden, und zwar mindestens vier Tage am Stück. Um die neuen EBM-Positionen abrechnen zu können, müssen die Patienten außerdem folgende Risikokriterien erfüllen:

- positiver MRSA-Nachweis in der Anamnese und/oder mindestens zwei der folgenden Risikofaktoren:
- chronische Pflegebedürftigkeit (mindestens Stufe 1)
- Antibiotikatherapie in den vergangenen sechs Monaten
- liegende Katheter (zum Beispiel Harnblaskatheter, PEG-Sonde)
- Dialysepflichtigkeit
- Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen.

Erfüllt ein Patient die Risikokriterien und kommt er innerhalb von sechs Monaten nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus in die

Praxis, dann stellen Sie zunächst fest, ob er MRSA trägt oder infiziert ist (MRSA-Status). Ist der Abstrich positiv oder liegt ein Nachweis aus der Klinik vor, beginnt die Eradikationstherapie.

Diese beinhaltet die notwendigen medizinischen Maßnahmen zur Eradikation des MRSA. Eine antibakterielle Nasensalbe kann für Patienten, die im Rahmen des Screenings positiv getestet wurden, auf einem Kassenrezept verordnet werden. Gurgel- und Spüllösungen wie auch antiseptische Seifen muss der Patient grundsätzlich selbst kaufen. Die weitere Sanierungsbehandlung umfasst den Zeitraum, in dem die Kontrollabstrich-Entnahmen durchgeführt werden – bis zum dritten negativen oder einem positiven Kontrollabstrich.

Genehmigung nötig

Ärztinnen und Ärzte, die die Leistungen abrechnen, benötigen eine Genehmigung der KV Nordrhein. Diese erhalten alle, die eine Zusatzausbildung „Infektiologie“ absolviert haben. Wer diese Zusatzausbildung nicht hat, muss die Teilnahme an einer Schulung nachweisen. Das kann eine von der KV zertifizierte Präsenzveranstaltung zum Thema sein oder eine Onlineschulung.

Die KV Nordrhein hat am 30. März eine erste Schulung angeboten, in der die Qualifikation erworben werden konnte. Weitere Kurse bietet die Nordrheinische Akademie in Kürze an. Bitte informieren Sie sich auf der Homepage der KV Nordrhein unter www.kvno.de

Zusätzlich sind Online-Schulungen in Vorbereitung. Diese erreichen Sie im Internet unter www.mrsa-ebm.de. Nach erfolgreichem Abschluss und Ausdruck der Bescheinigung, können Sie die Genehmigung zur Abrechnung der „MRSA-Ziffern“ bei Ihrer Bezirksstelle der KV Nordrhein beantragen.

Mit der Aufnahme der neuen Ziffern folgte der Bewertungsausschuss gesetzlichen Vor-

gaben im neuen Infektionsschutzgesetz. Die Abrechenbarkeit der Leistungen ist zunächst auf zwei Jahre befristet.

MRSA: Die neuen EBM-Positionen

EBM-Nr.	Kurzbeschreibung der Leistung	Bewertung
86770	Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten, bis sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Behandlung	100 Punkte 1 x im Behandlungsfall
86772	Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten, der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson. Die Leistung ist im kurativ stationären Behandlungsfall nicht abrechnungsfähig.	400 Punkte 1x im Behandlungsfall, 1x je Sanierungsbehandlung
86774	Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten, der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson. ICD-10-GM U80.0 muss in der Abrechnung angegeben werden. Die Leistung ist im kurativ stationären Behandlungsfall nicht abrechnungsfähig	255 Punkte je vollendete zehn Minuten höchstens 2 x je Sanierungsbehandlung
86776	Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers. Die Leistung ist im kurativ stationären Behandlungsfall nicht abrechnungsfähig.	90 Punkte 1x im Behandlungsfall
86778	Teilnahme an einer MRSA-Fall- oder regionalen Netzwerkkonferenz	130 Punkte 1x im Behandlungsfall
Diagnostische Leistungen		Bewertung
86780	Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich	55 Punkte maximal 2 x im Behandlungsfall
86781	Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich	55 Punkte maximal 2 x im Behandlungsfall
Laborleistungen		Bewertung
86782	Gezielter MRSA-Nachweis auf chromogenem Selektivnährboden	5,20 Euro
86784	Nachweis der Koagulase und/oder des Clumpingfaktors zur Erregeridentifikation nur bei positivem Nachweis gemäß EBM-Nr. 86782	2,55 Euro

Wegfall des Poliklinik-Berechtigungsscheines

Wie in KVNO aktuell 01 + 02/2012 gemeldet, ist mit Beginn des Jahres 2012 der Poliklinik-Berechtigungsschein entfallen. Der Zugang zur Poliklinik ist damit ohne eine Überweisung möglich. Für die übrigen Institutsambulanzen an den Universitätskliniken sind allerdings nach wie vor Überweisungen (Formular Muster 6) notwendig.

Kostenerstattung bei neuen GKV-Leistungen

Ende 2011 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, die neuropsychologische Therapie und die Einführung eines Screenings auf Gestationsdiabetes als neue Leistungen in den Leistungskatalog der GKV aufzunehmen. Da der Bewertungsausschuss noch keinen Beschluss zur Aufnahme dieser Leistungen in den EBM gefasst hat, möchten

wir über die Vorgehensweise zur Leistungserbringung und Abrechnung informieren.

Durch den Beschluss des G-BA entsteht ein Anspruch des Versicherten auf diese Leistung. Er hat ein Recht darauf, dass diese Leistung erbracht wird. Solange noch keine Gebührenordnungsposition vorliegt, hat der Versicherte Anspruch auf Kostenerstattung durch seine Krankenkasse. Die Kasse muss die tatsächlich entstandenen Kosten erstatten. Eine Begrenzung auf die sonst von der Kasse im Rahmen der Gesamtvergütung zu leistenden Beträge ist nicht zulässig.

Als Vertragsarzt können Sie dem Versicherten eine Rechnung nach der GOÄ ausstellen, wenn diese Leistung gewünscht wird. Der Versicherte ist darüber zu informieren, dass eine Abrechnung als Sachleistung nicht möglich ist. Mit der Aufnahme der neuen Leistungen in den EBM werden die Leistungen wie üblich über die KV Nordrhein abgerechnet.

Screening Gestationsdiabetes

Die Einführung eines Screenings auf Gestationsdiabetes durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ist am 3. März 2012 in Kraft getreten. Der G-BA hat beschlossen, dass allen Schwangeren am Ende des zweiten Trimenons als Suchtest ein 50 g Glucosebelastungstest angeboten wird. Fällt dieser Test positiv aus, erfolgt ein Bestätigungstest. Dieser besteht aus drei Blutzuckerbestimmungen aus Venenblut (nüchtern und jeweils eine und zwei Stunden nach 75 g Glucosebelastung). Die Weiterbetreuung der Schwangeren erfolgt in Zusammenarbeit mit diabetologisch qualifizierten Ärzten.

Unterstützend zur ärztlichen Behandlung erhält die Schwangere ein Merkblatt. Es kann ab sofort bei folgender Druckerei kostenfrei angefordert werden:

WWF-Druckerei + Medien GMBH,
Am Eggenkamp 37-39, 48268 Greven,

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

Telefon 02571 9376 0, Telefax 02571 9376 50,
ISDN 02571 9376 45, E-Mail druck@wwf-medien.de

Hinsichtlich der Abrechnung des Gestationsdiabetes-Screenings beachten Sie bitte den Artikel Kostenerstattung bei neuen Leistungen in der GKV in dieser Ausgabe der Praxisinformation. Die Glucoselösungen zur Durchführung der beiden Teste können über den Sprechstundenbedarf bezogen werden.

Neuropsychologische Therapie

Die neuropsychologische Therapie ist seit 24. Februar 2012 eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen. Solange der Bewertungsausschuss noch keine Gebührenordnungspositionen beschlossen hat, ist diese neue Leistung im Rahmen der Kostenerstattung über die GOÄ abrechnungsfähig.

Weitere Informationen zur Einführung der neuen Leistung, zur Indikation, Diagnostik und Qualifikation sowie Art, Dauer und Umfang der Therapie finden Sie im Internet unter www.kvno.de | [KV | 120313](#)

Veranlassung Osteopathie keine vertragsärztliche Leistung

Die Techniker Krankenkasse (TK) bietet ihren Versicherten als freiwillige Satzungsleistung Osteopathie an. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist, dass diese durch einen Arzt formlos veranlasst wird. Wenn Versicherte der TK Sie um eine Veranlassung der osteopathischen Leistungen bitten, beachten Sie bitte, dass die Veranlassung der Osteopathie durch Vertragsärzte keine vertragsärztliche Leistung ist. Die damit im Zusammenhang stehenden ärztlichen Leistungen können nicht über die KV Nordrhein abgerechnet, sondern nur privat liquidiert werden. Ob dem Versicherten diese Kosten erstattet werden, muss der Versicherte mit der TK klären.

Die Osteopathie wird nicht nur zur Therapie, sondern auch zur Diagnostik eingesetzt. Wenn

ein Versicherter der TK Sie konsultiert, um eine von einem osteopathischen Behandler gestellte Diagnose absichern zu lassen, handelt es sich bei dieser Abklärungsdiagnostik um vertragsärztliche Leistungen. Diese können Sie über die KV Nordrhein abrechnen.

DMP-Dokumentationen: Keine Disketten mehr

Durch den Wegfall der Abgabe der Quartalsabrechnung auf Diskette entfällt ab 1. April 2012 die Möglichkeit, DMP-Dokumentationen auf Diskette bei der DMP-Datenstelle in Bamberg einzureichen. Zur Dokumentation stehen Ihnen zum Beispiel CDs oder der D2D-Versand zur Verfügung. Informationen zur Umstellung auf D2D stellt Ihnen die Fachabteilung IT in der Arztpraxis gerne zur Verfügung. Auf Wunsch können Sie auch die halbjährlichen DMP-Feedbackberichte per D2D erhalten.

Bitte wenden Sie sich hierzu an:
IT in der Arztpraxis
Silke Hochheim
Telefon 0211 5970 8006
E-Mail silke.hochheim@kvno.de oder das
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
DMP-Projektbüro Köln
Telefon 0221 7763 6760

Keine Aufkleber aufs Rezept

Beim Ausfüllen von Arzneimittelrezepten verwenden Sie bitte keine Aufkleber. Die Beschriftung der Rezepte muss dauerhaft sein. Nach der Vordruckvereinbarung hat die Beschriftung des Personalienfeldes zeilen- und spaltengerecht zu sein. In Ambulanzen werden vereinzelt die gängigen Patientenaufkleber benutzt. Das ist nicht zulässig. Die Aufkleber könnten gefälscht oder getauscht werden und sind nicht maschinenlesbar.

DAK Gesundheit: Weiterhin DMP

Zum 1. Januar 2012 haben die DAK, die BKK Gesundheit und die BKK Axel Springer zur

DAK Gesundheit fusioniert. Die Disease-Management-Programme werden weitergeführt. Eine Ausschreibung bzw. Neueinschreibung der DMP-Teilnehmer ist durch die Fusion nicht notwendig.

BKK pronova: Präventionsvertrag J2

Die KV Nordrhein und die BVKJ Service GmbH des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte haben mit der pronova BKK einen Vertrag über die Durchführung der Präventionsuntersuchung J2 zum 1. April 2012 vereinbart. Der Vertrag entspricht den bereits geschlossenen Verträgen mit den anderen Krankenkassen. Die Vorsorgeuntersuchung gilt für Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren und wird mit 50 Euro extrabudgetär außerhalb der RLV vergütet. Teilnehmen können Kinder- und Jugendärzte sowie Haus- und Fachärzte, wenn sie die vorgegebenen Qualifikationen nachgewiesen haben. Bitte dokumentieren Sie die Untersuchungen im Vorsorgeheft des Berufsverbandes. Eine Übersendung der Durchschrift der Dokumentationen an die KV Nordrhein ist nicht erforderlich.

BIG direkt beendet Hausarztvertrag

Der Hausarztvertrag der KBV und der BIG direkt endet zum 30. Juni 2012. Ab 1. April 2012 sind Neueinschreibungen von Versicherten und neue Teilnahmen von Hausärzten nicht mehr möglich.



BKK Novitas streicht Impfungen

Die von der BKK Novitas zusätzlich angebotenen Satzungs-Impfleistungen gegen Tollwut, HPV für Frauen von 18 bis 26 Jahren und die Malariaphylaxe sind ab 1. April 2012

nicht mehr Gegenstand des freiwilligen Leistungskataloges und somit nicht mehr abrechnungsfähig.

Die Impfungen, die noch vergütet werden, finden Sie unter www.kvno.de | KV | 120314

BKK pronova: Nur noch HPV-Impfung

Die pronova BKK beendet zum 1. April 2012 die Impfvereinbarung im Rahmen von zusätzlichen Satzungs-Impfleistungen. Nur die HPV-Impfung für Frauen von 18 bis 26 Jahren wird weitergeführt.

Pertussis-Impfung für Erwachsene

Ansteckungsquelle für an Pertussis erkrankte Säuglinge sind häufig Erwachsene. Die Impfung gegen Pertussis ist eine Standardimpfung für Säuglinge und Kleinkinder. Die Impfung wird begonnen im Lebensalter von zwei Monaten und abgeschlossen im Lebensalter von 11 bis 14 Monaten. Bis der entsprechende Impfschutz aufgebaut ist, sind die Säuglinge gefährdet. Fast alle Krankenhausbehandlungen und Todesfälle betreffen dementsprechend junge ungeimpfte Säuglinge (vor allem unter 16 Monaten), wie das Robert Koch-Institut festgestellt hat.

Um die Krankheitslast primär bei Erwachsenen, insbesondere aber bei den Säuglingen zu reduzieren, empfiehlt die Ständige Impfkommission seit 2009, Erwachsene zusätzlich gegen Pertussis zu impfen und zwar bei der nächstfälligen Td-Impfung (Tetanus-Diphtherie) als Tdap-Kombinationsimpfung. Der G-BA hat diese Regelung in die Schutzimpfungs-Richtlinien übernommen, so dass alle Erwachsenen bei der nächstfälligen Td-Impfung einmalig die Tdap-Kombinationsimpfung erhalten sollten.

Hausarztvertrag: TK vergütet Impfleistungen direkt

Impfleistungen für Versicherte, die am Hausarztvertrag der Techniker Krankenkasse teilnehmen, können nicht über die KV Nordrhein abgerechnet werden. Die Techniker Krankenkasse vergütet die Impfleistungen direkt den teilnehmenden Hausärzten. Die Verordnung von Impfstoffen erfolgt jedoch wie in der Vergangenheit über den Sprechstundenbedarf.

IKK-Katarakt: Pauschale angepasst

Die Operationspauschale – Honorar und Sachkosten – des Kataraktvertrages mit der IKK classic wird zum 1. April 2012 um 40 Euro auf 729 Euro angepasst.

Neuregelung bei Kataraktoperationen

Seit 1. Januar 2012 gilt eine gesetzliche Regelung, nach der Versicherte auch die Möglichkeit haben, Intraokularlinsen, deren Zusatzfunktion nicht zwingend medizinisch notwendig ist, statt der üblichen Standardlinse zu wählen. Dieses Verfahren war bisher nach den Katarakt-Kontingentverträgen, die die KV Nordrhein mit der AOK Rheinland/Hamburg, den Ersatzkassen, dem Landesverband der BKKen sowie der IKK classic abgeschlossen hat, nicht möglich.

Wählt ein Versicherter statt der Standardlinse die Intraokularlinse, muss er die Mehrkosten für die Linse sowie die Mehrkosten, die im Zusammenhang mit der Implantation dieser Komfortlinse entstehen, auf Basis der GOÄ übernehmen. Der Patient ist durch den Operateur im Vorfeld über die entstehenden Mehrkosten schriftlich zu informieren. Es sollte auch dokumentiert werden, dass der Versicherte mit der Übernahme der Mehrkosten einverstanden ist. Die Abrechnung der Kataraktoperation selbst erfolgt über die Krankenversichertenkarte im Rahmen der üblichen Quartalsabrechnung des Ophthalmochirurgen mit der KV Nordrhein. Bis Ende Oktober 2012 wird der Bewertungsausschuss die Rahmenbedingungen der Abrechnung bei der Versorgung mit Intraokularlinsen definieren.

BKK Alp plus: Homöopathievertrag

Die BKK Alp plus tritt zum 1. April 2012 dem Homöopathievertrag der Securvita BKK bei. An diesem Vertrag nehmen folgende BKKen teil: BKK Linde, BKK Daimler, BKK Essanelle, BKK 24, BKK Pfaff, BKK Herkules.

Eigenständige Verträge zur homöopathischen Behandlung bestehen mit der IKK classic, der Barmer GEK und der BKK pronova. Bei den Verträgen mit der Barmer GEK und der BKK pronova entfällt die sonst notwendige Einschreibung der Versicherten.

Eine Übersicht der teilnehmenden Krankenkassen und die abrechnungsfähigen Leistungen finden Sie unter www.kvno.de | [KV | 120315](#)

Neue Merkblätter Kinderunfälle

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, die KBV und die gesetzlichen Krankenkassen haben die acht Merkblätter zur Vermeidung von Kinderunfällen aktualisiert. Die Merkblätter erhalten Sie ab sofort über den Formularversand in Krefeld zur Auslage in Ihrer Praxis bzw. zur Weitergabe an die Eltern. Sie können das reguläre Bestellformular verwenden oder telefonisch bestellen.

Mehr Gehalt fürs Praxispersonal

Ab April 2012 steigen die Tarifgehälter für Medizinische Fachangestellte (MFA) um 2,9 Prozent. Darauf haben sich der Verband medizinischer Fachberufe und die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen von Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferinnen geeinigt.

Von Januar bis März 2012 erhalten die Beschäftigten in den Tätigkeitsgruppen I und II eine Einmalzahlung in Höhe von 150 Euro, in den Tätigkeitsgruppen III und IV gibt es 200 Euro. Auszubildende erhalten eine Einmalzahlung von 90 Euro. Auszubildende erhalten laut dem neuen Vertrag rund 50 Euro mehr im Monat. Die Vergütung beträgt im ersten Ausbildungsjahr 610 Euro, im zweiten 650 Euro und im dritten Jahr 700 Euro. Der neue Gehaltstarifvertrag hat eine Laufzeit bis 31. März 2013.

Aktuelle EBM-Änderung

Der vierte und fünfte Spiegelstrich der ersten Anmerkung zur EBM Nummer 11500 (Geistige Entwicklungsstörung ungeklärter Ätiologie - Analyse auf Mikrodeletion und Mikroduplikation) ist geändert worden.



- Postnatal liegen multiple angeborene Fehlbildungen vor.
- Postnatal liegen multiple dysmorphologische Merkmale, die zytogenetisch nicht erfassbare chromosomale Aberrationen als Ursache implizieren, vor.

Die EBM-Änderung ist noch nicht in Kraft getreten.

Rabattverträge über Originale belasten Generikaquoten

Der Abschluss von Rabattverträgen über Originalpräparate reduziert die Kosten der Krankenkassen – und kann dazu führen, dass Ärztinnen und Ärzten ihre Generikaquote verfehlen. Die KV Nordrhein will diese Verbindung kappen.

Rabattverträge zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Herstellern haben in den vergangenen fünf Jahren zu deutlichen Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben geführt. Seit 2007 sind Apotheker verpflichtet, Rabattverträge zu bedienen. Sie müssen ein rabattiertes Arzneimittel abgeben, wenn ein entsprechender Vertrag gemeldet wurde und der Arzt den Austausch zugelassen hat.

Als erste Rabattverträge hatten einzelne Krankenkassen Sortimentsverträge mit jeweils einem Generikahersteller geschlossen. Dabei werden alle Präparate eines Herstellers bei einer Kasse rabattiert. Diese Verträge laufen aus und dürfen aus vergaberechtlichen Gründen nicht neu geschlossen werden.

Derzeit schreiben die Kassen Rabattverträge in der Regel zu einzelnen Wirkstoffen aus. Die Pharmaunternehmen erhalten dann in einem öffentlichen Vergabeverfahren den Zuschlag

für jeweils einen Wirkstoff. Die Kassen fahren dabei unterschiedliche Strategien. Entweder vergibt die Kasse je Wirkstoff nur einen Zuschlag; das führt oft zu höheren Rabatten. Oder die Kasse vergibt mehr als zwei Zuschläge je Wirkstoff; das lässt dem Apotheker eine Auswahl und verbessert theoretisch die Lieferfähigkeit.

Generell gilt: Rabattverträge sollen laut Gesetz zwei Jahre lang laufen. Das soll einerseits zu einer gewissen Konstanz in der Abgabe von Arzneimitteln führen und andererseits den Wettbewerb unter den Anbietern forcieren.

Rabattverträge über Originalpräparate

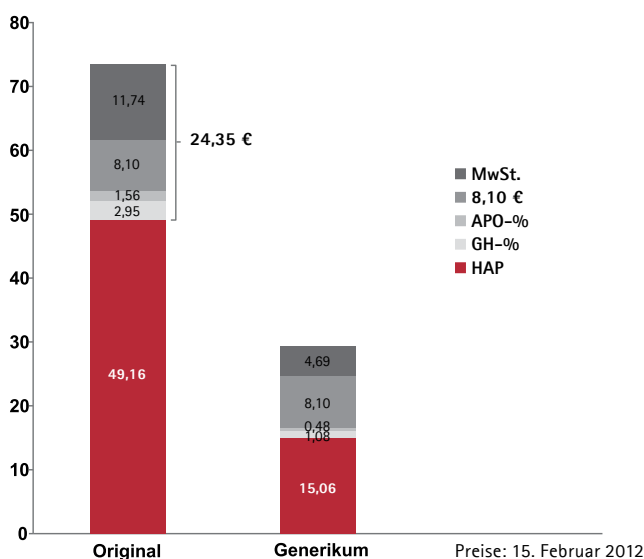
Die meisten Rabattverträge betreffen Generika. Derzeit existieren über 16.000 Rabattverträge über patentfreie Wirkstoffe. Es gibt aber auch Rabattverträge über Originalpräparate. Rabattverträge über Originale werden geschlossen:

- wenn ein Originalanbieter im Rahmen einer Ausschreibung einen Zuschlag erhält
- bei Patentablauf, wenn noch keine Generika zur Verfügung stehen. Die Originalhersteller verlängern so den „Lebenszyklus“ ihres Präparates
- während der Patentlaufzeit, um den Anteil der Reimporte zu verkleinern
- im Rahmen von sogenannten Mehrwertverträgen.

Bei Rabattverträgen über Originalpräparate bedeuten hohe Rabatte nicht automatisch, dass der Endpreis auch wirtschaftlich ist. Der pharmazeutische Unternehmer kann den Rabatt in der Regel nur auf den Herstellerabgabepreis geben (siehe Abbildung).

Auf den Herstellerabgabepreis werden ein Großhandels- und Apothekenzuschlag, 8,10 Euro und die Mehrwertsteuer aufgeschlagen. Der Hersteller kann nur Rabatt auf seinen Verkaufspreis geben, so dass die Aufschläge immer erhalten bleiben. Das Beispiel für Latanoprost-Augentropfen zeigt, dass selbst bei einem 100-%igen Rabatt auf den Herstellerabgabepreis der Originalanbieter nicht unter 24,35 Euro kommen kann.

Preisbildung bei Arzneimitteln – Beispiel Augentropfen



Rabattverträge und Generikaquoten

In Nordrhein haben Kassen und KV für die meisten Fachgruppen Generikaquoten vereinbart. Auf Generika entfielen 2010 in Nordrhein 74,5 Prozent der Verordnungen, jedoch nur 35,8 Prozent der Kosten. Nach wie vor gilt also: Generika sind die wirtschaftliche Alternative zu Originalpräparaten.

Dennoch schließen einzelne Kassen bei Patentablauf Rabattverträge mit dem Originalanbieter. Diese Verträge sind aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte ärgerlich:

- die Rabattverträge und die Höhe des jeweiligen Rabattes sind nicht bekannt
- Patienten werden vom Arzt überzeugt, dass Generika von gleicher Qualität wie Originale sind – und der Patient bekommt dann doch ein Original in der Apotheke
- die abgegebenen Originale erschweren den Praxen, die geforderte Generikaquote einzuhalten.

„Wir setzten uns deswegen dafür ein, die Generikaquoten nicht mit einem Malus zu ver-

knüpfen“, sagt Dr. Holger Neye, Leiter der Pharmakotherapieberatung der KV Nordrhein.

Rabatte und Richtgrößenprüfungen

Welche Rolle spielen die Rabatte bei der Richtgrößenprüfung? Wenn eine Praxis das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 Prozent überschreitet, sind „Rabatte aufgrund von Verträgen nach Paragraph 130a Abs. 8 des Sozialgesetzbuchs V auf Verordnungsebene kassenindividuell zu berücksichtigen“. Das bestimmt die Richtgrößenvereinbarung in Nordrhein.

Die Abgabe teurer (rabattierter) Arzneimittel in der Apotheke könnte demnach zunächst zu einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens führen. Das passiert aber nicht, weil die Prüfungsstelle die Rabatte im Rahmen der Vorab-Prüfung wie eine Praxisbesonderheit berücksichtigt. Ärzte kennen weder die Rabattverträge, noch die endgültigen Preise. Daher empfiehlt die KV Nordrhein generell: wenn möglich ein Generikum verordnen und den Austausch zulassen, also kein Kreuz setzen.

Abrechnung SSB: Unterlagen komplett einreichen

Wenn Sie Ihren Sprechstundenbedarf (SSB) direkt mit der KV Nordrhein abrechnen, bitten wir Sie, Ihre Unterlagen vollständig bei uns einzureichen. Wenn Unterlagen fehlen, führt dies zu Rückfragen in der Praxis oder bei den Lieferanten. Um den Aufwand zu minimieren und Rechnungen zügig bearbeiten zu können, bitten wir Sie, die folgenden Unterlagen einzureichen:

- Rechnungsanschreiben (DIN A4 Blatt) an die KV Nordrhein mit folgendem Inhalt:
 - Name des Arztes und Anschrift der Praxis
 - Rechnungstext, zum Beispiel: Wir bitten um Bezahlung der beigefügten Lieferanten-Rechnung über Sprechstundenbedarf in Höhe von)
 - Rechnungsbetrag
 - Angabe des Privatpatientenanteils in Prozent, wenn Sie Artikel für Privatpatienten entnommen haben
 - Kontoverbindung
- Rechnung des Lieferanten
- ausgefüllte Sprechstundenbedarfsrezepte

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.

Marktübersicht 2012 liegt vor

Die neue Marktübersicht ist im Internet abrufbar. Zur Erinnerung: Auch im Jahr 2012 haben KV Nordrhein und die Krankenkassen im Rheinland Me-too-Quoten für einige Fachgruppen vereinbart. Die Marktübersicht listet zu den Me-too-Präparaten therapeutische und wirtschaftliche Alternativen. Die Marktübersicht erhalten Sie mit der Mai-

Ausgabe von KVNO aktuell. Sie finden sie schon jetzt im Internet unter www.kvno.de



Me-too-Liste: Acht Präparate gestrichen

Die sogenannte Me-too-Liste wurde auf den Stand von 2011 eingefroren. Denn neue Wirkstoffe unterliegen seit 2011 einer frühen Nutzenbewertung. In den ersten drei Monaten dieses Jahres sind bereits acht Präparate von der Me-too-Liste gestrichen worden. Für

Amorolfen (Loceryl), atorvastatin (Sortis), Desloratadin (Aerius), Moexipril (Fempress plus), Nalbuphin (Nalpain) und Sertindol (Serdolect) ist das Patent abgelaufen. Anemet und Atemur sind außer Handel.

Neue Antikoagulantien – Auf Indikation achten

Kontakt

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

Für die Prävention von Schlaganfällen und systemischer Embolien bei valvulärem Vorhofflimmern sind zwei neue Substanzen zugelassen worden: der Thrombin-Inhibitor Dabigatran (Pradaxa) und der Faktor Xa-Inhibitor Rivaroxaban (Xarelto). Die Präparate stehen seit September 2011 respektive Januar 2012 in dieser Indikation zur Verfügung.

Ärztinnen und Ärzte, die die neuen Antikoagulantien verordnen, sollten auf die Indikation achten. Denn nach den Fachinformationen müssen neben dem valvulären Vorhofflimmern weitere Risikofaktoren vorliegen, um die Präparate zulassungskonform anzuwenden. Aufgrund der engen Indikation dürfte nur ein Teil der Phenprocoumon-Patienten umgestellt oder neu eingestellt werden. Patienten, die mit der bisherigen Phenprocoumon-Therapie gut zurechtkommen, sollten Sie nicht umstellen.

Die beiden Arzneien sind circa 12 mal teurer als eine Phenprocoumon-Therapie. Eine Symbolziffer zur Kennzeichnung einer Praxisbesonderheit haben KV und Kassen in Nordrhein nicht vereinbart, da von einem zurückhaltenden und eingeschränktem Wechsel der Therapien auszugehen ist.

Regressfalle: Fiktiv zugelassene Arzneimittel

Bei Verordnung von fiktiv zugelassenen Arzneimitteln können Krankenkassen Regressanträge stellen. In anderen Bundesländern ist das bereits geschehen, in Nordrhein haben die Kassen dies angedroht. Und nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes aus dem Jahr 2005 ist dies rechtens. Die Regressanträge beziehen sich insbesondere auf die Präparate AHP und Pentalong.

Weder in der Software des Arztes noch in der Apotheke ist der Zulassungsstatus eines Arzneimittels hinterlegt. Deswegen hat die KV Nordrhein eine Liste fiktiv zugelassener Arzneimittel veröffentlicht. Sie ist im Internet-Angebot der KV Nordrhein abrufbar. Die KV Nordrhein ist zudem an die Kassen herangetreten, um Anträge fernzuhalten. Die AOK

Rheinland/Hamburg hat bereits zugesagt, bis zum 30. Juni 2012 keine Anträge zu stellen. Die Zulassungsbehörden müssen endlich Klarheit zu schaffen, welche Präparate zugelassen sind und welche nicht.

Aktuelle Informationen rund um das Thema Verordnungen bietet der Newsletter VIN der KV Nordrhein. Abonnieren Sie ihn kostenfrei über www.kvno.de

Was heißt „fiktiv zugelassen“?

Fertigarzneimittel, die bereits vor 1978 im Markt waren, galten mit Inkrafttreten des Arzneimittelgesetzes 1976 als „fiktiv zugelassen“, um weiterhin verkehrsfähig zu bleiben. Sie sollten sich bis 2005 einer Nachzulassung unterziehen und den Nachweis von Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit erbringen. Doch dazu kam es nicht in allen Fällen. Einzelne fiktiv zugelassene Präparate sind ohne Nachzulassung noch immer im Handel. Zum Teil verzögern Gerichtsverfahren eine endgültige Entscheidung.

IFF: Diagnosen nicht vergessen

Interdisziplinäre Frühförderstellen (IFF) betreuen Kinder mit Behinderungen oder Entwicklungsproblemen im Vorschulalter, wenn neben dem heilpädagogischen Förderbedarf auch Heilmittel benötigt werden. Im Rheinland gibt es inzwischen 27 IFF. Die Verordnung einer Komplexleistung nach § 26 SGB IX (mit Heilmittelanteil) fällt weder ins Heilmittelbudget, noch belastet sie die Heilmittelrichtgröße der Praxis.

Eine Frühförderung kann von niedergelassenen Ärzten verordnet werden, wenn ein noch nicht eingeschultes Kind neben der heilpädagogischen Maßnahme auch Krankengymnastik, Ergotherapie und/oder Logopädie benötigt. Als Verordnungsmuster verwenden Sie bitte das normale Rezept (Muster 16) und tragen neben „Frühförderung“ auf dem Vordruck auch die Diagnosen unter ICF-Gesichtspunkten ein, die der

Teilhabestörung zugrunde liegt und aus der sich der Förderbedarf ableitet.

Die AOK Rheinland/Hamburg betont in einem Schreiben an die KV Nordrhein, wie wichtig die Feststellungen und Diagnosen auf dem Rezept sind. „Dadurch wird die Frühförderstelle erst in die Lage versetzt, eine gezielte Eingangsdiagnostik durchzuführen.“ Aussagen wie Entwicklungsrückstand oder globale Entwicklungsstörung allein reichten bei der Verordnung nicht aus. Es müsse für die IFF klar erkennbar sein, was zu der Behinderung oder der drohenden Behinderung des Kindes führe und woraus sich der Bedarf ableite.



Eine Liste aller Frühförderstellen in Nordrhein finden Sie unter www.kvno.de

Initiative gegen Hausarztmangel

Der Hausarznachwuchs erhält in Nordrhein nun noch früher finanzielle Unterstützung. Studierende im Praktischen Jahr fördert die KV Nordrhein gemeinsam mit den Krankenkassen im Rheinland mit bis zu 2.400 Euro. „Das ist ein Schritt, um den hausärztlichen Nachwuchs für das Rheinland zu sichern“, betont Bernhard Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein.



Das Projekt ist im Februar gestartet. Bis zu vier Monate erhalten die Studierenden monatlich 600 Euro. Maximal 60 angehende Ärztinnen und Ärzte pro Jahr können sich bei der KV Nordrhein um ein Stipendium bewerben.

Voraussetzung ist, dass sich die Stipendiaten im Wahlbereich innerhalb ihres Praktischen Jahres – also im letzten Jahr ihres Studiums – für das Fach Allgemeinmedizin entscheiden. Zudem müssen die Studierenden ihr Praktikum in einer nordrheinischen akademischen Lehrpraxis mit Lehrbefähigung absolvieren und an einer nordrhein-westfälischen Universität Medizin studieren.

und intensiv mit dem Facettenreichtum der Allgemeinmedizin zu beschäftigen. Im Jahr 2010 wurden bundesweit 1.085 Mediziner als Facharzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin anerkannt und 1.872 mit der Bezeichnung Innere Medizin, die sich ebenfalls nach einer Niederlassung hausärztlich betätigen können. Demgegenüber steht das Gros von 4.463 Ärztinnen und Ärzten mit anderen klinischen Fächern.

Das Praktische Jahr ist Bestandteil des Medizinstudiums und in drei Tertiale aufgeteilt. Zwei entfallen auf die verpflichtenden Fächer der Chirurgie und der Inneren Medizin. Den Fachbereich des dritten Tertials dürfen die Studierenden frei wählen. Die Stipendieninitiative soll dazu beitragen, dass angehende Ärztinnen und Ärzte sich früher als bisher mit dem Fach Allgemeinmedizin auseinandersetzen.

Mehr Nachwuchs in die Hausarztpraxen sollen die Stipendien für Studierende bringen.

Fürs Rheinland begeistern

Noch scheint es vielerorts genug Hausärzte zu geben. Doch angesichts einer immer älter werdenden Bevölkerung, wachsender Herausforderungen an die Versorgung und immer weniger Hausarznachwuchs droht ein Mangel an Hausärzten. „Mit unserer Stipendieninitiative sprechen wir Medizinstudenten im Rheinland an, um sie für den Beruf des Hausarztes zu begeistern und an unsere Region zu binden“, sagt Brautmeier.

Das Programm schafft Anreize für die angehenden Ärztinnen und Ärzte, sich frühzeitig

Kontakt

Medizinstudenten, die sich auf das Stipendium bewerben oder detaillierte Informationen erhalten möchten, können sich wenden an:

KV Nordrhein
Carmen Schooldermann
Telefon 0211 5970 8165
Telefax 0211 5970 9165
E-Mail carmen.schooldermann@kvno.de

Stipendieninitiative der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Förderung

- Fördergeber: KV Nordrhein; Körperschaft des öffentlichen Rechts im Rahmen der Wahrnehmung ihrer Sicherstellungsaufgaben
- Zeitraum: 4 Monate
- Begrenzt auf das Tertial im Wahlfach Allgemeinmedizin im praktischen Jahr (PJ)
- Monatszahlung: 600 Euro
- Begrenzung: maximal 20 Stipendien je Tertial

Stipendienzweck

- Förderung der ärztlichen Ausbildung
- Ausgleich des Mehraufwandes für Unterhalt und Lebensführung am Ausbildungsort
- Darstellung des medizinischen Potentials in der ambulanten Versorgung, hier speziell der Hausarztmedizin
- Schaffung eines Bewusstseins für die Chancen einer Niederlassung in der ambulanten Versorgung in Deutschland, speziell im Geltungsbereich der KV Nordrhein

Stipendienvoraussetzungen

- Das Stipendium wird von der KV Nordrhein auf Antrag vergeben. Ein rechtlich einklagbarer Anspruch auf die Vergabe des Stipendiums besteht nicht. Die KV Nordrhein vergibt die Stipendien gemäß den von ihr gesetzten nachfolgenden Richtlinien.

Studienorte

- Universitäten in Nordrhein-Westfalen (Aachen, Bochum, Bonn, Düsseldorf, Duisburg/Essen, Köln, Münster, Witten/Herdecke)
- Anerkennung als akademische Lehrpraxis mit Lehrbefähigung zur Ausbildung im Praktischen Jahr im Auftrag einer der genannten Universitäten
- akademische Lehrpraxis im Geltungsbereich der KV Nordrhein
- Zuteilung der akademischen Lehrpraxis durch eine der benannten Universitäten

Antragsverfahren

- Der Antrag auf das Stipendium wird vom Studierenden gestellt
- Dem Antrag ist die Bestätigung der Universität über die Zuteilung der allgemeinärztlichen PJ-Praxis beizufügen
- Über die Zuteilung des Stipendiums entscheidet die KV Nordrhein nach der Reihenfolge der vollständig eingegangenen Anträge (Antrag inkl. Bestätigung der Universität)
- Die Aufnahme der Tätigkeit in der PJ-Praxis ist – nach Genehmigung durch die KV Nordrhein – zu belegen

Zahlungsweise

- Die Zahlung erfolgt im Überweisungsverfahren durch die KV Nordrhein direkt an den berechtigten PJ-Studenten. Die Bankverbindung ist auf dem Antrag anzugeben.
- Eine gegebenenfalls erforderliche Versteuerung erfolgt durch den Berechtigten
- Die Zahlung erfolgt bis spätestens zum 15. des jeweiligen Tertialmonats für den laufenden Monat

Lernen in der Lehrpraxis

Künftige Hausärzte können erste Erfahrungen in einer der zahlreichen allgemeinmedizinischen Lehrpraxen in Nordrhein sammeln. Eine davon ist die Praxis von Masum M. Mansurie in Velbert-Tönisheide. Seit 2010 bildet er angehende Allgemeinmediziner der Universität Essen aus.

„Die Studierenden lernen hier etwas ganz Wichtiges: Den roten Faden der Behandlung in Kürze zu finden.“

Die angehenden Allgemeinmediziner kommen für zwei bis drei Wochen in die Praxis. Bei Mansurie sind es ein oder zwei pro Jahr – nicht viel, aber der Nachwuchs ist rar, und die Tätigkeit auf dem Land stößt nur bei einer Minderheit der Studierenden auf Begeisterung. Schade eigentlich. Denn Praxen in „ländlichen Ecken“ zeichnen sich oft durch ein besonders breites Spektrum aus: Bei Mansurie reicht es von der Akupunktur über die Chiropraktik bis zur Palliativversorgung.

Auf den Titel „Akademische Lehrpraxis“, der das Praxisschild ziert, sprechen Mansurie viele Patienten an. Die Tätigkeit bietet also ein gewisses Marketing-Potenzial. Doch darauf kann der 49-Jährige verzichten. In Tönisheide,

wo vor einem Jahrzehnt fünf Hausärzte praktizierten, sind es inzwischen nur noch zwei.

„Ich bilde gerne aus – auch wenn es deutlich mehr Arbeit bedeutet“, sagt der Vater von vier Kindern. Die Aufwandsentschädigung fällt mit rund 25 Euro pro Ausbildungstag eher bescheiden aus. Mansurie geht es nicht ums Geld. „Ich gebe der Gesellschaft, die mir ein Medizinstudium ermöglicht hat, etwas zurück“, so der gebürtige Afghane, der mit 21 Jahren Kabul verlassen musste.

Mansurie hat von der Möglichkeit, sich als Lehrpraxis zu betätigen, eher zufällig erfahren: „Ein Kollege berichtete davon am Rande einer Fortbildung.“ Ihn reizte diese Herausforderung – und er hakte bei der Universitätsklinik in Essen nach. „Wer bestimmte Qualifikationsanforderungen erfüllt, wird gerne genommen“, so Mansurie.

Dazu gehört beispielsweise die Bereitschaft, sich an speziellen Qualitätszirkeln für Lehrpraxen zu beteiligen, das regelmäßige Durchführen von Hausbesuchen oder kleinerer chirurgischer Behandlungen in der Praxis. Die Studierenden sind rasch mittendrin im Praxisalltag – und werden vom gesamten Team mit offenen Armen empfangen. „Das ist eine willkommene Abwechslung“, sagt die Medizinische Fachangestellte Jasmin Knoblauch. Und freut sich schon auf den nächsten Studierenden, der in der Lehrpraxis hospitiert.

Das Team der Praxis Mansurie: Jasmin Knoblauch (l.) Hocai, Masum und Farida Mansurie.



Immer weniger neue Hausärzte

Die Zahl der Facharztanerkennungen für Hausärzte (Allgemeinmedizin sowie Innere Medizin und Allgemeinmedizin) hat sich in den vergangenen fünf Jahren im Rheinland halbiert. Die Zahl der Anerkennungen bei der Inneren Medizin bewegte sich in diesem Zeitraum zwischen 215 und 274. Etwa 200 neue Hausärzte pro Jahr sind nötig, damit die Gesamtzahl von rund 6.000 Hausärzten im Rheinland erhalten bleibt.

Jahr	Hausarzt-Anerkennungen
2005	231
2006	165
2007	129
2008	107
2009	107
2010	104

Quelle: Ärztekammer Nordrhein

Weiterbündungsverbund Duisburg zertifiziert

Um angehenden Hausärzten den Weg in die Praxis zu erleichtern, unterstützen KV und Ärztekammer Nordrhein die Gründung von Weiterbündungsverbänden. Prof. Susanne Schwalen, Geschäftsführende Ärztin der Ärztekammer Nordrhein, überreichte den Mitgliedern des Weiterbündungsverbundes Duisburg die Zertifizierungsurkunden, die sie als anerkannte Ausbilder künftiger Allgemeinmediziner auszeichnen.

Teilnehmer im Weiterbündungsverbund Duisburg sind das Helios St. Johannes Klinikum Duisburg, das Evangelische und Johanniter Klinikum Niederrhein und 16 niedergelassene Ärzte aus elf allgemeinmedizinischen Praxen. Der Verbund bietet für die Weiterbildung das komplette medizinische Spektrum, umfangreiche Weiterbildungs-Ermächtigungen und ein eigenes Fort- und Weiterbildungsbudget. Der Duisburger Verbund wurde bereits 2010 von der KV Nordrhein ins Leben gerufen; er wird von der GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft betreut.



Kontakt

GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft
Viktoria König
Telefon 0211 5970 8640
E-Mail viktoria.koenig@gmg-nordrhein.de

Die Mitglieder des Weiterbündungsverbundes Duisburg erhielten am 29. Februar ihre Zertifizierungsurkunden.

Zuschüsse für die Allgemeinarzt-Weiterbildung

Die Förderung der Weiterbildung ist ein weiterer wichtiger Baustein im Kampf gegen den drohenden Hausarztmangel. Gut 5.000 Assistenten hat die KV Nordrhein seit 1999, dem Startjahr des „Initiativprogramms zur Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung“ gefördert. Eine Investition in die Versorgung der Zukunft.

Die Zuschüsse flossen für durchschnittlich 411 Stellen pro Jahr. Rund 33 Millionen Euro hat die KV Nordrhein in den vergangenen zehn Jahren für die Assistenten gezahlt. Dazu kommen Gelder der Kassen in gleicher Höhe; insgesamt beläuft sich die Fördersumme also auf 66 Millionen Euro.

Alle Informationen unter www.kvno.de | [KV | 120324](http://www.kvno.de)

KV Nordrhein legt Qualitätsbericht 2011 vor



Neben der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung gehört die Gewährleistung ihrer Qualität zu den Kernaufgaben der KV Nordrhein. Der neue Qualitätsbericht bietet einen Einblick in aktuelle Themenbereiche der Qualitätssicherung.

Im Berichtsjahr 2010 wurde die mittlerweile insgesamt 60 Genehmigungsbereiche umfassende Lis-

te um fünf neue erweitert. Hinzugekommen sind: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Balneophototherapie, Vitreoretinale Chirurgie, Tonsillotomie und die inzwischen bundesweite HIV/Aids-Vereinbarung.

Einen Schwerpunkt des Berichts bilden die Ergebnisse einer umfangreichen Regionalana-

lyse zum Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ-2, die das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung auf der Basis nordrheinischer Daten erstellt hat.

Der Bericht informiert zudem über die sonographische Untersuchung der Säuglingshüfte zur Früherkennung der Hüftgelenksdysplasie und stellt die Arbeit der Radiologie-Kommission und die Qualitätsprüfungen bei konventionellen Röntgenleistungen vor. Ferner werden neue Regelungen bei der Photodynamischen Therapie am Augenhintergrund erläutert. Aufgrund des konstant hohen Qualitätsniveaus entfallen hier bis Juli 2014 die Stichprobenprüfungen.

Die Erfolge des Tutorentrainings im Rahmen der seit zehn Jahren existierenden Qualitätszirkel macht Prof. Marcus Siebolds in seiner Funktion als Supervisor der nordrheinischen Tutoren deutlich. Das Konzept der „lehrenden Vertragsärzte“ habe sich in den vergangenen Jahren als sehr effizient erwiesen.

Den Qualitätsbericht 2011 können Sie im Internet herunterladen unter www.kvno.de | KV | 120324

116 117 soll im April starten

116 117

**DIE NUMMER, DIE HILFT!
BUNDESWEIT.**

Der ärztliche
Bereitschaftsdienst
der Kassenärztlichen
Vereinigungen

Eigentlich hätte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die bundesweite Rufnummer aller ärztlichen Bereitschaftsdienste gerne Anfang März freigeschaltet. Doch der Start muss auf Mitte April verschoben werden: Tests hatten ergeben, dass die Technik an manchen Stellen noch nicht reibungslos funktioniert.

Die Verschiebung hat für Nordrhein keine Folgen. Denn hier gibt es schon seit 2005 eine einheitliche Nummer und die zentrale Vermittlungsstelle in Duisburg. Patienten im Rheinland können also medizinische Hilfe außerhalb der Praxisöffnungszeiten wie gewohnt über die 0180 50 44 100 erreichen. Sobald die KBV die neue Nummer gestartet hat, können Patienten auch die 116 117 wählen.

Mehr Informationen unter www.116117info.de



Impfmüdigkeit in Deutschland – Masern, Mumps und Röteln wieder auf dem Vormarsch

Einladung zur Fortbildung am 11. Mai 2012, von 14⁰⁰-17³⁰ Uhr
im Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstr. 9, Düsseldorf

Fortbildungsprogramm/Referate:

- WHO-Ziel verfehlt – statt Eliminierung bis 2010 nun wieder gehäuftes Auftreten von Masern
- Daten und Fakten zur Epidemiologie von Masern in Deutschland
- Masern, Mumps und Röteln nicht nur ‚harmlose‘ Kinderkrankheiten
- Wann, wie und wer sollte geimpft werden? Empfehlungen der ständigen Impfkommision (Stiko)
- Die Rolle des Vertragsarztes in der flächendeckenden Immunisierung
- Maserneliminierung in Deutschland – was bleibt zu tun?



Für Mitglieder der KV Nordrhein sowie Beratungsärzte und Beratungsapotheker der KVen, Krankenkassen, MDKs, MDS und der Geschäftsstellen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist die Teilnahme an der Veranstaltung kostenfrei.

Zertifizierung beantragt

Unternehmen in Düsseldorf bieten Stuhltests

Zum zehnjährigen Bestehen der Darmkrebsfrüherkennung und zu Beginn des bundesweiten Darmkrebsmonats März startete der Verein „Düsseldorf gegen Darmkrebs“ seine Aktion für 2012, mit der möglichst viele Menschen in und um Düsseldorf für eine Vorsorgeuntersuchung gewonnen werden sollen. Auch die KV Nordrhein ist mit an Bord.



Präsentierten die Kampagne „Düsseldorf gegen Darmkrebs“ am 1. März im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf: (v.li.) Dr. Volker Siegert, Heidi Lutter, Hille Erwin, Dr. Peter Potthoff, Dr. Stefan Normann, Prof. Dr. Gabriela Möslein.

„Nehmen Sie die Aktion „Düsseldorf gegen Darmkrebs“ als persönlichen Anstoß, sich um Ihre Gesundheit zu kümmern“, rät Barbara Steffens. Die NRW-Gesundheitsministerin begleitet als Schirmherrin die diesjährige Aktion des Vereins Düsseldorf gegen Darmkrebs, eine der größten Vorsorgeinitiativen im Rheinland.

Mit der aktuellen Kampagne will der Verein zusammen mit Düsseldorfer Unternehmen, Institutionen und Krankenkassen so viele Menschen wie möglich in und um Düsseldorf vor der Diagnose Darmkrebs bewahren. „Nutzen Sie Ihre Chance“, appelliert die Vereinsvorsitzende Prof. Dr. Gabriela Möslein an die Düsseldorfer, „Darmkrebs ist vermeidbar“.

Immunologische Stuhltests

Im Mittelpunkt steht eine groß angelegte Vorsorge-Aktion, an der sich 26 Düsseldorfer Unternehmen und Institutionen beteiligen. Darunter die KV Nordrhein, die Firmen Henkel, Siemens, Vodafone, die Messe und der Flughafen Düsseldorf, die katholischen Krankenhäuser, Stadt und Stadtwerke Düsseldorf und die Rheinbahn. Sie ermöglichen ihren Mitarbeitern aller Altersklassen anonym und kostenlos an einem immunologischen Stuhltest teilzunehmen, den die Krankenkassen bisher noch nicht bezahlen.

Weitere Unternehmen sind herzlich willkommen, so der stellvertretende Vorsitzende des Verein, der Düsseldorfer Gastroenterologe Dr. Stefan Norman. „Je mehr Unternehmen sich beteiligen, je größer der Kreis der Menschen, die erreicht und motiviert werden können.“

Prominente Unterstützer

Unterstützt wird die Kampagne von vier prominenten Düsseldorfern. Hille Erwin, Witwe des langjährigen Schirmherren Joachim Erwin, Josef Hinkel, CC-Präsident des Düsseldorfer Karnevals, Manes Meckenstock, Komiker und Moderator und Norbert Meier, Chefcoach von Fortuna Düsseldorf, werben für die Vorsorge, denn sie kann Leben retten.

Die Düsseldorfer Krankenkassen wenden sich mit einem gemeinsamen Brief und Flyer an alle fast 60.000 Versicherten, die für die Darmkrebsvorsorge in Frage kommen und wei-

sen auf die verschiedenen Möglichkeiten der Früherkennung hin. Damit erreicht die dies-jährige Kampagne gut 100.000 Menschen in und um Düsseldorf, die die Chance nutzen können, denn schließlich ist Darmkrebs vermeidbar und hat bei Früherkennung sehr

gute Heilungschancen. Ein besonderes Anliegen des Vereins ist das familiäre Krebs-erkrankungsrisiko. Eine Einschätzung des persönlichen Risikos durch Vorerkrankungen in der Familie kann vorgenommen werden unter www.krebsrisikotest.de

Mutige Männer: Zählbarer Erfolg

Die Zahl der Vorsorge-Koloskopien hat in den letzten Jahren bundesweit abgenommen. Ein Trend, der sich auch in Nordrhein zeigt. Nur in Mönchengladbach ist dies anders. Dort hat sich im Jahr 2010 durch die Aktion „1000 Mutige Männer für Mönchengladbach“ der Krebsgesellschaft und Barmer GEK die Zahl der Darmspiegelungen bei männlichen Versicherten erhöht.

Die Idee der Kampagne, Männer als größte Vorsorge-Muffel bei ihrer Ehre zu packen war erfolgreich. Dies zeigen jetzt auch die ausgewerteten Zahlen der Aktion. Mönchengladbach hebt sich mit einem Anstieg der Teilnehmerate um 7,3 Prozent deutlich von den umliegenden Regionen ab. „Wir haben die Darmkrebs-Prävention zum Stadtgespräch gemacht“, sagt Dr. Arno Theil-

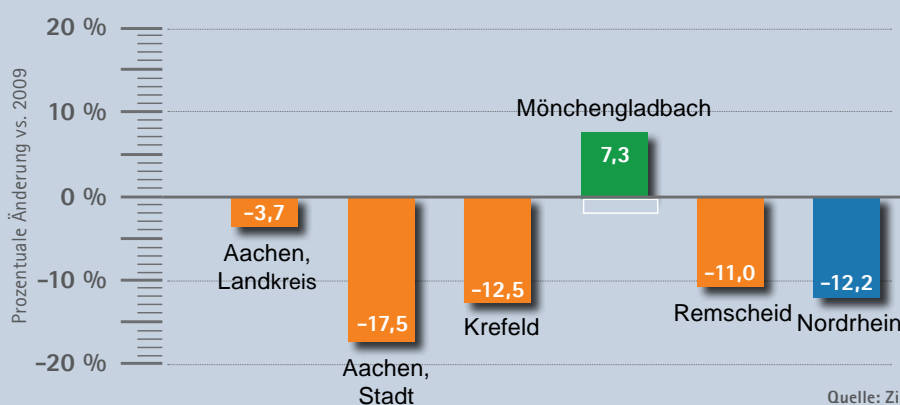
meier, Gastroenterologe in Mönchengladbach und Vorsitzender des Berufsverbandes Nordrhein.

Erfolgreich war das von der KV Nordrhein unterstützte Pilotprojekt nicht nur durch seine clevere Botschaft, sondern auch, weil es statt auf große Werbekampagnen auf viele Einzelaktionen setzte. Eingebunden waren viele lokale Akteure, darunter Arztpraxen, städtische Einrichtungen, Vereine und lokale Arbeitgeber. „Die Kooperation war toll“, so Theilmeier.

Nun macht das preisgekrönte Projekt auch überregional Schule. Nach Lippstadt sind weitere Kampagnen in Offenbach, Hamburg und Siegen geplant.

Mehr Infos unter www.mutige-maenner.de

Früherkennungs-Koloskopien bei männlichen Versicherten in Nordrhein und ausgewählten Regionen (2009 – 2010)



Plädoyer für eine bessere Versorgung

Bei der Forderung nach einer Aufstockung und Angleichung der Mittel für die ambulante medizinische Versorgung herrschte Einigkeit unter den Delegierten der Vertreterversammlung. Ebenso bei der Feststellung, dass eine neue Bedarfsplanung noch keine neuen Ärzte mache. Wie erwartet kontrovers diskutiert wurde das Thema Hausarztverträge, bei dem die KV Nordrhein die Delegierten mit deutlichen Verbesserungen ihres seit 2008 bestehenden Vertrags mit der AOK Rheinland/Hamburg und LKK überraschte.

Es war ein Moment großer Einigkeit auf der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein am 9. März in Düsseldorf: Einstimmig wurde der Antrag angenommen, in dem die Delegierten eine Stärkung der ambulanten Medizin durch die Mehreinnahmen der Krankenkassen fordern.

Mit ihrem Antrag bekräftigte die Vertreterversammlung ihre Forderung nach Konvergenz in Nordrhein und rief dazu auf, die Benachteiligung bei den zur Verfügung gestellten Mitteln für ambulante Versorgungsleistungen gegenüber anderen Bundesländern umgehend zu beenden.

Diskussionen auch auf dem Podium: Dr. Rolf Ziskoven (l.) und Bernhard Brautmeier, Dr. Peter Potthoff und Dr. Frank Bergmann



„Ein deutlich geringeres Finanzniveau in Nordrhein-Westfalen führt zu einer Schlechterstellung der Bürgerinnen und Bürger in der Versorgung und wird mittel- und langfristig zu erheblichen Versorgungsengpässen führen.“ Nicht zuletzt dadurch, dass der ärztliche und psychotherapeutische Nachwuchs bevorzugt in andere, bei der ambulanten Versorgung finanziell besser ausgestattete Bundesländer abwandern dürfte.

Versorgungslücken in NRW

Erst am 5. März hatte der Vorstand der KV Nordrhein, Vorsitzender Dr. Peter Potthoff und Bernhard Brautmeier, den Auftritt ihres westfälisch-lippischen Amtskollegen, Dr. Wolfgang-Axel Dryden, vor dem Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages in Berlin unterstützt. „Wir erinnern die Politik permanent an ihre Verpflichtung für die Zukunft des Versorgungsstandortes NRW“, sagte Potthoff in seinem Bericht. „Eine neue Bedarfsplanung allein schließt nicht die absehbaren Versorgungslücken in unserem Bundesland.“ Gleichwohl räumte er ein, dass „das Thema Geld und Ärzte kaum hitverdächtig“ sei – worauf auch die Reaktion der Berliner Parlamentarier habe schließen lassen (siehe Bericht auf Seite 6).

Die Konvergenz, die in Potthoffs Bericht zur Lage viel Raum einnahm, war nur eines der wichtigen Themen der Vertreterversammlung – neben der Wahl eines neuen Ausschusses,

der sich mit dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) beschäftigt. Weitere Schwerpunkte waren die neuen Möglichkeiten zur sicheren Online-Abrechnung, die in Nordrhein ab Mitte 2013 Pflicht sein wird, und das Thema Hausarztverträge, zu dem Vorstandsmitglied Bernhard Brautmeier Stellung bezog.

HVM-Ausschuss gewählt

Bei der Wahl des HVM-Ausschusses folgten die Vertreter dem Vorschlag des Hauptausschusses. Der hatte sich für 13 Mitglieder ausgesprochen. Der HVM-Ausschuss besteht nun somit neben dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Dr. Frank Bergmann, und seinem Stellvertreter, Dr. Rolf Ziskoven, aus Mitgliedern des Hauptausschusses und den Vorsitzenden der Beratenden Fachausschüsse sowie jeweils zwei Vertretern der Fraktion der Freien Ärzteschaft und des Hausärzteverbandes. Mit Blick auf die gestiegene Verantwortung der Vertreterversammlung in Sachen Honorarverteilung appellierte Brautmeier an die Delegierten, die bestehende RLV-Systematik behutsam weiterzuentwickeln.

Potthoff blickte nicht nur bei der Konvergenz, sondern auch beim Pflege-Neuausrichtungsgesetz auf die Bundespolitik und machte zudem die Novellierung der Bedarfsplanung zum Thema. „Sie allein macht noch keine Ärzte“, gab Potthoff zu bedenken. „Wir brauchen mehr Mittel und neue Kollegen, sonst können wir neue Arztsitze gar nicht besetzen.“

Wichtig war Potthoff die Bedeutung des Thema Kodieren. Über „Right Coding“ müsse deshalb so intensiv gesprochen werden, weil die dokumentierte Morbidität eine entscheidende Rolle für Morbiditätszuwächse spiele. „Es gibt eine direkte Kopplung zwischen ambulanter Vergütung und Dokumentation.“

Der eToken kommt

Zu Fragen der Online-Abrechnung, des HVM und neuer Verträge nahm Bernhard Brautmei-

er Stellung. „Wir wollen die Online-Abrechnung fördern und schaffen mit dem eToken einen einfachen und kostengünstigen Zugang zu unserem Portal“, erklärte Brautmeier, der einräumte, dass es bisher nicht gelungen sei, die Zahl der Online-Abrechner in Nordrhein signifikant zu steigern. Daher habe die KV gegenüber anderen KVen Nachholbedarf.

„Wir werden aufgrund gesetzlicher Vorgaben zu einer Verpflichtung kommen müssen“, so Brautmeier. Ab Mitte 2013 ist es soweit – bis dahin unterstützt die KV Nordrhein ihre Mitglieder mit verschiedenen Angeboten, unter anderem dem eToken, der ab dem dritten Quartal 2012 zum Einsatz kommen soll (siehe Bericht ab Seite 2).

Attraktiver KVNO-Hausarztvertrag

Beim Thema Verträge wartete Brautmeier mit einer Überraschung auf: Er präsentierte das Ergebnis aktueller Verhandlungen der KV Nordrhein mit der AOK Rheinland/Hamburg und der LKK, die zum 1. April deutliche Verbesserungen für die am bestehenden Hausärztevertrag teilnehmenden Ärzte bringen werden. Insbesondere die Zuschläge für Pflegeheim- und Hausbesuche summieren sich auf ein Honorarplus von etwa zwei Millionen Euro.

Zugleich äußerte sich Brautmeier kritisch über den Ende 2011 geschiedsten Vertrag des nordrheinischen Hausärzteverbandes, der auf den ersten Eindruck attraktiv erscheine, aber letztlich keine entscheidende Honorarsteigerung für die teilnehmenden Ärzte bedeute.

Dieser Bewertung widersprachen Vertreter des nordrheinischen Hausärzteverbandes. Sie räumten Rückzahlungsvorbehalte im Vertragswerk des Hausärzteverbandes ein, betonten aber zugleich, dass die zur Bedingung für eine höhere Vergütung gemachten Einsparforderungen der Kassen erfüllbar seien. Die neuen Vereinbarungen der KV mit den Krankenkassen werde man sich genau ansehen.

Aufregung gab es auch um das Thema Vorstandsbezüge – allerdings ausdrücklich nur mit Blick auf das Geschehen in Berlin. Die De-

legierten waren sich einig darüber, dass in der Öffentlichkeit nicht vermittelbare Vorstandsbezüge kein nordrheinisches Problem darstellten.

Beschlüsse der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein fasste am 9. März folgende Beschlüsse:

Bildung eines HVM-Ausschusses

I. Der Ausschuss Honorarverteilungsmaßstab (HVM) besteht aus

- 1) dem Hauptausschuss, Mitglieder:
Vorsitzender der VV, Dr. Frank Bergmann (Vorsitz)
Dr. Hans-Reinhard Pies
Dr. Ludger Wollring
Dipl.-Psych. Dr. Paul Dohmen
Prof. Peter Heering
- 2) dem stellvertretenden Vorsitzenden der VV
Dr. Rolf Ziskoven (stellv. Vorsitz)
- 3) den Vorsitzenden der Beratenden Fachausschüsse Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapie
Vorsitz z. Zt.
Dr. Thomas Fischbach
Dr. Manfred Weisweiler
Dr. Heribert Joisten (alternierend)
- 4) Zwei Mitgliedern, für die die Fraktion der Freien Ärzteschaft das primäre Vorschlagsrecht hat:
Dr. Heidemarie Pankow-Culot
Dr. Peter Loula
- 5) Zwei Mitgliedern, für die die Fraktion des Hausärzteverbandes das primäre Vorschlagsrecht hat:
Rainer Kötzle
Dr. Jens Wasserberg

- II. 1) Der HVM-Ausschuss hat 13 Mitglieder. Er besteht aus fünf funktional bestimmten Mitgliedern (Vorsitzender VV, stellv. Vorsitzender VV, Vorsitzende der Beratenden Fachausschüsse) und acht gewählten Mitgliedern (gewählte Mitglieder des Hauptausschusses, auf Vorschlag der Freien Ärzteschaft bzw. des Hausärzteverbandes)
 - 2) Eine Stellvertretung findet – außer beim Vorsitz – nicht statt.
 - 3) Vorsitzender des Ausschusses ist der Vorsitzende der VV, sein Stellvertreter ist stellvertretender Vorsitzender.
 - 4) Die satzungsmäßige Beschränkung auf die Mitgliedschaft in zwei Ausschüssen findet auf den HVM-Ausschuss, der nicht nach der Satzung sondern nach der Geschäftsordnung gebildet wird, keine Anwendung.
 - 5) Soweit zu I.4 und/oder I.5 das Vorschlagsrecht nicht ausgeübt wird, können auch Vorschläge aus der Mitte der VV zur Wahl von Mitgliedern des HVM-Ausschusses gemacht werden.
- III. Der HVM-Ausschuss nimmt die satzungsgemäße Aufgabe der Beratung der VV und des Vorstandes in Fragen der Honorarverteilung wahr. Die Anhörungsrechte der Beratenden Fachausschüsse bleiben unberührt.

Antrag: Hauptausschuss



Oft einig: Die Vorsitzenden der Berufsverbände der HNO-Ärzte, der Orthopäden und der Chirurgen, Dr. Joachim Wichmann (l.), Dr. Andreas Gassen und Dr. Manfred Weisweiler.

Überschüsse für Konvergenz verwenden

Die Delegierten der VV der KV Nordrhein fordern eine Stärkung der ambulanten Medizin durch die Mehreinnahmen in Milliardenhöhe der Krankenkassen. Eine Thesaurierung von Krankenkassengeldern in Milliardenhöhe bei gleichzeitiger Unterfinanzierung der ambulanten Medizin in Nordrhein ist für die Mitglieder der KV Nordrhein nicht hinnehmbar.

Die VV bekräftigt ihre Forderung nach Konvergenz in Nordrhein (wie auch in Westfalen-Lippe) und ruft dazu auf, die Benachteiligungen in der Vergütung ambulanter Versorgungsleistungen gegenüber anderen Bundesländern umgehend zu beenden.

Ein deutlich geringeres Finanzniveau in NRW führt zu einer Schlechterstellung der Bürgerinnen und Bürger in der ambulanten medizinischen Versorgung und wird mittel- und langfristig zu erheblichen Versorgungsengpässen in NRW führen, da der ärztliche und psychotherapeutische Nachwuchs bevorzugt in andere Bundesländer mit besserer Finanzierung ihrer Arbeit abwandern wird.

Die VV fordert berechenbare und transparente Honorare ohne jegliche Abquotierung der betriebswirtschaftlichen Kalkulation des EBM mit 5,11 Cent.

Antrag: Frank Bergmann, Bernd Bankamp, Bernd Bertram, Mike Dahm, Paul Dohmen, Thomas Fischbach, Gabriele Friedrich-Meyer, Andreas Gassen, Angelika Haus, Harald Hofer, Jörg Hornivius, Jürgen Klein, Barbara Lubisch, Friedrich Neitscher, Hans-Reinhard Pies, Lothar Rütz, Holger van der Gaag, Andreas Waubke, Manfred Weisweiler, Joachim Wichmann, Ludger Wollring, Rolf Ziskoven

E-Card-Tests abwarten

Die VV sieht die Entscheidung des Vorstandes der KV Nordrhein zur Teilnahme an den avisierten Tests im Konsens mit ihrer bisherigen Beschlusslage.

Die VV empfiehlt vorerst abzuwarten, welche Ergebnisse die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) einzuleitenden Maßnahmen bezüglich der gesetzlichen Grundlagen zum Online-Versichertenstammdatenmanagement erwirken.

Sie empfiehlt ferner abzuwarten, welche Ergebnisse seitens der Ärztekammer Nordrhein (ggf. in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer) erreicht werden bezüglich der Umsetzung des Beschlusses der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein vom 20. November 2010 zur Abgrenzung der prädiktiven und transindividuellen Diagnosen.

Antrag: Ludger Wollring, Frank Bergmann, Hans-Reinhard Pies, Andreas Waubke, Mike Dahm, Gabriele Friedrich-Meyer, Bernd Bertram, Joachim Wichmann, Rolf Ziskoven, Bernd Bankamp, Manfred Weisweiler, Paul Dohmen, Barbara Lubisch, Harald Hofer, Lothar Rütz

Online-VSDM in den Praxen abschaffen

Die Mitglieder der VV der KV Nordrhein begrüßen und unterstützen den Beschluss der VV der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 2. März 2012, die Implementierung eines obligatorischen Online-Versichertenstammdatenmanagement (Online-VSDM) in den Praxen abzulehnen. Ebenso unterstützen wir die Beauftragung des KBV-Vorstands durch die KBV-VV, zwecks Abschaffung dieser Funktion auf Vertragsarztseite für die Änderung der zugrunde liegenden gesetzlichen Regelungen tätig zu werden.

Der Vorstand der KV Nordrhein wird beauftragt, auf die Umsetzung dieses Beschlusses der KBV aktiv hinzuwirken.

Antrag: Wieland Dietrich, Martin Grauduszus, Gerd Höveler, Peter Loula, Catherina Stauch, Hans-Josef Wilhelmi, Heidemarie Pankow-Culot, Ralph Krolewski

Keine Tests des Online-VSDM

Die Mitglieder der VV der KV Nordrhein sehen vor dem Hintergrund der Ablehnung des Online-Versichertenstammdatenmanagement (Online-VSDM) durch die vertragsärztliche Selbstverwaltung in Nordrhein und auf Bundesebene keine Grundlage für Tests mit dem Ziel einer Einführung in den Praxen und lehnen solche Tests deshalb ab. Wir unterstützen die gleichlautende Positionierung des Vorstands der KV Nordrhein.

Antrag: Wieland Dietrich, Martin Grauduszus, Hans-Josef Wilhelmi, Gerd Höveler, Peter Loula, Heidemarie Pankow-Culot, Catherina Stauch, Ralph Krolewski

Existenz sichernde Vergütung

Schluss mit den Sparmaßnahmen auf Kosten von Ärzten und Patienten – Existenzsicherung der Vertragsarztpraxen

Ärztliche Leistungen müssen von den Krankenkassen korrekt bezahlt werden!

Anhebung der Honorare auch für die Vertragsärzte in Nordrhein

Nach aktueller Datenlage haben gesetzliche Krankenkassen und Gesundheitsfonds einen Geldüberschuss von über 20 Milliarden Euro angesammelt. Dazu im Widerspruch wird die ambulante Medizin in den Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte von den gesetzlichen Kassen immer schlechter finanziert. Besonders betroffen ist die Regelversorgung als Grundlage eines gut funktionierenden Gesundheitswesens.

Wir fordern, dass jetzt endlich die Versprechen aus dem Koalitionsvertrag von 2009 erfüllt werden:

- Ein berechenbares und transparentes Honorar für die Arztpraxen.
- Einführung eines vor Jahren als betriebswirtschaftlich kalkulierten Mindestpunktwertes von 5,11 Cent zuzüglich des Inflationsausgleichs. Dieser Punktwert hat bei konstanter Fallpunktzahl für jede notwendige Leistung zu gelten.
- Realisierung der schon seit 2007 angekündigten Abschaffung der Budgets.

Der Finanzdeckel auf der ambulanten Medizin muss verschwinden, wenn die medizinische Versorgung der Bevölkerung auf dem heutigen Qualitätsstand gehalten werden soll.

Antrag: Wieland Dietrich, Martin Grauduszus, Gerd Höveler, Peter Loula, Heidemarie Pankow-Culot, Hans Josef Wilhelmi, Catherina Stauch

Praxisgebühr: Einzugsverfahren ändern

Der Vorstand der KV Nordrhein wird aufgefordert, sich landes- und bundesweit auch im Konsens mit anderen Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV für die Abschaffung des Einzuges der Praxisgebühr in den Vertragsarztpraxen einzusetzen.

Antrag: Gerd Höveler, Wieland Dietrich, Martin Grauduszus, Heidemarie Pankow-Culot, Catherina Stauch, Hans Josef Wilhelmi, Peter Loula

Klarheit an der Schnittstelle

Es ist eines dieser Themen, die im Ärztalltag immer wieder Fragen aufwerfen – und nicht selten zum Streitfall werden: die vor- und nachstationäre Behandlung von Patienten im Krankenhaus. Wer ist für welchen Bereich zuständig, welche Leistungen gehören dazu? Die KV Nordrhein klärt auf über Grundlagen, Zuständigkeiten und Umfänge der vor- und nachstationären Behandlung.

Grundsätzlich gilt: Ein Patient hat Anspruch auf Krankenhausbehandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung erreicht werden kann. Krankenhausbehandlung ist aber nicht gleich Krankenhausbehandlung: Diese kann vollstationär, teilstationär oder auch vor- und nachstationär stattfinden.

Die Entscheidung über die Behandlungsform trifft der Krankenhausarzt nach den medizinischen Erfordernissen und dem zum Behandlungszeitraum bekannten Wissens- und Kenntnisstand. Mit der Entscheidung über die Behandlungsform wird die abschließende und verbindliche Entscheidung der Krankenkasse zur Kostenübernahme der stationären Behandlung nicht vorweggenommen – die Entscheidung über den Anspruch auf Krankenhausbehandlung trifft letztlich die Krankenkasse.

Rechtliche Grundlagen

Die rechtlichen Grundlagen über die vor- und nachstationäre Behandlung regelt Paragraph 115a des fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V). Die Behandlung kann nur durch das Krankenhaus vorgenommen werden, wenn durch den behandelnden Arzt zuvor eine Krankenhauseinweisung (Verordnung) erfolgte.

Allerdings stellt der Gesetzgeber auch klar, dass die ärztliche Behandlung für alle weiteren beziehungsweise anderen Erkrankungen außerhalb des Krankenhauses während

der vor- und nachstationären Behandlung von den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten zu gewährleisten ist – im Rahmen des Sicherstellungsauftrages.

Die vorstationäre Behandlung

In der vorstationären Behandlung klärt die Klinik, ob für die mit der Krankenhauseinweisung beabsichtigte Behandlung eine vollstationäre Aufnahme erforderlich ist oder die Behandlung in teilstationärer beziehungsweise ambulanter Form erfolgen kann. Wenn eine vollstationäre Behandlung notwendig ist, dient die vorstationäre Behandlung auch zu deren Vorbereitung.

Zu den Leistungen der vorstationären Behandlung zählen unter anderem Behandlungen im Rahmen der sogenannten prästationären Diagnostik: zum Beispiel EKG, Quickwerte, Kreatinin, Sonographie- und Röntgenleistungen. Ambulant durchgeführte Leistungen sind der stationären Versorgung zuzurechnen, wenn sie nach Art und Schwere der Erkrankung für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus erforderlich sind, im Hinblick auf die bevorstehende stationäre Behandlung unter Verantwortung eines im Krankenhaus tätigen Arztes erbracht werden sowie ansonsten erforderliche stationäre Leistungen ersetzen, an ihre Stelle treten oder diese überflüssig machen.

Nicht zu den Leistungen in der vorstationären Behandlung zählen alle Leistungen, die für die Verordnung einer Krankenhausbehandlung im

Vorfeld erforderlich waren – also Leistungen, auf deren Basis der behandelnde Vertragsarzt die Entscheidung über eine Krankenhauseinweisung getroffen hat.

Für die vor- und nachstationäre Behandlung sieht das Sozialgesetzbuch zeitliche Obergrenzen. Die vorstationäre Behandlung darf höchstens drei Behandlungstage dauern, die innerhalb der fünf Tage vor Beginn der stationären Behandlung liegen müssen. Beispiel: Wenn ein Patient montags eine vollstationäre Behandlung beginnt, kann die vorstationäre Behandlung in der Woche zuvor, frühestens am Mittwoch, beginnen.

Die nachstationäre Behandlung

Die nachstationäre Behandlung soll sich unmittelbar an einen vollstationären Aufenthalt anschließen. Sie ist immer dann geboten, wenn eine vollstationäre Behandlung zur Sicherung und zur Festlegung des Behandlungserfolges nicht mehr notwendig ist. Beispiel: Im Verlauf der nachstationären Behandlung sind unter anderem durch das Krankenhaus die Befundkontrolle, der Verbandwechsel oder der Drainagewechsel zu erbringen. In den 14 Tagen nach Ende des stationären Aufenthaltes sind maximal sieben Behandlungstage für die nachstationäre Behandlung erlaubt.

Der stationäre Aufenthalt wird durch die Entscheidung des Krankenhausarztes beendet. Soweit eine ärztliche Anschlussbehandlung erforderlich ist, übergibt der Krankenhausarzt

in der Regel den Patienten mit der Entlassung in den ambulanten Versorgungsbereich.

Zu den Krankenhausleistungen zählen nach Paragraf 2 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter (zum Beispiel Vertragsärzte). Danach können Krankenhäuser im Rahmen von Konsiliarverträgen die vor- und nachstationären Behandlung oder Teile davon an Vertragsärzte delegieren. In diesen Fällen sind die Leistungen der vor- und nachstationären Behandlung, die durch Vertragsärzte für ein Krankenhaus erbracht werden, keine vertragsärztlichen Leistungen, sondern durch das Krankenhaus an den beauftragten Vertragsarzt direkt zu vergüten.

In den Konsiliarverträgen kann auch vereinbart werden, dass durch den Vertragsarzt im Auftrag des Krankenhauses erbrachte vor- und nachstationäre Leistungen nicht in den Räumlichkeiten des Krankenhauses, sondern in der vertragsärztlichen Praxis erbracht werden. Allerdings nur dann, wenn es keine medizinischen Gründe gibt, die eine Leistungserbringung mit Mitteln des Krankenhauses erfordern.

Nach den Vorschriften des Bundesmantelvertrages sind Leistungen der vor- und nachstationären Behandlung, die auf Veranlassung des Krankenhauses für das Krankenhaus durch Vertragsärzte erbracht werden, von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen.

Ein EKG kann zur Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung nötig sein.

Der Verbandwechsel ist eine klassische nachstationäre Leistung, die das Krankenhaus erbringen muss.



Karzinome und Metastasierungen

In einer Praxis mit 1.000 Fällen erhalten jedes Jahr – je nach Geschlechterverteilung – drei bis vier Patienten eine neue Krebsdiagnose. Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts starben im Jahr 2006 rund 200.000 Menschen in Deutschland an Krebserkrankungen und rund 400.000 erkrankten neu.

Heutzutage sind viele der neu Erkrankten gut therapierbar, sodass diese Patienten noch lange nach dem Stellen der Diagnose leben und behandelt werden. Fast jede Fachrichtung kennt „ihre“ Karzinome gut und verschlüsselt diese sachgerecht – wobei mitunter Codes für Metastasen oder Folgeerscheinungen wie Aszites oder neurologische Symptome vergessen werden.

Die ICD-10-GM listet die Vielfalt der bösartigen Erkrankungen in Kapitel II „Neubildungen“ nach Organsystemen sortiert auf: Die Schlüsselnummer(n) für den Primärtumor, den Rezidivtumor und/oder die Metastase(n) sind mit dem Zusatzkennzeichen „G“ zu kodieren, wenn diese Diagnose(n) durch histologischen Nachweis gesichert oder durch eindeutige Kombinationen von laborchemischen, klinischen, intraoperativen Befunden und/oder bildgebenden Verfahren hinreichend gesichert sind. Dabei sind die Befunde aller Versorgungsbereiche heranzuziehen.

ICD-Code	Bösartige Erkrankungen
C00–C14	Bösartige Neubildungen d. Lippe, der Mundhöhle u. d. Pharynx
C15–C26	Bösartige Neubildungen d. Verdauungsorgane
C30–C39	Bösartige Neubildungen d. Atmungsorgane u. sonstiger intrathorakaler Organe
C40–C41	Bösartige Neubildungen d. Knochens u. d. Gelenkknorpels
C43–C44	Melanom u. sonstige bösartige Neubildungen der Haut
C45–C49	Bösartige Neubildungen d. mesothelialen Gewebes u. d. Weichteilgewebes
C50–C50	Bösartige Neubildungen d. Brustdrüse [Mamma]
C51–C58	Bösartige Neubildungen d. weiblichen Genitalorgane
C60–C63	Bösartige Neubildungen d. männlichen Genitalorgane
C64–C68	Bösartige Neubildungen d. Harnorgane
C69–C72	Bösartige Neubildungen d. Auges, d. Gehirns u. sonstiger Teile d. ZNS
C73–C75	Bösartige Neubildungen d. Schilddrüse u. sonstiger endokriner Drüsen
C76–C80	Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen
C81–C96	Bösartige Neubildungen d. lymphatischen, blutbildenden u. verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet
C97–C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen

Krebs immer kodieren

Viele Ärzte fragen sich: Warum soll ich eine Krebserkrankung kodieren, wenn ich sie nicht direkt therapiere? Weil sie in ganz vielen Fällen Ihre Therapie für andere Erkrankungen beeinflusst! Kodieren Sie alle Diagnosen, für die Sie im abzurechnenden Quartal vertragsärztliche diagnostische oder therapeutische Leistungen erbracht haben. Und wenn Sie wegen einer bösartigen Erkrankung ein bestimmtes Medikament nicht verordnen? Dann haben Sie eine therapeutische Leistung für die Grunderkrankung „Krebs“ erbracht...

Die Diagnosen aus diesem Kapitel werden so lange als gesichert mit ‚G‘ kodiert, bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist. Das ist der Fall, wenn keine weiteren therapeutischen Maßnahmen mehr in Bezug auf das Malignom durchgeführt werden oder geplant sind.

Metastasen

Für die Lokalisationen von Metastasen sind eigenständige Codes vorhanden. Lymphknotenmetastasen werden mit C77.- kodiert; die vierte Stelle bezeichnet die Lokalisation:

C77.0	LK des Kopfes, des Gesichtes und des Halses, supraklavikuläre LK
C77.1	Intrathorakale Lymphknoten
C77.2	Intraabdominale Lymphknoten
C77.3	Axilläre Lymphknoten u. Lymphknoten d. oberen Extremität, pectorale LK
C77.4	Inguinale Lymphknoten u. Lymphknoten d. unteren Extremität
C77.5	Intrapelvine Lymphknoten
C77.8	Lymphknoten mehrerer Regionen
C77.9	Lymphknoten, nicht näher bezeichnet

Andere Metastasen werden gemäß der Lokalisation beschrieben:



Wenn die Diagnose gesichert ist, vergessen Sie nicht, diese mit „G“ zu kennzeichnen.

Atmungsorgane

C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung d. Lunge
C78.1	Sekundäre bösartige Neubildung d. Mediastinums
C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung d. Pleura
C78.3	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger u. nicht näher bezeichneter Lokalisationen d. Atmungsorgane

Verdauungsorgane

C78.4	Sekundäre bösartige Neubildung d. Dünndarmes
C78.5	Sekundäre bösartige Neubildung d. Dickdarmes und d. Rektums
C78.6	Sekundäre bösartige Neubildung d. Retroperitoneums und d. Peritoneums
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung d. Leber und der intrahepatischen Gallenwege
C78.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger u. nicht näher bezeichneter Lokalisationen d. Verdauungstraktes

Harnorgane

C79.0	Sekundäre bösartige Neubildung d. Niere u. d. Nierenbeckens
C79.1	Sekundäre bösartige Neubildung d. Harnblase sowie sonstiger u. nicht näher bezeichneter Lokalisationen d. Harnorgane

Haut und Nervensystem

C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung d. Haut
C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung d. Gehirns und d. Hirnhäute
C79.4	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger u. nicht näher bezeichneter Teile d. Nervensystems

Weitere Kodiertipps bei Tumoren

- Führen Sie nach abgeschlossener Behandlung weitere Tumor-Nachuntersuchungen durch, verschlüsseln Sie den primären Tumor mit dem Zusatzkennzeichen „Z“, zum Bei-

spiel C50.4 Z R *Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma], oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse* oder, wenn anamnestisch nicht Näheres bekannt, „Z85.- G“ Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese.

- Für die Kodierung der Tumor-Nachuntersuchung ist zusätzlich eine Schlüsselnummer aus Z08.- *Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung* zu kodieren, zum Beispiel:

Z08.7 G Nachuntersuchung nach Kombinationstherapie wegen bösartiger Neubildung; Exkl.: Chemotherapie und Strahlentherapie (Z 51.82)

Z51.0 G Strahlentherapie-Sitzung

- Wenn eine Strahlen-/Chemotherapie anamnestisch (also Zustand nach!) bekannt ist, kodieren Sie bitte:

Z92.3 G Bestrahlung in der Eigenanamnese

Z92.6 G Zytostatische Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese

- Zusatzkennzeichen zur Seitenlokalisation sind empfehlenswert.

- Das lokale Rezidiv eines primären Malignoms ist als primäres Malignom zu verschlüsseln, also wie ein Primärtumor.

Kodierbeispiele bösartige Neubildungen

Eine Patientin erhielt vor drei Jahren eine brusterhaltende Operation und Radiatio wegen eines MammaCa im oberen, äußeren Quadranten rechts mit Befall der axillären Lymphknoten (T2, N1, M0). Sie erhält eine adjuvante Hormontherapie mit Tamoxifen. Sie benötigt wegen einer Arrhythmia absoluta Cumarine, die mit Tamoxifen in einer Wechselwirkung stehen.

C50.4 G R Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma], oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse

C77.3 G R Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität

I48.11 G Chronisches Vorhofflimmern

Z92.2 G Dauertherapie (gegenwärtig) mit anderen Arzneimitteln in der Eigenanamnese

Eine Patientin mit MammaCa links des zentralen Drüsenkörpers und Lymphknotenbefall links erhält nach Mamma-Ablation, Chemotherapie und Radiatio vor einem Jahr eine intravenöse Bisphosphonattherapie wegen Knochenmetastasen. Sie sucht Sie wegen Müdigkeit und Antriebsmangel auf. Nach eingehender Anamnese diagnostizieren Sie eine leichte Depression und verschreiben ein Antidepressivum.

C50.1 G L Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse

C77.3 G L Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung der Lymphknoten, axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität

C79.5 G Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes

Z92.3 G Zytostatische Radiatio wegen bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese

Z92.6 G Zytostatische Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese

F32.0 G Leichte depressive Episode

72-jähriger Patient mit ProstataCa und multiplen Metastasierungen stellt sich wegen akuter Verschlechterung seines Zustandes und Zunahme des Bauchumfanges in der Praxis vor. Sonographisch zeigt sich ein Aszites.

C 61 G Bösartige Neubildung der Prostata

C77.8 G Lymphknoten mehrerer Regionen

C79.5 G Sekundäre bösartige Neubildung d. Knochens und d. Knochenmarkes

R 18 G Aszites

Eine 56-jährige Patientin mit **Adenokarzinom der Lunge**, Metastase der linken Nebenniere und nach Chemotherapie vor einem Jahr ist bei Ihnen wegen eines Hypertonus in Behandlung. Sie kommt aktuell mit einem Infekt der Atemwege, den Sie nach der Untersuchung als nicht bakterielle Bronchitis einstufen und nach entsprechender Aufklärung therapieren.

C34.2 G Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge – Mittellappen (-Bronchus)

C79.7 G L Sekundäre bösartige Neubildung d. Nebenniere

Z92.6 G Zytostatische Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese

Z92.3 G Bestrahlung in der Eigenanamnese

I10.00 G Benigne essentielle Hyperonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise

J20.9 G Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet

64-jähriger Patient mit **kleinzelligem Bronchialkarzinom der Lunge**, Metastase der rechten Nebenniere und Hirnmetastase, Z. n. Chemotherapie und Radiatio vor drei Monaten, stellt sich heute wegen Übelkeit und Durchfall in der Praxis vor. Diese wird von Ihnen nach eingehender Untersuchung auf die grassierende „Magen-Darm-Grippe“ zurückgeführt.

C34.3 G Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge – Unterlappen (-Bronchus)

C79.7 G R Sekundäre bösartige Neubildung d. Nebenniere

C79.3 G Sekundäre bösartige Neubildung d. Gehirns und d. Hirnhäute

Z92.6 G Zytostatische Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese

A09.0 G Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs

55-jährige Patientin mit operiertem **Kolonkarzinom** (im Gesunden entfernter Kolonpolyp T1 N0 M0) klagt über anhaltende Bauchschmerzen. Der Eingriff liegt schon mehrere Wochen zurück, sodass eine Perforation unwahrscheinlich ist. Die Untersuchung ergibt nur Anhaltspunkte für eine (psychosomatische) Gastritis.

C18.6 G Bösartige Neubildung des Colon descendens

K29.1 G Sonstige akute Gastritis

58-jähriger Patient mit operiertem **Kolonkarzinom und Lebermetastasen** (Z. n. Hemikolektomie rechts und Chemotherapie vor einem Jahr) klagt über anhaltende Bauchschmerzen. Wegen der sehr druckempfindlichen Palpation und ausgebliebenem Stuhl seit mehreren Tagen äußern Sie den Verdacht auf einen Ileus und weisen ein.

C18.6 G Bösartige Neubildung des Colon descendens

C78.7 G Sekundäre bösartige Neubildung d. Leber

Z92.6 G Zytostatische Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese

K56.5 G Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Ileus

53-jährige Patientin mit **malignem Melanom des Rumpfes**, Lymphknotenmetastasen und Knochenmetastasen, Z. n. Chemotherapie vor acht Monaten stellt sich mit akuten gastrointestinalem Infekt in Ihrer Praxis vor.

C43.5 G Bösartiges Melanom des Rumpfes

C77.8 G Lymphknotenmetastasen mehrerer Regionen

C79.5 G Sekundäre bösartige Neubildung d. Knochens und d. Knochenmarkes

Z92.6 G Zytostatische Chemotherapie wegen bösartiger Neubildung in der Eigenanamnese

A09.0 G Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs

*Das IQN und die KV
Nordrhein übernehmen
keine Haftung für die
Richtigkeit der Angaben.*

Dürfen Praxen an MKG-Chirurgen überweisen?

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im Januar häuften sich Fragen zur Berichtigung von Abrechnungen durch das Regelwerk und zur Überweisung an MKG-Chirurgen.

Wie kann ich die elektronischen Berichtigungen meiner Abrechnung einsehen?

Die elektronischen Berichtigungen Ihrer Abrechnung, die vom Regelwerk automatisch vorgenommen wurden, sind in den sogenannten Regelwerksprotokollen ersichtlich. Wer im KVNO-Portal angemeldet ist, kann diese Protokolle einsehen und ausdrucken. Mitglieder der KV Nordrhein können sich jederzeit kostenlos im KVNO-Portal anmelden:

www.kvnoportal.de

Kann ein Vertragsarzt eine Überweisung an einen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen ausstellen?

Ja, in bestimmten Fällen. Und zwar dann, wenn die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen (MKG-Chirurgen) neben der zahnärztlichen auch eine vertragsärztliche Zulassung haben. Für Patienten, bei denen der MKG-

Chirurg mit beiden Zulassungen seine Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnet, sollten Haus- oder Fachärzte eine Überweisung ausstellen. Lediglich bei denjenigen, die nur über die Kassenzahnärztliche Vereinigung abrechnen, ist das Ausstellen einer Überweisung nicht möglich.

Serviceteams

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 Praxisbörsestag

Informationen rund um
Praxisabgabe und Nachfolge

Samstag, 5. Mai 2012

9 bis 14 Uhr | Haus der Ärzteschaft | Düsseldorf



informieren

- 9.30 Uhr | Perspektiven der Niederlassung
- 10.00 Uhr | Vorgehen bei einer Praxisabgabe
- 10.30 Uhr | Kaffeepause
- 11.00 Uhr | Praxisübergabe – Schritte in die Niederlassung
- 11.30 Uhr | Strategien für Einsteiger und Praxisabgeber
- 12.00 Uhr | Mittagspause
- 12.45 Uhr | Praxiswertermittlung
Niederlassung auf dem Land
- 13.15 Uhr | Finanzielle Absicherung im Alter
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 Praxisbörsestag mitbringen oder vorab faxen an 0211 528 008 639



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.

www.kvno.de





Nordrheinischer Praxisbörsentag der KV Nordrhein

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:

Organspende: Entscheidungslösung ab Sommer

Ja, nein, keine Angabe – das sind die Optionen bei der Organspende. Auf die Entscheidungslösung hatte sich Anfang März eine Spitzenrunde von Opposition, Koalition und Bundesregierung verständigt. Ab Sommer soll jeder Erwachsene regelmäßig von seiner Krankenkasse über die Organspende informiert werden. Gleichzeitig wird er mit der Frage konfrontiert, ob er bereit ist, im Falle des eigenen Hirntodes seine Organe zu spenden.

Drei Entscheidungsmöglichkeiten stehen zur Verfügung: zustimmen, verneinen oder den Brief, dem ein Organspendeausweis beiliegt, wegwerfen. Die Abfrage solle „mit so viel Nachdruck wie möglich geschehen, ohne jedoch eine Antwort zu erzwingen oder Sanktionen auszuüben“, betonte Bundesgesundheits-

minister Daniel Bahr (FDP). Auch die Bereitschaft, nur bestimmte Organe zu spenden, könne man erklären.

Die erste Abfrage ist noch für dieses Jahr geplant, die nächste für 2014. Nach 2017 soll die Aufforderung alle fünf Jahre erfolgen. Die Entscheidung der Versicherten zur Organspende soll künftig auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden.



1.200 Deutsche spendeten im vergangenen Jahr ihre Organe. Zu wenig. 12.000 Menschen warten auf ein Spenderorgan.

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Berufsübergreifende Intervention Nordrhein
Kontakt Dipl.-Psych.
Eva Winkelhausen
Kempener Straße 36
41334 Nettetal
Telefon 02153 9059045
Termin alle zwei Monate
Ort teilnehmende Praxen

Thema Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis und methodenübergreifende Intervention
Kontakt Claudia Voigt-Lehnhoff
Kühlwetterstraße 49
40239 Düsseldorf
Telefon 0211 6215533
E-Mail info@praxis-voigt-lehnhoff.de
Termin alle zwei Monate
Ort Praxis

Thema Psychoanalyse schulübergreifend
Kontakt Dr. Thomas Spörner
Chopinstraße 27
40593 Düsseldorf
Telefon 0211 30205012
Termin mittwochs
Ort Praxis Dr. Elke Horn, Düsseldorf

Thema Akupunktur Solingen
Kontakt Dr. Günter Grzonka
Bülowplatz 14
42669 Solingen
Telefon 0212 42017
Telefax 0212 42019
Termin nach Vereinbarung
Ort nach Vereinbarung

Infos über elektronische Qualitätszirkel (eQZ)

Im KVNO-Portal haben Sie die Möglichkeit, Qualitätszirkel elektronisch zu verwalten. Über die Details würden wir Sie gerne informieren. Wir planen dazu kostenfreie Info-Veranstaltungen für Vertragsärzte, Psychotherapeuten und natürlich Qualitätszirkel-Moderatoren. Die Termine finden nach Vereinbarung statt.

Kontakt

Ilma Reißner-Gislason
Telefon 0211 5970 8110
Katharina Ernst
Telefon 0211 5970 8361
Telefax 0211 5970 8160
E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de

Neu: Die GMG Gesundheitsmanagement mbH



Andrea Ritz



Oliver Platz

Die KV Nordrhein Notdienst und Bürgerberatungs GmbH (NDBB) firmiert nun unter GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft mbH. Die Änderung ist Teil der Strategie eines einheitlichen Auftritts der ehemaligen NDBB, die bisher in die Bereiche Notdienst und KV Consult unterteilt war. „Mit der neuen Namensgebung streben wir eine offenere und einheitlichere Marktpositionierung bei den Gesundheitsmanagementleistungen an“, sagt Andrea Ritz, die zusammen mit Oliver Platz die Geschäfte der GMG führt.

Ein Aufgabenschwerpunkt der GMG ist die Betreuung der rund 70 Notfallpraxen mit ihren knapp 250 Angestellten in Nordrhein. Die GMG ist für die Einrichtung, den Betrieb, die Organisation und für die Beschäftigung des nicht-ärztlichen Personals verantwortlich.

Eine weitere zentrale Aufgabe liegt darin, den Mitgliedern der KV Nordrhein im Zusammen-

hang mit neuen Versorgungsformen unterstützende Dienstleistungen anzubieten. „Dazu gehört vor allem die Initiierung und Durchführung von Selektivverträgen, besonders von Verträgen zur Integrierten Versorgung“, sagt Platz.

Die GMG bietet daneben weitere Leistungen an, beispielsweise eine betriebswirtschaftliche Beratung für Vertragsärzte sowie IT- und Online-Angebote wie die Praxisbörse und den Praxischeck. „Wir wollen das Angebot künftig weiter ausbauen“, kündigen beide Geschäftsführer an.

Kontakt

Gesundheitsmanagement
gesellschaft mbH

Telefon 0211 5970 8644

Telefax 0211 52800 8639

E-Mail mail@gmg-nordrhein.de

Achtung: Neue Anschrift der KV Nordrhein

Seit 30. Januar 2012 haben die Hauptstelle, die Bezirks- und die Kreisstelle Düsseldorf der KV Nordrhein eine neue Postadresse:

**Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
40182 Düsseldorf**

Die KV Nordrhein hat eine eigene Postleitzahl. Straße und Hausnummer brauchen Sie künftig nicht mehr bei Schreiben an die Stellen der KV Nordrhein in Düsseldorf anzugeben. Für die Bezirksstelle Köln und die Kreisstellen bleibt es bei den bekannten Postleitzahlen.

Schnelle Infos: Geben Sie uns Ihre Mail-Adresse

Die KV Nordrhein würde Sie gerne gezielter 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 | 120342](http://www.kvno.de)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Gute Versorgung. Gut organisiert.

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

Bezirksstelle Düsseldorf	Bezirksstelle Köln
Arztregister Friedenstraße 9 40474 Düsseldorf Telefon: 0211 5970 8555 E-Mail: arztregister.duesseldorf@kvno.de	Arztregister Südenstr. 10-18 50668 Köln Telefon: 0201 7763 6520 E-Mail: arztregister.koeln@kvno.de

Die KV Nordrhein möchte alle Praxen gerne effizienter informieren. Denn zum Beispiel im Falle einer Pandemie geht es um Schnelligkeit. 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: _____

Ich stimme der Veröffentlichung meiner Fax-Nummer im Online-Verzeichnis der KV Nordrhein zu.

Einfach und sicher online abrechnen

Mit dem sogenannten eToken steht den Praxen in Nordrhein bald ein neuer, einfacher und preiswerter Weg zur Online-Abrechnung zur Verfügung. Mit der kleinen Verschlüsselungsmaschine bietet die KV neben den bekannten Zugangswegen über KV-SafeNet und D2D eine weitere Möglichkeit, online über das KVNO-Portal abzurechnen. Denn ab dem dritten

Quartal 2013 wird die Online-Abrechnung auch für Praxen in Nordrhein Pflicht.

Ärzten, Psychotherapeuten und Praxispersonal bietet die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein an, sich auf zwei Informationsveranstaltungen über die verschiedenen Verfahren zu informieren.

Termin Samstag, 21. April 2012, 10 bis 16 Uhr

Ort Bezirksstelle Köln
Sedanstraße 10-16
50668 Köln

Termin Samstag, 28. April 2012, 10 bis 16 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Infomarkt für Medizinische Fachangestellte

Zum dritten Mal lädt die Bezirksstelle Köln zu einem Infomarkt für Medizinische Fachangestellte ein.

Experten der KV Nordrhein erörtern folgende Themen und stehen für Fragen bereit:

- Struktur und Aufgaben der KV Nordrhein
- Abrechnungsverlauf
- Auslandsabkommen
- Internetauftritt: www.kvno.de
- Heilmittel verordnen

Themen der Infostände:

- Impfungen
- Toleranzgrenzen
- Palliativ-/DMP-Verträge
- Qualitätsmanagement
- Hilfsmittel
- Arznei- und Heilmittel
- Online-Abrechnung
- Praxisgebühr

Termin Mittwoch, 9. Mai 2012, 13 bis 17 Uhr

Ort Sedanstraße 10-16
50668 Köln

Anmeldung nicht nötig

Strategien gegen Impfmüdigkeit

Masern, Mumps und Röteln gehören zu den hochgradig infektiösen Krankheiten und zählen nicht zur Kategorie harmlose Kinderkrankheiten. Denn ohne wirksamen Impfschutz können ernsthafte Komplikationen oder auch Todesfälle die Folge sein. Die Veranstaltung „Impfmüdigkeit in Deutschland – Ma-

uern, Mumps und Röteln wieder auf dem Vormarsch“ deckt das Thema breit ab. Experten präsentieren beispielsweise neue Daten und Fakten zur Epidemiologie und die aktuellen Empfehlungen der ständigen Impfkommission.

ZERTIFIZIERT | beantragt

Termin Freitag, 11. Mai 2012, 14 bis 17.30 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Anmeldung Cognomed
Bianca Kuras

Telefon 030 27 87 83 86

E-Mail anmeldung@cognomed.de
www.cognomed.de

Kostenlos für Mitglieder
der KV Nordrhein

Termine

18.04.	GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft mbH: „Praxiswertermittlung“, Düsseldorf
18.04.	IQN: „Problematik bei der intraoperativen Lagerung – Kompartmentsyndrom“, Düsseldorf
18.04.	Nordrheinische Akademie – Fortbildung für MFA: „Praxisgebühr“, Düsseldorf
■ 21.04.	KV Nordrhein: Informationsveranstaltung „Online-Abrechnung mit der KV Nordrhein“, Köln
25.04.	GMG Gesundheitsmanagementgesellschaft mbH: „Honorarverteilung, Abrechnung, Regelleistungsvolumen“, Düsseldorf
25.04.	Nordrheinische Akademie – Fortbildung für MFA: „IGe-Leistungen“, Köln
■ 28.04.	KV Nordrhein: Informationsveranstaltung „Online-Abrechnung mit der KV Nordrhein“, Düsseldorf
02.05.	Nordrheinische Akademie – Fortbildung für MFA: „Abrechnung Hausärzte“, Düsseldorf
■ 05.05.	KV Nordrhein: Nordrheinischer Praxisbörsentag, Düsseldorf
■ 09.05.	KV Nordrhein: Infomarkt für Medizinische Fachangestellte, Köln
■ 11.05.	KV Nordrhein/Cognomed: KVNO-Forum: „Impfmüdigkeit in Deutschland – Masern, Mumps und Röteln wieder auf dem Vormarsch“, Düsseldorf
■ 15.05.	KV Nordrhein: Sonder-Vertreterversammlung, Düsseldorf
■ 16.05.	KV Nordrhein: „Rational und rationell verordnen“, Köln
16.05.	Nordrheinische Akademie: „Juristische Fallstricke im Praxisalltag“, Düsseldorf
16.05.	IQN/Nordrheinische Akademie – Fortbildung für MFA: „Multiresistente Erreger im Praxisalltag“, Düsseldorf
02.06.	Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte/KV Nordrhein: Infoveranstaltung für angehende Pädiater, Düsseldorf
■ 02.06.	Kreisstelle Leverkusen der KV Nordrhein: „Tag der Organspende“, Leverkusen
15.06.	Nordrheinische Akademie: „Der Weg in die niedergelassene Praxis“, Düsseldorf
■ 20.06.	RP-Ratgeber Gesundheit/KV Nordrhein: „Der Haut helfen“, Düsseldorf
■ 27.06.	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf
27.06.	Nordrheinische Akademie: „Die erfolgreiche Praxisabgabe“, Düsseldorf

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

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

Frank Naundorf (verantwortlich)
Karin Hamacher, Dr. Heiko Schmitz

Redaktionsbeirat

Dr. Peter Potthoff, Bernd Brautmeier,
Frank Naundorf, Dr. Heiko Schmitz

Druck

Echo Verlag, Köln

Satz

Merzhäuser | grafik+design, Bonn

Anschrift der Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
40182 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 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“ 5 | 2012

■ Hausarztvertrag AOK und KVNO:

Die Vergütung steigt deutlich

■ Elektronische Signaturen:

eToken, eHBA und eHBA light

■ Überblick für die Praxis:

Krankenfahrten richtig verordnen

■ Diskussion über Gesundheitsziele:

Wohin steuert die Versorgung in NRW

Die nächste Ausgabe von „KVNO aktuell“

erscheint am 9. Mai 2012.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Postfach 40182 Düsseldorf
E-Mail redaktion@kvno.de
Tel. 0211 5970 0 · Fax 0211 5970 8100

www.kvno.de



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.