

■ Schwerpunkt

Honorarreform
Neue Zusatz- und
höhere Regelleistungsvolumen

■ Hintergrund

Abrechnung
So berechnet die KV
das Honorar der Praxen

■ Aktuell

KBV
Mehr Geld für
Nordrhein möglich

■ Praxisinfo

Psychiatrie
Weniger Spielraum
für Institutsambulanzen



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

- 1 Editorial

Schwerpunkt

- 2 Nordrhein nutzt regionalen Verhandlungsspielraum: Die Regelleistungsvolumen steigen ab 1. Juli 2010

Aktuell

- 6 Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Mehr Geld für die Ärzte im Rheinland
- 7 Übersichtlicher, neue Suche und mobil nutzbar: KV Nordrhein modernisiert Internet-Auftritt
- 8 114.000 Patienten fordern mehr Geld für Praxen in NRW: Schluss mit der ungleichen Finanzierung
- 9 Mutterschafts-Richtlinien: TPHA-Test zugelassen
- 9 Kinderpalliativmedizin – Landesinitiative legt Abschlussbericht vor

Berichte

- 17 So funktioniert die Abrechnung: Geld für 14 Millionen Fälle

Service

- 22 Flyer für die Vorsorge
- 22 Arbeitgeber Gesundheitswesen
- 23 Der Tag der Niedergelassenen
- 24 Aktuelle Fragen und Antworten an die Serviceteams: Kassenwechsel – einmal Praxisgebühr reicht
- 25 Fax-Abruf

Praxisinfo

- 10 Überweisungen aus dem Vorquartal sind gültig
- 10 Homöopathievertrag ab 1. Juli auch für Versicherte der BKK Essanelle
- 10 Mehrere BKKen ziehen Befreiung von Praxisgebühr zurück
- 10 BKK Basell neuer Vertragsteilnehmer
- 10 Redaktionelle Änderung der Onkologie-Vereinbarung
- 10 Informationen zur Zusatzqualifikation zur Abrechnung von Gruppentherapien
- 11 Neue Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen zum 1. Juli 2010
- 11 EBM-Änderungen zum 1. Juli 2010
- 15 Erratum: Diagnose-Angaben bei Akupunktur erforderlich

Arzneimittelinfo

- 16 Preise hoch, Umsatz wächst
- 16 Sprechstundenbedarf: Paukenröhrchen müssen nicht aus Kunststoff sein



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

Ausdauer scheint sich auszuzahlen. Im Einsatz wider die Benachteiligung der Kolleginnen und Kollegen in Nordrhein und Westfalen haben wir ein Etappenziel erreicht. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat beschlossen, dass die benachteiligten KV-Regionen in Zukunft mehr Geld erhalten sollen. Endlich. Doch das Geld liegt nicht auf dem Tisch. Es soll aus den Honorarsteigerungen in den nächsten Jahren kommen – und die müssen erst einmal verhandelt werden.

Dass dies passiert, daran werden wir weiter beharrlich arbeiten. Aber vielen Ärztinnen und Ärzten steht das Wasser aufgrund der Honorarreform schon heute bis zum Hals. Für sie ist ein rascher Rettungsring nötig gewesen. Genau dieser sollte mit der Reform der Reform ab 1. Juli greifbar sein.

Denn mit ihr steigen die Regelleistungsvolumen in den meisten Fachgruppen an. Die neue Regelung nützt vor allem den Kolleginnen und Kollegen, die die Basisversorgung der Patientinnen und Patienten abdecken und nur wenige Leistungen außerhalb ihrer Regelleistungsvolumen erbringen konnten.

Bei alledem sind der haus- und der fachärztliche Bereich strikt getrennt geblieben. Kein hausärztlicher Kollege musste für einen Facharzt auf Honorar verzichten, genauso wie umgekehrt. Die Honorarbereiche werden auch künftig getrennt wachsen. Das sollte interne Neid-

diskussionen bremsen, die hin und wieder von interessierter Seite in die Kollegenschaft getragen werden.

Denn es reicht schon, wenn die Krankenkassen die Neiddebatte öffentlich lostreten. So behauptete der Spitzenverband Bund der Krankenkassen unlängst, die ärztlichen Honorare seien im Vergleich zu 2007 um 15 Prozent gewachsen.

Die Wirklichkeit im Rheinland sieht ganz anders aus. Jeder zweite Facharzt-Kollege in Nordrhein hat im vergangenen Jahr an Umsatz verloren.

Traurige Realität ist zudem, dass ein Drittel der ärztlichen Leistungen in Nordrhein überhaupt nicht bezahlt wird. Statt über prächtige Einkommenszuwächse der Ärzte zu klagen, sollten die Krankenkassen lieber alle Leistungen bezahlen, die Ärzte für ihre Patienten erbringen.

Nordrhein ist besonders betroffen. Denn der zuerkannte Behandlungsbedarf liegt bei uns sogar 4,7 Prozent unter dem deutschen Durchschnitt. Deswegen setzen wir uns für eine bundesweite Angleichung ein. Und dass sie möglichst rasch kommt.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr KV-Vorstand

Dr. Peter Potthoff

Bernd Brautmeier

Die Regelleistungsvolumen steigen ab 1. Juli 2010

Reform der Honorarreform. Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen steuern die freien Leistungen.

Die Regelleistungsvolumen (RLV) sind in Nordrhein seit ihrer Einführung vor sechs Quartalen regelhaft gesunken. Ein Grund ist der Mengenzuwachs von „freien Leistungen“, die unbegrenzt zu festen Preisen honoriert wurden. Mit diesem Problem stehen die Ärztinnen und Ärzte im Rheinland nicht allein da; es ist in Westfalen-Lippe und fast allen anderen Bundesländern aufgetreten.

Um diesen Prozess zu stoppen, wird die Honorarverteilung ab 1. Juli 2010 modifiziert. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Krankenkassen im Bewertungsausschuss auf Bundesebene verständigt.

Neu: Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen

Fast alle Leistungen, die aus der begrenzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) bezahlt werden, unterliegen künftig einer Mengenbegrenzung. Zur Steuerung der so genannten freien Leistungen gibt es ab dem dritten Quartal 2010 qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV); sie ersetzen weitgehend die freien Leistungen.

Mit diesem Schritt sollen die Regelleistungsvolumen und damit die Basisversorgung gestärkt werden. „Denn die RLV werden nicht länger durch die freien Leistungen reduziert“, erläutert Dr. Peter Potthoff, Vorstand der KV Nordrhein.

Die KV Nordrhein hatte die freien Leistungen bereits seit dem 4. Quartal 2009 begrenzt. Aufgrund dieser Kontingentierung haben zusätzliche freie Leistungen das Honorar für die Regelleistungsvolumen nicht mehr verringert. Der Absturz wurde dadurch gebremst. Allerdings steigen deswegen die RLV im Rheinland im 3. Quartal 2010 auch nicht ganz so stark wie in einigen anderen Bundesländern.

Die neue Regelung sieht nun vor, dass sämtliche Leistungen einer Arztgruppe ab dem 1. Juli 2010 über Regelleistungsvolumen oder qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gesteuert werden.



Ab 1. Juli gelten neue Regeln für die Honorarverteilung.

Um diese Leistungen geht es

Die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gelten ab

1. Juli 2010 für folgende Leistungen:

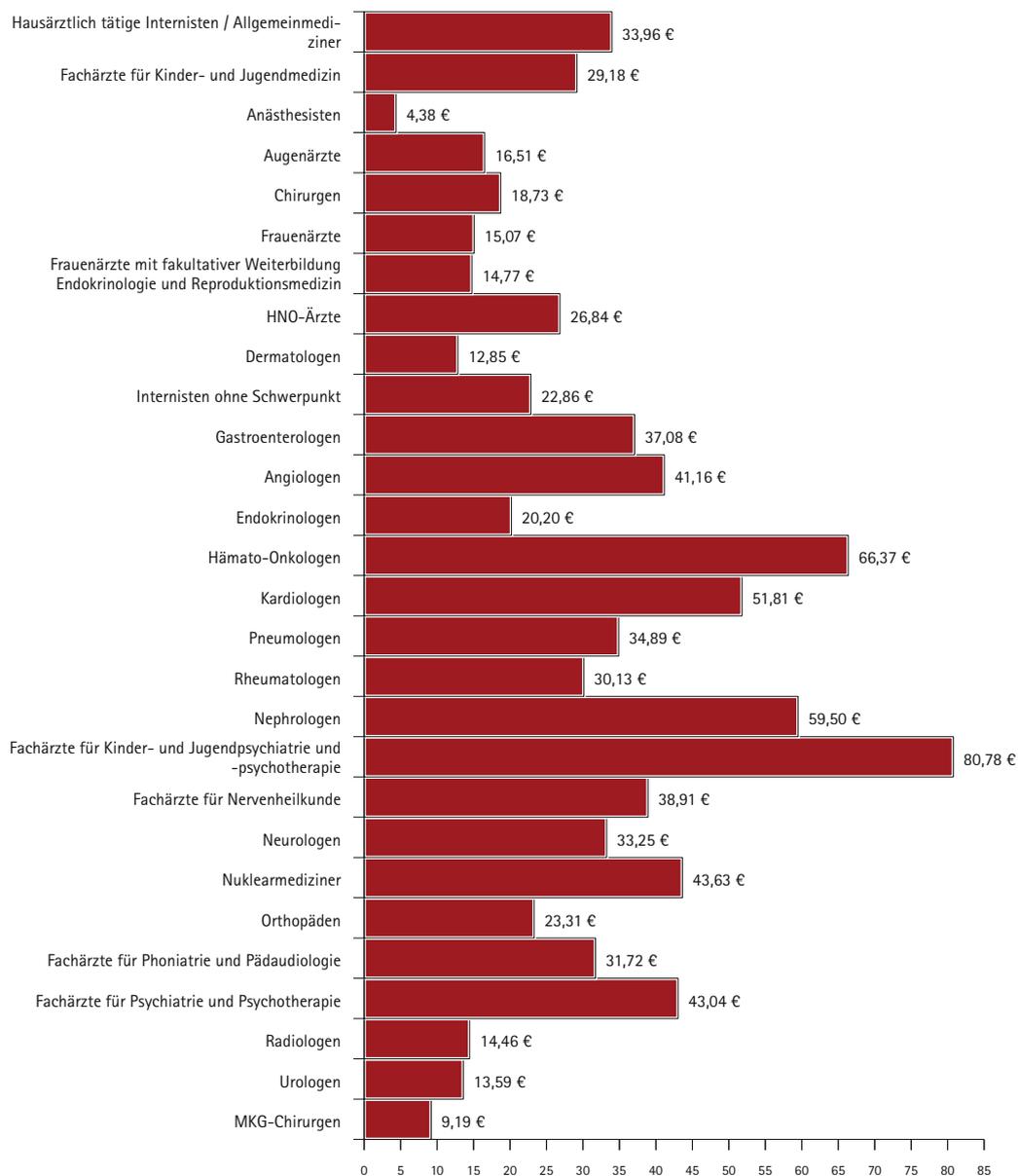
- „Freie Leistungen“, die bis zum 30. Juni 2010 aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, aber außerhalb der Regelleistungsvolumen ohne Mengenbegrenzung honoriert werden
- Leistungen, für die es zurzeit Fallwertzuschläge gibt (zum Beispiel Ultraschall und Psychosoma-

tik bei Hausärzten, Teilradiologie bei Fachärzten)

- Leistungen, die bislang im Regelleistungsvolumen enthalten sind, aber nur von einem Teil der Ärzte der jeweiligen Arztgruppe erbracht werden (zum Beispiel kurative Mammographie, Bronchoskopie)

Der Beschluss lässt jedoch Handlungsspielräume auf der regionalen Ebene zu, die mit den regionalen Kran-

RLV-Fallwerte im 3. Quartal 2010



kenkassen verhandelt werden müssen. Das gilt vor allem für Leistungen, die außerhalb der Regelleistungsvolumen und außerhalb der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen vergütet werden. Hierbei ist allerdings der Grundsatz der Kostenneutralität zu beachten. Das hat der Bewertungsausschuss so bestimmt.

Rheinische Regelungen

Die KV Nordrhein und die Krankenkassen im Rheinland machen von diesem Handlungsspielraum Gebrauch und führen ab 1. Juli 2010 für bestimmte Leistungen Kontingente ein. Dies begrenzt die abrechenbare Menge, vermeidet aber die Nachteile der qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets.

Der Nachteil der qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets: Der einmalige Ansatz einer bestimmten Leistung



Für die hausärztlichen Akupunkturleistungen gibt es in Nordrhein einen Topf.

löst bereits das Zusatzbudget aus. Und zwar für alle RLV-Fälle. Dies hat zur Folge, dass Ärzte, die nur selten entsprechende Leistungen des Zusatzbudgets abrechnen, für alle RLV-Fälle dieses Budget zugewiesen bekommen. Ärzte hingegen, die diese Ziffern häufig abrechnen, werden aufgrund dieser Systematik benachteiligt und müssen eventuell Honorareinbußen hinnehmen. Aus diesem

Grund haben KV Nordrhein und Krankenkassen vereinbart, dass statt der qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets Töpfe gebildet werden, aus denen die Leistungen jeweils einzeln bezahlt werden.

Die damit verbundenen Nachteile der floatenden Punktwerte werden bewusst in Kauf genommen. „Trotzdem gehen wir davon aus, dass die Vielabrechner dieser Leistungen gegenüber den Wenigabrechern von dieser Systematik begünstigt werden“, sagt Udo Brundiek, Honorarexperte der KV Nordrhein.

Töpfe für Akupunktur und Schmerztherapie

Bei den Hausärzten sind Töpfe für die Akupunktur und die spezielle schmerztherapeutische Behandlung gebildet worden. Diese Regelung gilt ebenfalls für den fachärztlichen Versorgungsbereich. Hier gibt es zudem Töpfe für

- zytologische und histologische Leistungen
- Doppleruntersuchungen bei Neurologen und Nervenärzten
- Magnetresonanztomographie bei Nervenärzten
- sonographische Untersuchungen mittels Duplex-Verfahren bei Gefäßchirurgen
- Narkosen bei zahnärztlichen Behandlungen bei den Anästhesisten
- Polysomnographie und
- die sogenannten KO-Leistungen, die im hausärztlichen Bereich erbracht werden

Auch für die Leistungen der Reha-Mediziner, für die Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte und ermächtigten Institute, für humangenetische und pathologische Leistungen werden Töpfe gebildet.

„Im Übrigen sind wir bei der Bildung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen den Wünschen der Berufsverbände nachgekommen“, betont Potthoff. Mitunter wurden auch QZV mit den Regelleistungsvolumen zusammengefasst, wenn die daraus folgenden Aufschläge sehr gering sind.

Eine Besonderheit betrifft die Radiologen. Um Verwerfungen in dieser Fachgruppe zu vermeiden, werden für die Ermittlung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen die Leistungsfälle zugrunde gelegt. Bei dieser Variante erhält jeder Arzt, der Anspruch auf das jeweilige Zusatzvolumen hat, einen Zuschlag pro Leistungsfall. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall mindestens eine Leistung des entsprechenden QZV abgerechnet worden ist. Zur Berechnung des Zuschlags wird die Leistungsfallzahl des Arztes im Vorjahresquartal mit dem Fallwert der Arztgruppe für das jeweilige qualifikationsgebundene Zusatzvolumen multipliziert.

Psychotherapie – es bleibt, wie es ist

Bei den antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen und auch bei den nicht antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen werden sich gegenüber der bisherigen Vorgehensweise keine Änderungen ergeben. Dies gilt auch für Ärzte, die nicht überwiegend psychotherapeutisch tätig sind.

Mehr Informationen zu den Regelleistungsvolumen und den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KW100605](#)

Fragen und Antworten zu den Änderungen ab 1. Juli 2010

Wie werden die Regelleistungsvolumen gestärkt?

Dies geschieht auf unterschiedliche Weise: Künftig werden die Regelleistungsvolumen (RLV) und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gleichgewichtet berechnet. Damit wird das Regelleistungsvolumen stabilisiert.

Eine weitere Veränderung: Die „freien Leistungen“ wird es so nicht mehr geben. Sie werden ab Juli über die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen gesteuert. Die Leistungen werden wie bei den RLV-Leistungen nur noch bis zur Höhe des Zusatzvolumens zu den Preisen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) bezahlt, alle „überschießenden“ Leistungen zu einem niedrigeren Preis. Außerdem hat der Bewertungsausschuss vorgesehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen eine Zuwachsbegrenzung für die Fallzahlen einbauen.

Wer ist von den Änderungen betroffen?

Die Änderungen betreffen alle Haus- und Fachärzte, die ein Regelleistungsvolumen zugewiesen bekommen. Die Regelungen für psychotherapeutische Fachgruppen, für die kein RLV ermittelt wird, bleiben bestehen. An der Systematik der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen ändert sich nichts.

Wie setzt sich das ärztliche Honorar ab 1. Juli 2010 zusammen?

Eine neue Honorarsäule sind die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV), die es in ähnlicher Form (Fallwertzuschläge) bereits jetzt für Hausärzte und Fachärzte (nur für Teilradiologie) gibt. Dafür fallen fast alle „freien Leistungen“ weg. Auch die Fallwertzuschläge werden durch die neuen QZV ersetzt.

Alle extrabudgetären Leistungen, für die die Krankenkassen außerhalb der begrenzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung Geld zur Verfügung stellen, werden dagegen weiterhin ohne Mengenbegrenzung zu den Preisen des EBM vergütet. Dazu zählen zum Beispiel Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen.

Das Honorar eines Vertragsarztes setzt sich somit ab Juli aus folgenden Teilen zusammen:

- Honorar für Leistungen aus den RLV und QZV
- Honorar für RLV- und QZV-Leistungen, die zu abgestuften Preisen vergütet werden
- Honorar für Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen honoriert werden
- Honorar für „freie Leistungen“ (in Nordrhein: Leistungen im Notfalldienst)

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

Mehr Geld für die Ärzte im Rheinland

2,6 Milliarden Euro betrage der benötigte Zuwachs der Gesamtvergütung im Jahre 2011, schätzt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Der Zuwachs soll bisher benachteiligten KV-Regionen wie Nordrhein zugute kommen.

Gegen 16.30 Uhr am 9. Mai war die Kuh vom Eis. Mit Zweidrittel-Mehrheit nahmen die Delegierten der außerordentlichen Vertreterversammlung (VV) der KBV in Dresden einen Antrag des KBV-Vorstandes an, nach dem der Honorar-Zuwachs der Jahre 2011 bis 2016 „asymmetrisch“ an die bisher benachteiligten KVen verteilt werden soll.

Einheitlicher Behandlungsbedarf

Ziel sei, einen bundesweiten, kassenübergreifenden einheitlichen Behandlungsbedarf je Versicherten in einer definierten Krankheitsgruppe zu schaffen. Einfach ausgedrückt: Dem bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert soll endlich ein bundeseinheitlicher Behandlungsbedarf folgen.



Die nordrheinischen Delegierten stimmen dem Antrag des KBV-Vorstandes zu, da er mehr Honorar ins Rheinland lenken soll. Foto: Gebhardt

Seit August 2008 haben die Rheinländer für eine Revision des Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses gekämpft. Die Angleichung des nordrheinischen Leistungsbedarfs an den Bundesdurchschnitt war dabei die zentrale Forderung.

Mitte 2008 hatte der Erweiterte Bewertungsausschuss einen bundesweiten Orientierungspunktwert aus dem Bundesdurchschnitt aller KVen gebildet, eine bundesdurchschnittliche Festlegung des Leistungsbedarfs aber unterlassen. Dadurch wurde der KV Nordrhein zusammen mit anderen KVen wie Westfalen-Lippe, Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg benachteiligt. Durch stringente Mengenbegrenzungen vor der Honorarreform war der Leistungsbedarf niedrig, der Punktwert dafür aber hoch. Mit der Reform sank der Punktwert auf das niedrigere Bundesniveau – ohne Anhebung des traditionell niedrigen Leistungsbedarfs. Die Folge: Die Gesamtvergütung reichte im 1. Quartal 2009 noch nicht einmal aus, die abgerechneten Leistungen zu vergüten. Die Regelleistungsvolumen reduzierten sich von Quartal zu Quartal.

„Mit diesem Beschluss ist es uns mit vereinten Kräften gelungen, das Tor zum Weg aus der Ungerechtigkeit zu öffnen“, so der Kommentar des Vorstands der KV Nordrhein zu diesem Beschluss.

„Nur durch den engen Schulterschluss mit der Schwester-KV Westfalen-Lippe und den Rückwind durch unsere Landespolitiker ist es gelungen, die KBV-Vertreterversammlung zu überzeugen“, betont Bernd Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein. Noch im März hätten sich die Vertreter mit Nicht-Befassung aus der Affäre gezogen.

„Jetzt kommt es darauf an, den benötigten Mehrbedarf auch in den Verhandlungen mit den Krankenkassen zu realisieren“, meint Dr. Peter Potthoff, Vorstand der KV Nordrhein. Dazu sei der Nachweis der Morbidität entscheidend wichtig, so Potthoff. Denn die Ermittlung und Anpassung des Behandlungsbedarfs je Versicherten kann nach dem Beschluss der KBV-VV nur über die Morbidität erfolgen. Die regionale Qualität der Dokumentation der Diagnosen muss dazu gleichförmig gut sein, um Artefakte bei der Verteilung der Vergütungen zu vermeiden.

Übersichtlicher, neue Suche und mobil nutzbar

KV Nordrhein modernisiert Internet-Auftritt

Der Internetauftritt der KV Nordrhein www.kvno.de wird in den nächsten Wochen grafisch und technisch überarbeitet.

Ziel der Neugestaltung: den in die Jahre gekommenen Internetauftritt technisch und gestalterisch zu modernisieren. Das neue Layout erleichtert durch luftigere Seitengestaltung und stärkere Bebilderung das Lesen der teilweise sehr komplexen Texte.

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

Alle neuen oder aktualisierten Informationen finden Sie in der Rubrik „Neues“. Sollten Sie aber zum Beispiel nur Neuigkeiten zum Thema „Arzneimittel“ wünschen, können Sie auf dieser Seite die Information mit Hilfe von Filtern nach Themen eingrenzen.

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

Alle technischen Neuerungen stellen wir in den folgenden Ausgaben von KVNO aktuell vor. Wir wünschen demnächst viel Spaß beim Ausprobieren und Neuentdecken der Webseite der KV Nordrhein.



Luftiger und übersichtlicher wird der neue Internetauftritt der KVNO.

Die Beschlüsse der geschlossenen Sitzung der Vertreterversammlung der KV Nordrhein finden Sie wie gewohnt im Internet unter www.kvno.de

Schluss mit der ungleichen Finanzierung

Die Honorarreform benachteiligt die Ärzte in Nordrhein-Westfalen (NRW). Diesen Zustand wollen die NRW-Praxisnetze beenden – und trugen den Protest nach Berlin.

Öffentlicher Druck ist ein Mittel – gerade in Zeiten

der Wahl. Zu ihm hat das Aktionsbündnis gegriffen, das die Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Witten (ÄQW) und der Landesverband der Praxisnetze NRW (LP NRW) initiiert haben. Anfang März, rund zwei Monate vor den Wahlen in NRW, startete das Bündnis eine Plakataktion, in der es auf die finanzielle Benachteiligung der Praxen im bevölkerungsreichsten Bundesland hinwies.

Dr. Philipp Rösler auf, „die berechtigten Interessen unseres Bundeslandes gegen die Interessen der besser gestellten Bundesländer durchzusetzen“.

Fünf Wäschekörbe Unterschriften

114.000 Unterschriften kamen innerhalb von drei Wochen zusammen. Drei Vertreter des Aktionsbündnisses überreichten dem Parlamentarischen Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium Daniel Bahr Anfang Mai fünf Wäschekörbe voll mit Unterschriften.

„Eine vergleichbare Aktion hat es bei uns noch nicht gegeben, wir sind mit dem Ergebnis zufrieden“, sagt ÄQW-Geschäftsführer Dr. Arne Meinshausen. Die Ärzte hatten sich auch an Bundesgesundheitsminister Rösler gewandt, der ihnen eine Prüfung der Zusammenhänge zugesagt hat. „Ich nehme die von Ärzten aus Nordrhein-Westfalen geäußerte Kritik an den Auswirkungen der Honorarreform sehr ernst“, schrieb Rösler an Meinshausen und seine Kollegen.

Rösler soll eingreifen

Der Beschluss der außerordentlichen Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Benachteiligung schlechter gestellter KV-Regionen in den nächsten Jahren auszugleichen, geht nach Ansicht des Aktionsbündnisses in die richtige Richtung. Er reiche aber nicht aus. Denn ob in den kommenden Jahren „relevante Honorarzuwächse“ zustande kommen, erscheine vor allem aufgrund der schlechten Wirtschaftslage sehr fraglich. Meinshausen sieht den Minister am Zug. Deswegen Ankündigung, Konsequenzen aus der Überprüfung



»MEIN GELD GEHT FREMD...«

»MEINE VERSICHERUNGSBEITRÄGE UNTERSTÜTZEN DIE WIRTSCHAFT IN DEN ANDEREN BUNDESLÄNDERN.«



WARUM?

Die Beiträge aller Versicherten werden in den gemeinsamen Gesundheitsfonds in Berlin eingezahlt. Die ambulante Medizin in NRW erhält hieraus am wenigsten pro Patient.

Dieses Geld fehlt für Ihre Versorgung!

Die anderen Bundesländer werden mit Ihren Beiträgen besser gestellt.

JETZT IST DIE POLITIK GEFRAGT.

Eine Initiative der NRW-Ärztinnen in Zusammenarbeit mit der KVWL
V.i.S.d.P. ÄQW GmbH - Dr. Arne Meinshausen - Dr. Frank Koch - 38452 Witten

Protest auf Postern: Die Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Witten hatte im März ein landesweites Aktionsbündnis der Praxisnetze und Praxen in NRW ins Leben gerufen, um die „Fehlsteuerung“ der Versichertengelder zu stoppen.

kerungsreichsten Bundesland hinwies.

Es folgte eine Unterschriftenaktion unter dem Titel „NRW-Patienten schreiben dem Gesundheitsminister“. Darin forderten die Unterzeichner Gesundheitsminister

der Abrechnungsdaten aus den einzelnen KVen zu ziehen, müssten nun auch Taten folgen. Und zwar noch vor der Sommerpause. „Eine solche Beschlussfassung kann nach Auffassung der ÄQW und des LP NRW nur einen zeitnahen Ausgleich der Honorare zwischen den Bundesländern beinhalten.“

„Chancengleichheit für die ambulante Medizin in NRW“ – das forderten 114.000 Patienten. Die Unterschriften in Wäschekörben überreichten Dr. Frank Koch und Dr. Arne Meinshausen (2. u. 3. v. l.) und Dr. Karl-Georg Fuche (r.) an Staatssekretär Daniel Bahr (l.).



Mutterschafts-Richtlinien: TPPA-Test und ELISA-Test zugelassen

Zur Syphilis-Ausschlussdiagnostik sind nun auch die Suchtests Enzyme-linked-immunosorbent-assay (ELISA) und Treponema pallidum-Partikelagglutinationstest (TPPA) zugelassen. Sie können alternativ zum TPHA-Test eingesetzt werden, wenn dadurch die Kosten nicht steigen. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss entschieden. Die Änderung der Mutterschafts-Richtlinien gilt ab sofort.

Stichwort: TPPA: Der Treponema pallidum-Partikelagglutinationstest, kurz TPPA, ist ein mikrobiologischer Schnelltest zum Screening von Antikörpern gegen Treponema pallidum, den Erreger der Syphilis, im menschlichen Blut. Da nicht das Bakterium selbst, sondern die Antikörper gegen Treponema pallidum im Blutserum nachgewiesen werden, spricht man von einem indirekten Erreger-Nachweis.

Kinderpalliativmedizin – Landesinitiative legt Abschlussbericht vor

Etwa 3.600 schwerstkranke Kinder und Jugendliche leben in Nordrhein-Westfalen (NRW) – 360 von ihnen sterben jedes Jahr. Dass diese schwerstkranken Kinder auch zuhause schmerzfrei und würdevoll leben können, ist das Anliegen der Landesinitiative zur ambulanten Palliativversorgung von Kindern und Jugendlichen in NRW, die jetzt ihren Abschlussbericht vorgelegt hat.

Im Rahmen der Landesinitiative wurde auch das bundesweit erste Modellprojekt zur flächendeckenden pädiatrischen Versorgung umgesetzt. Mit den beiden neu eingerichteten Kompetenzzentren in Bonn und Datteln – in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinderärzten und Pflegediensten – ist es dabei gelungen, schon während der Projektlaufzeit 170 Kinder und Jugendliche sowie deren

Familien ambulant zu versorgen. Aufgrund der Erfahrungen aus dem Modellprojekt wird ein dreistufiges System der pädiatrischen Palliativversorgung vorgeschlagen: Angebote zu Fortbildungen für niedergelassene Kinder- und Jugendärzte, Etablierung von ausreichend spezialisierten Versorgungsteams und die Bereitstellung spezieller Konsultation, Öffentlichkeitsarbeit und Wissensmanagement durch die beiden übergeordneten Kompetenzzentren.

An der Umsetzung des Projektes waren Partner aus unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung beteiligt, unter anderem die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein und Westfalen-Lippe.

Unter www.mags.nrw.de können Sie den Abschlussbericht beim Broschürenservice bestellen oder direkt herunterladen.

Überweisungen aus dem Vorquartal sind gültig

Überweisungen, die im Vorquartal ausgestellt wurden, sind auch im Folgequartal gültig und können von der Praxis angenommen werden. Bitte achten Sie aber darauf, dass das Gültigkeitsdatum der Krankenversichertenkarte noch nicht überschritten ist. Bei einer Inanspruchnahme im Folgequartal muss bei einer Überweisung aus dem Vorquartal allerdings die Praxisgebühr erhoben und quittiert werden, sofern keine Quittung aus dem aktuellen Quartal vorliegt. Bei der Abrechnung geben Sie bitte zusätzlich die Symbolnummer 80030V an.

Homöopathievertrag ab 1. Juli auch für Versicherte der BKK Essanelle

Die BKK Essanelle tritt zum 1. Juli 2010 dem Homöopathievertrag mit der Securvita BKK, der BKK Linde und der BKK Daimler bei. Damit können ab 1. Juli auch die Versicherten der BKK Essanelle in Nordrhein die Leistungen dieses Homöopathievertrages in Anspruch nehmen. Die Vergütung erfolgt zusätzlich zum Regelleistungsvolumen.

Ärzte, die bereits am Vertrag mit der Securvita BKK teilnehmen, benötigen keine neue Teilnahmegenehmigung; diese gilt automatisch auch für die anderen BKKen. Teilnahmeanträge für Patienten erhalten Sie über den Formularversand der KV Nordrhein. Das Original der Patiententeilnahmeerklärung fügen Sie bitte der Quartalsabrechnung bei. Die Anschrift des Formularversandes finden Sie im Impressum am Ende des Heftes.

Mehrere BKKen ziehen Befreiung von Praxisgebühr zurück

Versicherte der BKK Basell, BKK der Partner und BKK futur müssen ab 1. Juli 2010 wieder zehn Euro Praxisgebühr im Quartal zahlen, sofern keine Quittung aus dem aktuellen Quartal vorliegt. Aufgrund der Teilnahme am BKK-Hausarztvertrag waren sie bislang davon befreit.

BKK Basell neuer Vertragsteilnehmer

Die BKK Basell nimmt ab sofort an der Vereinbarung über den Kostenersatz für Anfragen der Krankenkassen im Zusammenhang mit rückwirkend anerkannten Berufskrankheiten teil.

Redaktionelle Änderung der Onkologie-Vereinbarung

Um die aufgetretenen Irritationen hinsichtlich der Zuordnung der onkologischen Erkrankungen zu den jeweiligen Kostenpauschalen zu beheben, wurden redaktionelle Änderungen der Onkologie-Vereinbarung vorgenommen. Die rückwirkenden Änderungen beziehen sich auf den Paragraphen 1 Abs. 2 Nr. a und d der Onkologie-Vereinbarung, die am 1. Oktober 2009 in Kraft getreten ist. Unter Nummer a waren irrtümlich alle malignen Tumore nach den ICD-10-Codes C00 bis C97 subsumiert und unter Nummer d die Tumore des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung nach den dort bisher aufgeführten ICD-10-Codes. Durch diese Zuordnung waren floride Hämoblastosen der Kostenpauschale 86512 „Behandlung solider Tumore (...)“ zugeordnet. Dieser redaktionelle Fehler wurde nun wie folgt geändert:

Die unter a in Paragraph 1 Abs. 2 aufgeführten Tumore beziehen sich nunmehr auf alle malignen soliden Tumore nach den ICD-10-Codes C00.- bis C80.- und C97. Die unter Paragraph 1 Abs. 2 Nr. d aufgeführten Erkrankungen beziehen sich nunmehr auf die Neubildung des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung, unter denen die Erkrankungen nach den ICD-10-Codes C81.- bis C96.9 aufgeführt werden.

Informationen zur Zusatzqualifikation zur Abrechnung von Gruppentherapien

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten können die Zusatzqualifikation für die Abrechnung von Gruppentherapien analog

zur Regelung für Ärztliche Psychotherapeuten auch im Rahmen ihrer Ausbildung erwerben. Darauf weist der Beratende Fachausschuss Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hin.

Die Psychotherapie-Vereinbarungen sehen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ferner vor, dass die Zusatzqualifikation auch nach der Ausbildung erworben werden kann. Auch diese Regelung gilt analog der Regelung für Ärztliche Psychotherapeuten.

In beiden Fällen muss der Erwerb der Zusatzqualifikation an oder über anerkannte Ausbildungsstätten nach Paragraph 6 des Psychotherapeuten-Gesetzes erworben werden.

Neue Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen zum 1. Juli 2010

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat eine neue Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen abgeschlossen, die am 1. Juli 2010 in Kraft tritt. Mit ihr wird die Gruppe psychisch kranker Patienten, für die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eine Behandlung in der Psychiatrischen Institutsambulanz indiziert ist, näher spezifiziert. Für diese Patientengruppe sind die Psychiatrischen Institutsambulanzen an psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern zur ambulanten Behandlung ermächtigt, sofern die psychiatrische Abteilung die regionale Versorgungsverpflichtung übernommen hat. Der neue Vertrag legt die Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Behandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen fest.

Im Einzelnen sind hier die Indikationen (Diagnosen) und Kriterien für Schwere und Dauer der zu behandelnden Erkrankungen bei Erwachsenen sowie die entsprechenden Kriterien für Kinder und Jugendliche aufgelistet. Wann eine Behandlung Erwachsener in einer Psychiatrischen Institutsambulanz indiziert ist, wird durch einen Positivkatalog von ICD-Diagnosen definiert. Diese Diagnosen müssen wiederum in Verbindung mit mindestens vier

von zwölf festgelegten Kriterien für Schwere (Ausnahme: akuter Notfall) oder einem von zwei festgelegten Kriterien für Dauer vorliegen. Andere – nicht im Positivkatalog genannte – Indikationen psychischer Erkrankungen können nur dann in der Psychiatrischen Institutsambulanz behandelt werden, wenn die festgelegten Kriterien von Schwere und Dauer erfüllt sind.

Weiterhin sind erstmalig Ausschlusskriterien definiert: So ist eine Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz ausgeschlossen, wenn gleichzeitig eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung durch einen Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeuten oder eine durch niedergelassene Fachärzte verordnete Psychotherapie stattfindet. Diese Ausschlusskriterien gelten generell.

Die KBV hatte den bisherigen Vertrag zum 1. Januar 2009 gekündigt. Hintergrund waren Klagen, die Psychiatrischen Institutsambulanzen würden ihren Versorgungsauftrag unzulässig auf viele leicht Erkrankte ausdehnen. Das Angebot der Psychiatrischen Institutsambulanzen richtet sich an Kranke, die von anderen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten, insbesondere von niedergelassenen Vertragsärzten und Psychotherapeuten sowie Medizinischen Versorgungszentren, nur unzureichend erreicht werden können.

Die neue Vereinbarung zu Psychiatrischen Institutsambulanzen mit der Anlage finden Sie unter www.kvno.de im Internet. **[W100611]**

EBM-Änderungen zum 1. Juli 2010

Änderung der Bewertungen hausärztlicher und pädiatrischer Grundpauschalen

EBM-Nummer	Punkte alt	Punkte neu
03110	1000	1190
03111	900	880
03120	500	595
03121	450	440
04110	1000	1190
04111	900	880
04120	500	595
04121	450	440

Zum 1. Juli 2010 werden die Bewertungen der hausärztlichen und pädiatrischen Versichertenpauschalen nach den EBM-Nummern 03110, 03111, 03120 und 03121 sowie 04110, 04111, 04120 und 04121 geändert. Teilweise kommt es zu Anhebungen,

teilweise zu Absenkungen. Die Leistungslegenden und -inhalte haben sich nicht geändert.

Mit den Anhebungen der Bewertung hat der Bewertungsausschuss auch die Prüfzeiten im Anhang 3 des EBM für die EBM-Nummern 03110 und 04110 von 22 auf 26 Minuten und für die EBM-Nummern 03120 und 04120 von elf auf 13 Minuten geändert. Für die in der Bewertung abgesenkten Leistungen wurden keine Änderungen der Prüfzeiten beschlossen.

Änderung der Bewertungen fachärztlicher Grundpauschalen

Der Bewertungsausschuss hatte im Zusammenhang mit der Neufassung des EBM 2008 beschlossen, die Berechnungshäufigkeit der onkologischen Zusatzpauschalen nach den EBM-Nummern 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 zu erheben und auf dieser Grundlage eine Bereinigung der Leistungsbewertung der Grundpauschalen der betroffenen Arztgruppen vorzunehmen.

Die Bewertungen der fachärztlichen Grundpauschalen nach den EBM-Nummern 07211, 08211, 08212, 09212, 10212, 13392, 13642, 15211, 15212, 26211 und 26212 werden auf Grundlage der Erhebung nun ab 1. Juli wie folgt geändert:

EBM-Nummer	Punkte alt	Punkte neu
07211	630	625
08211	420	410
08212	475	415
09212	580	575
10212	440	405
13392	570	555
13642	595	590
15211	320	310
15212	370	290
26211	485	465
26212	605	510

Die Bewertungen der

EBM-Nummer	Punkte alt	Punkte neu
16210	905	680
16211	900	645
16212	895	650

Grundpauschalen der EBM-Nummern 16210, 16211 und 16212 werden ebenfalls zum 1. Juli geändert. Die Leistungslegende ist um die Angabe „Beratung

und Behandlung bis zu 10 Minuten Dauer“ ergänzt worden.

Aufnahme der EBM-Nummer 10211 in Anhang 3 EBM bei der Änderung der Kalkulationszeiten und den Prüfzeiten der fachärztlichen Grundpauschalen

Die Kalkulationszeit der fachärztlichen Grundpauschale nach der EBM-Nummer 10211 wird zum 1. Juli 2010 von bisher 13 Minuten in zwölf Minuten abgeändert. Die Prüfzeit ändert sich von zehn Minuten in neun Minuten.

Neue EBM-Nummer 16220

Die neue EBM-Nummer 16220 ist mit 220 Punkten bewertet. Die Leistungslegende umfasst: neurologisches Gespräch, neurologische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung. Die Nummer 16220 ist je vollendete zehn Minuten abrechnungsfähig. Im Zusammenhang mit den Grundpauschalen nach den EBM-Nummern 16210 bis 16212 ist die Nummer 16220 erst nach 20 Minuten im Rahmen des Arzt-Patienten-Kontaktes abrechnungsfähig.

Neue EBM-Nummer 16222

Die neue EBM-Nummer 16222 ist mit 320 Punkten bewertet und kann einmal im Quartal abgerechnet werden als Zuschlag zu der EBM-Nummer 16220 bei Patienten mit schweren neuropsychologischen und verhaltensneurologischen Störungen. Die EBM-Nummer 16222 ist zusätzlich zur Nummer 16220 nur berechnungsfähig bei Patienten mit schweren Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit und/oder der kognitiven Fähigkeiten und mindestens einer der nachfolgend genannten Erkrankungen.

Bitte geben Sie immer den zutreffenden ICD-10-Code an: A81., C71.- bis C72.-, F00.- bis F03.-, F06.9, F07.-, F70.- bis F79.-, G09.-, G10.- bis G13., G20.-, G35.-, G40.-, G61.-, G70.- und G71.-, G80.- bis G82.-, G83.-, G91.-, G95.0 bis G95.2, I60.- bis I69.-, M33.-, R47.

EBM-Nummer 01758 auch ohne Genehmigung abrechnungsfähig

Die EBM-Nummer 01758 kann ab 1. Juli von dem behandelnden Frauen- und Hausarzt unter Angabe des Programmverantwortlichen Arztes auch ohne Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung nach den

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen abgerechnet werden.

Änderung der Leistungslegende der EBM-Nummer 01906

Die Leistungslegende der EBM-Nummer 01906 lautet ab 1. Juli: Durchführung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs unter medizinischer oder kriminologischer Indikation bis zum 63. Tag p. m.

Abrechnung der EBM-Nummer 08320

Die EBM-Nummer 08320 kann auch von Chirurgen, Kinderchirurgen, Fachärzten für Plastische und Ästhetische Chirurgie und Radiologen abgerechnet werden. Für die Abrechnung der EBM-Nummer 08320 ist jedoch eine Genehmigung der KV Nordrhein nach der Ultraschall-Ver einbarung notwendig.

Abrechnung der EBM-Nummern 19310 bis 19312 und 19331

Die EBM-Nummern 19310 bis 19312 und 19331 sind auch für Gynäkologen abrechnungsfähig. Für die Nummern 19310 bis 19312 ist eine Genehmigung der KV Nordrhein notwendig.

Ergänzung der Präambel zum Abschnitt 11.1

Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik können die EBM-Nummern 11210 bis 11212 nicht abrechnen.

Keine Abrechnung der EBM-Nummer 13250 neben den Nummern 30600 und 32247

Die Berechnung der EBM-Nummer 13250 neben den Nummern 30600 und 32247 ist nicht möglich.

Kosten der allergologischen Basisdiagnostik in EBM-Nummer 13250 enthalten

Der obligate Leistungsinhalt zur Allergiediagnostik lautet ab 1. Juli:

- Allergologische Basisdiagnostik, einschließlich Kosten
- Allergologische Anamnese
- Prick-Testung, mindestens zehn Tests

Auch die EBM-Nummer 13258 enthält die Kosten der allergologischen Basisdiagnostik

Die Kosten sind nicht mehr gesondert abrechnungsfähig.

EBM-Nummern 13300 und 13350 in BAG und MVZ nebeneinander abrechnungsfähig

In Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren können die EBM-Nummern 13300 und 13350 nebeneinander abgerechnet werden.

Abrechnung der EBM-Nummer 13675 nur mit ICD-10-Code

Die EBM-Nummer 13675 kann nur in Verbindung mit den nachfolgenden ICD-10-Codes abgerechnet werden: C33. bis C38., C39.8, C39.9, C45.0, C76.1, C77. bis C80.

Konkretisierung des obligaten Leistungsinhaltes der EBM-Nummer 30920

Für die Zusatzpauschale EBM-Nummer 30920 für die Behandlung eines Patienten im Rahmen der qualitätsgesicherten Versorgung von HIV-Infizierten wurde der obligate Leistungsinhalt konkretisiert. Es ist mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig.

Konkretisierung des obligaten Leistungsinhaltes der EBM-Nummer 30922

Für die EBM-Nummer 30922 als Zuschlag zur EBM Nummer 30920 sind mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte notwendig.

Konkretisierung des obligaten Leistungsinhaltes der EBM-Nummer 30924

Für die EBM-Nummer 30924 als Zuschlag zur EBM-Nummer 30920 sind mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte notwendig.

Änderung der Leistungslegende der EBM-Nummer 33061

Die Leistungslegende der EBM-Nummer umfasst ab 1. Juli die sonographische Untersuchung der Extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße mittels CW-Doppler-Verfahren an mindestens drei Ableitungsstellen je Extremität. Damit kann die Sonographie nach der Nummer 33061

auch abgerechnet werden, wenn die Extremitätenver-sorgenden Gefäße nicht untersucht wurden.

Abrechnung der EBM-Nummer 34492 nur mit Begründung

Die EBM-Nummer 34492 kann nur mit einer Begründung abgerechnet werden.

Klarstellung der Abrechnungs-Voraussetzungen der EBM-Nummern 35130 bis 35142 und 35150

Die EBM-Nummern 35130 bis 35142 und 35150 können nur von Vertragsärzten bzw. -therapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen gemäß den Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen, abgerechnet werden.

Änderung der Leistungslegende der EBM-Nummer 40516

Die Kostenpauschale nach der Nummer 40516 ist bei Verwendung von ^{99m}Tc-Kolloid (Leber) auch im Zusammenhang mit der Erbringung der Leistung nach der Nummer 17310 abrechnungsfähig.

Laboruntersuchungen: Die Begründungspflicht für „Ähnliche Untersuchungen“ wird ab 1. Juli 2010 erweitert

Wenn Sie „Ähnliche Untersuchungen“ in Auftrag geben, müssen Sie ab 1. Juli die medizinische Indikation der Laboruntersuchung angeben. Nur wenn eine Begründung vorliegt, dürfen Labore diese Leistungen auch abrechnen. Dies hat die Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen beschlossen.

Die Begründungspflicht soll die Labore bei der Auswahl der anzuwendenden Verfahren unterstützen. In besonderen Fällen kann die Begründung entfallen (zum Beispiel bei der GOP 32361 „Anti-Müller-Hormon“). Untersuchungen, für die diese Ausnahmeregelung gilt, sind in den Anmerkungen zu den jeweiligen EBM-Nummern genannt.

Die folgenden EBM-Nummern müssen ab dem 1. Juli 2010 mit einer Begründung veranlasst und abgerechnet werden:

EBM-Nummer	Ausnahme von der Begründungspflicht
32192 bis 32195	Fructose-Toleranz-Test und säuresekretorische Kapazität des Magens
32198	Keine Ausnahme von der Begründungspflicht
32208	Ecarin-Clotting-Time, anti-Xa-Aktivität
32227	Hemmkörperbestimmung (Bethesda-Assay), von-Willebrand-Faktor/Ristocetin-Cofaktor-Aktivität
32246	Äthanol im Serum, Beta-Hydroxybuttersäure, Fettsäuren (frei im Serum, unverestert), Kohlenmonoxid
32262	Galaktose-1-Phosphat-Uridyltransferase, Alpha-Glucosidase, alpha-Galaktosidase, Beta-Galaktosidase, Phosphofruktokinase i. E., UDP-Galaktose-Epimerase, Biotinidase, Carnitin-Palmityl-Transferase-II-Aktivität, Phosphoisomerase, Phosphomannomutase, Kryoglobuline
32294	Keine Ausnahme von der Begründungspflicht
32313	Organische Säuren, Methanol
32337	Keine Ausnahme von der Begründungspflicht
32346	Keine Ausnahme von der Begründungspflicht
32361	Anti-Müller-Hormon
32381	Interleukin-2-Rezeptor, Calprotectin und/oder Lactoferrin im Stuhl, Everolimus, Sirolimus und Mycophenolat
32405	Chromogranin A, Tryptase, Thymidinkinase, S-100, 11-Desoxycorticosteron und Parathormon-related Peptide
32416	Androstandiol-Glucuronid
32455	zirkulierende Immunkomplexe, Fibronectin im Punktat, Lösl. Transferrin-Rezeptor und Gesamthämolytische Aktivität
32475	Keine Ausnahme von der Begründungspflicht
32505	anti-Heparin/PF4-Autoantikörper
32527 32555 32641 32664 32707 32791	Keine Ausnahme von der Begründungspflicht

Bei folgenden EBM Nummern wurde zum 1. Juli die Leistungslegende geändert

EBM-Nummer 32197: Die speziellen Clearance-Untersuchungen im Rahmen der Nieren- und Stoffwechselfdiag-

nostik Harnstoff-, Phosphat- und/oder Calcium-Clearance, gegebenenfalls inklusive Kreatinin-Clearance, wurden zusammengefasst.

EBM-Nummern 32565 bis 32568: Durch diese Änderungen werden die Entwicklungen im Bereich der Treponema-pallidum-Nachweise dem aktuellen Stand angepasst. So wird neben dem 19S-IgM-FTA-Abs-Test auch der Immunoblot als Bestätigungstest unter der EBM-Nummer 32568 abrechenbar.

EBM-Nummer 32565: Cardiolipin-Flockungstest, quantitativ nur bei nachgewiesener Infektion

EBM-Nummer 32566: Treponemenantikörper-Nachweis im TPHA/TPPA-Test (Lues-Suchreaktion) oder mittels Immunoassay

EBM-Nummer 32567: Treponemenantikörper-Bestimmung (nur bei positivem Suchtest), quantitativ je Immunglobulin IgG oder IgM

EBM-Nummer 32568: Bestätigungsteste (Immunoblot oder FTA-ABS). Die Leistung ist einmal im Krankheitsfall abrechnungsfähig.

Aufnahme eines Abrechnungsausschlusses

Die Nebeneinanderberechnung der EBM-Nummern 32197 und 32124 ist nicht möglich.

Die ausführlichen Änderungen finden Sie in den Veröffentlichungen des Deutschen Ärzteblatts.

Erratum: Diagnose-Angaben bei Akupunktur erforderlich

Irrtümlich wurde in der Ausgabe 5/2010 von KVNO aktuell eine Zuordnung der Akupunktur-Indikationen zu den EBM-Nummern 30790 und 30791 vorgenommen. Richtig ist: Die Leistungserbringung der Akupunktur als vertragsärztliche Leistung ist auf die folgenden beiden Indikationen begrenzt:

- Chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die seit mindestens sechs Monaten bestehen und gegebenenfalls nicht segmental bis maximal zum Knie ausstrahlen (pseudoradikulärer Schmerz)
- Chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose, die seit mindestens sechs Monaten bestehen

Die Abrechnung und Vergütung erfolgt bei beiden Indikationen nach den EBM-Nummern 30790 und 30791. Sie setzen neben der Genehmigung zur Erbringung der Leistungen voraus, dass eine Diagnose angegeben wird, die die Leistungserbringung bei den oben genannten zwei Indikationen begründet. Hierbei können jedoch nur gesicherte Diagnoseeinträge berücksichtigt werden, keine Verdachts- oder Ausschlussdiagnosen. In Abrechnungsfällen, in denen keine Diagnosen nach dem ICD-10-Katalog angegeben werden, kann die Akupunkturleistung nicht vergütet werden. Den ICD-10-Code tragen Sie bitte in das Diagnosefeld ein.

*Die in Frage kommenden Diagnosen nach dem ICD-10-Katalog finden Sie unter www.kvno.de im Internet der KV Nordrhein bzw. können Sie über Ihr Serviceteam erhalten. **W100615***

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666

Telefax 0221 7763 6450

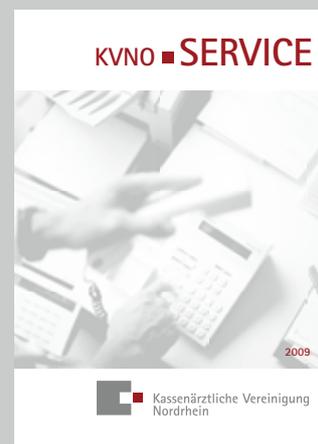
E-Mail service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888

Telefax 0211 5970 8889

E-Mail service.duesseldorf@kvno.de



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

Die Servicebroschüre erhalten Sie:

Bezirksstelle Köln

Ralf Coutelle

Telefon 0221 7763 6270, Telefax 0211 7763 6266

E-Mail ralf.coutelle@kvno.de

Preise hoch, Umsatz wächst

Preissteigerungen garantieren Umsatzzuwächse. Beispiel Multiple-Sklerose-Therapie mit Interferonen: Bei einem mäßigen Zuwachs der verordneten Dosen stiegen die Kosten überproportional. Die Zahl der verordneten Definierten Tagesdosen (DDD) stieg zwischen 2008 und 2009 um 8,15 Prozent.

Die Umsätze hingegen legten von 62,6 auf 71,5 Millionen Euro zu (plus 14,3 Prozent). Das vom Bundesgesundheitsministerium angekündigte rückwirkende Preismoratorium hätte allein in diesem Indikationsgebiet die Ausgaben in Nordrhein um 3,8 Millionen Euro verringert.

Die Tabelle zeigt die Preisentwicklung zwischen Januar 2008 und Mai 2010. (Preise in Euro nach Lauer-Taxe).

	Frequenz		Preise			Steigerung	Preise je Quartal
			Januar 2008	Januar 2009	aktuell		
Betaferon-1b							
Extavia 250µg/ml	15 Stk.	jeden 2. Tag	/	1399,99	1399,99	/	4199,97
Betaferon 250µg/ml	14 Stk.	jeden 2. Tag	1541,43*	1761,38*	1521,97	5,79%	4565,91
Betaferon-1a							
Avonex 30µg	12 Stk.	einmal wöch.	4333,81	4618,46	4912,44	13,35%	4912,44
Rebiff 22	12 Stk.	dreimal wöch.	1320,78	1476,48	1567,43	18,67%	4702,99
Rebiff 44	12 Stk.	dreimal wöch.	1626,87	1808,97	1900,89	16,84%	5702,67
Glatirameracetat							
Copaxone 20mg/ml	28 Stk.	täglich	1290,20	1415,59	1597,93	23,85%	4793,79

* Preise 15 Stk.

Sprechstundenbedarf: Paukenröhrchen müssen nicht aus Kunststoff sein

An drei Punkten haben KV Nordrhein und die Krankenkassen im Rheinland die Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung klargestellt. Diese gelten ab 1. Juli 2010.

- Paukenröhrchen im Sprechstundenbedarf (SSB) müssen nicht mehr aus Kunststoff sein. Sie sollten jedoch nicht teurer als diese sein.
- Statt „Trikotschlauchbinden als Meterware“ spricht die SSB-Vereinbarung nun allgemein von „Trikot-

schlauchprodukten“. Somit können Sie preisgünstigere Produkte wie Senta-Slip-Fixierhosen weiter als SSB verordnen.

- Zu den Einmal-Biopsie-Nadeln zählen nun auch die Coaxialhülsen als SSB. Sie sollten in Kombination mit den Nadeln bestellt werden; dies ist oft wirtschaftlicher als die getrennte Bestellung.

Die aktuell Sprechstundenbedarfs-Vereinbarung finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KW100616](#)

So funktioniert die Abrechnung

Geld für 14 Millionen Fälle

Behandlungen werden zu Ziffern, Ziffern zu Punkten, Punkte zu Geld. Die Kassenabrechnung der Ärzte und Psychotherapeuten ist komplex. Wie funktioniert das Verfahren? Ein Blick hinter die Kulissen.

Zu Anfang eines jeden Quartals reichen die 18.500 Ärzte und Psychotherapeuten ihre Abrechnungsunterlagen aus dem vergangenen Quartal bei der KV Nordrhein ein. Rund 14 Millionen Fälle kommen dabei zusammen.

Die Daten befinden sich meist auf Diskette oder CD. Nur noch rund 450 Praxen geben eine papiergebundene Abrechnung ab – und es werden immer weniger. Dafür steigt die Zahl derer, die ihre Daten online übermitteln und ihre Abrechnung mit dem elektronischen Heilberufeausweis signieren. Bereits rund 750 Praxen setzten im ersten Quartal 2010 auf diesen Übermittlungsweg. In der KV Nordrhein sind mehrere Abteilungen direkt oder in-

direkt in die Abrechnung involviert. „Das ist Teil unseres Kerngeschäftes“, sagt Bernd Brautmeier, Vorstand der KV Nordrhein. Besonders die Honorarabteilungen und der IT-Bereich sind hier gefragt. Aber auch die Qualitätssicherung ist einbezogen. Hier werden die Genehmigungsdaten verwaltet, etwa für Sonographien, Röntgen oder die psychosomatische Grundversorgung.

Rund ein Drittel der Leistungen ist inzwischen an einen sogenannten Genehmigungsvorbehalt geknüpft. Will sagen: Nur wenn ein Arzt oder Psychotherapeut bestimmte Qualifikationen nachgewiesen hat, kann er diese Leistungen auch abrechnen.

So läuft die Abrechnung für das erste Quartal 2010

Abgabe

1. bis 8. April

Mehr als die Hälfte aller Ärzte und Psychotherapeuten geben ihre Abrechnung in Düsseldorf, Köln, Aachen, Essen, Mönchengladbach, Duisburg oder Wuppertal persönlich ab. Immer mehr übermitteln die Daten online.

Alle Abrechnungen werden mit der Betriebsstättennummer in das Datensystem der KV Nordrhein eingegeben. Dadurch ist der Eingang der Abrechnung registriert. Gleichzeitig prüft die KV Nordrhein, ob die Berechtigung zur Abrechnung vorliegt.



Nur noch 450 Praxen geben ihre Abrechnung komplett auf Papier ab.

Alles da?

bis 20. April

Die Mitarbeiter der Abteilungen des Honorarbereichs in den Bezirksstellen prüfen, ob die in der Gesamtaufstellung angegebenen Abrechnungsbelege vorliegen, die noch als Papier-Unterlagen eingehen. Das sind unter anderem Unterlagen aus dem Auslandsabkommen, für Grenzgänger oder Rheinschiffer. Fehlt etwas, ruft die KV in der Praxis an.

Die Papierabrechnungen bereiten Mitarbeiterinnen der Abteilung Datenkorrektur für das Scannen vor. Konkret heißt das: Heftklammern entfernen, Papier glätten und Arzt- oder Kassenleitblätter hinzufügen, damit die Daten den Ärzten, den Psychotherapeuten und den Kostenträgern richtig zugeordnet werden können.

Einlesen und Scannen



So geht's schneller:
KV-Mitarbeiterinnen befüllen den Diskettenloader.

bis 2. Juni

Die Online-Abrechnungen stehen sofort auf dem Server bereit. Die CDs und Disketten müssen erst in das Daten-system der KV Nordrhein eingelesen werden. Auch das geht recht schnell. Aufwendig ist, die Papierabrechnungen so aufzubereiten, dass die Daten maschinell zu be-arbeiten sind. Dafür müssen die Abrechnungen nämlich gescannt werden.

Ein zweiter Blick ist dabei nötig: Die Mitarbeiterinnen der Abteilung Datenkorrektur vergleichen die Scans mit dem Original. Keine Leistung soll verloren gehen. Bei un-leserlichen Abrechnungen müssen die Angaben aus dem Personalienfeld und die Abrechnungsnummern per Hand eingegeben werden. Danach sind sie im System der KV Nordrhein gespeichert und unterscheiden sich später nicht mehr von einer elektronischen Abrechnung.

Prüfen, prüfen, prüfen

bis 8. Juni

Hat der Arzt die Genehmigung für die Abrech-nung seiner genehmigungspflichtigen Leis-tungen? Stimmen die abgerechneten Leistungen mit dem Leistungsspektrum der Fachgruppe überein? Existiert die Kasse noch, oder ist sie fusioniert? Diese und viele andere Punkte werden nun elek-tronisch geprüft.

Dann geht's an die Handarbeit: Die Mitarbei-ter der Abrechnungsabteilungen in Düsseldorf und Köln laden die Daten auf ihren Bildschirm. Auch sie prüfen: Hat der Arzt oder Psychothe-rapeut seine Gesamtaufstellung unterschrieben? Liegen die erforderlichen Behandlungsausweise von Kostenträgern wie der Kriegsopferversor-gung oder Asylbewerbern vor, für die Leistungen abgerechnet wurden?

Weitere Prüfungen beziehen sich auf die Abrech-nungsnummern: zum Beispiel bei den Abrech-nungsnummern 31820 bis 31831 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Sollte hier der Code für die Operationen und Prozeduren (OPS) fehlen,



Beim Prüfen der Abrechnungsdaten sind Menschen immer noch unersetzbar.

ruft oder schreibt ein Mitarbeiter die Praxis an. „Das war in den vergangenen vier Quartalen in 554 Fällen nötig“, berichtet Marion Flucht, Leiterin der Honorarabteilung Düsseldorf. Wenn die Operation stattgefunden hat, ergänzt die KV den OPS-Code; wenn nicht, streicht sie die Nummern aus der Abrechnung.

Das ist ein Fall in der sogenannten sachlich-rechnerischen Berichtigung. Es gibt aber noch viel mehr. Männerbehandlungen bei Gynäkologen oder die Behandlung von Erwachsenen bei Kinderärzten können weitere Gründe für eine sachlich-rechnerische Berichtigung sein.

Die Praxis merkt davon oft gar nichts. Wenn sich die Berichtigungen auf mehr als 200 Euro summieren, schickt die KV einen Bescheid an die Praxis. Wenn die Praxis eine generelle Mitteilung der Streichungen wünscht, erhält sie die auch bei kleineren Beträgen.

Das Regelwerk bis 8. Juni

Das Regelwerk, ein Computerprogramm, setzt EBM-Nummern ein, setzt sie um oder streicht sie. Im Regelwerk sind die Bestimmungen des EBM, des Honorarverteilungsvertrages (HVV) und der nordrheinischen Sonderverträge enthalten. Besonders der EBM schließt bestimmte Abrechnungskombinationen aus. Zum Beispiel sind ne-

ben den EBM-Nummern 01210, 01214, 01216 und 01218 die Nummern 01100 bis 01102 nicht abrechnungsfähig.

Das Regelwerk fügt aber auch den Wirtschaftlichkeitsbonus für das Labor ein und ordnet Gebührenordnungsnummern richtig zu, die vom Alter abhängen, beispielsweise die korrekten Versicherten- und Grundpauschalen.

Last, not least setzt das Regelwerk die Begrenzungsregelungen um. Wenn es also im EBM heißt, „einmal im Behandlungsfall“ oder „einmal je Arzt-Patienten-Kontakt“, dann streicht das Regelwerk die zweite und weitere Nummern, die nicht abgerechnet werden dürfen.

Außerdem setzt es die Höchstwertregelungen etwa im Laborbereich um.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung bis 8. Juni

Nach vollständiger Bearbeitung einer Fachgruppe werden die Daten von den Abrechnungsabteilungen der Bezirksstellen Düsseldorf und Köln elektronisch an die Großrechner der Informationstechnik (IT) der KV Nordrhein übergeben.

Die Rechner erzeugen für jede Fachgruppe die Frequenztabellen und die Gesamtübersicht vor Prüfung. Die KV Nordrhein und die Krankenkassen verständigen sich darüber, bei welchen Ärzten ein Antrag auf Prüfung der Wirtschaftlichkeit gestellt wird. Wann ein solches Verfahren droht, legt die Prüfvereinbarung fest.

Jetzt wird berichtigt bis 15. Juni

Wenn es zu Kürzungen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung kommt, fließt das Geld in die Gesamtvergütung zurück. Abzüge dagegen entstehen durch Berichtigungen aus Vorquartalen. Zum Beispiel durch erfolgreiche Widersprüche oder nachträgliche Erhöhungen von Regelleistungsvolumen (RLV).



Punkte von Millionen Behandlungen.
Die Abrechnung ist nur mittels Großrechnern möglich.

Die Honorarverteilung startet bis 18. Juni

Im IT-Bereich finden jetzt etliche Vorbereitungen statt, um das Honorar an die rund 18.500 Ärzte und Psychotherapeuten in Nordrhein zu verteilen. Es geht vor allem darum, die relevanten Arztstammdaten (zum Beispiel Betriebsstättennummer, Tätigkeitsumfang oder Schwerpunkte und Genehmigungen) mit den Daten der RLV und den eigentlichen Leistungsdaten (Fallzahlen, Leistungs-

anforderung in Punkten wie in Euro) zusammenzufügen.

Prüfen der Leistungsdaten bis 30. Juni

Der IT-Bereich stellt je Praxis (Betriebsstättennummer) und Arzt (lebenslange Arztnummer) folgende Daten bereit: die Betriebsstättennummer, die wichtigsten Stammdaten, abgerechnete EBM-Nummern und den Leistungsbedarf in Punkten und in Euro. Anhand dieser Daten prüft die Honorarabteilung, ob die Ergebnisse je Leistungsgruppe in Ordnung sind.

Außerdem werden je Betriebsstätte und somit je Fachgruppe alle Leistungen addiert, die dem RLV unterliegen. Ob sich darunter wirklich alle RLV-relevanten Leistungen finden, auch das wird mit Hilfe der praxis-/arzt- und gebührenordnungsnummernbezogenen Daten geprüft. Für die überzäh-

ligen Leistungen erhalten Ärzte nur den abgestaffelten Punktwert. Diese IT-seitige Ermittlung wird ebenfalls von der Honorarabteilung geprüft.

Schließlich berechnet die IT-Abteilung die Überschreitungsmenge der psychotherapeutischen Zeitkapazitätsgrenze. Auch diese Berechnung wird von der Honorarabteilung geprüft.

3,2 Milliarden Gesamtvergütung

Die KV Nordrhein verhandelt einmal im Jahr mit den Krankenkassen die sogenannte Gesamtvergütung. Sie liegt zurzeit bei rund 3,2 Milliarden Euro. Das ist der Umsatz, den alle Arzt- und Psychotherapeutenpraxen erzielen. Seit 1989 sind die Ausgaben für die ambulante Versorgung budgetiert; seit 1993 durfte sie nur noch wie die Grundlohnsumme wachsen. Damit hatte der Gesetzgeber eine Grenze für die Gesundheitskosten aufgestellt, die nichts mit dem medizinischem Bedarf zu tun hat. Das Krankheitsgeschehen oder die Krank-

heitshäufigkeit der Bevölkerung richtet sich aber nicht nach der Konjunktorentwicklung. Seit Beginn des Jahres 2009 spielt die Morbidität endlich wieder eine Rolle. Das heißt: Das Risiko des Krankheitsgeschehens und die Kosten des Fortschritts der Medizin tragen de jure nicht mehr allein die Ärzte und Psychotherapeuten, sondern die Krankenkassen. Doch angesichts eines Drittels von Leistungen, die in den Regelleistungsvolumen unbezahlt bleiben, sind wir davon noch immer weit entfernt.

Punktwerte berechnen bis 5. Juli

Die Honorarabteilung kalkuliert nun die Punktwerte für die freien Leistungen. Damit startet die Berechnung des Honorars je Leistungsgruppe, die in der Quotierungsliste dargestellt sind.

Qualitätssicherung bis 17. Juli

Die Honorarabteilungen prüfen entweder über Dateien oder anhand von Stichproben, ob die Berechnungen stimmen. Darunter fallen unter anderem die Honorare je Betriebsstätte, die Nachweise zur RLV-Berechnung, die Quotierung Primärkassen und Ersatzkassen und natürlich die Abrechnungsbescheide. Auch die Buchungssätze von stichprobenhaft ausgewählten Praxen schauen sich die Mitarbeiter der Honorarabteilungen in Düsseldorf und Köln an und prüfen die Gesamtsumme. Der IT-Bereich übergibt die Buchungssätze an das Arztkontokorrent.

Überweisen bis Ende Juli

Die Daten mit den Buchungssätzen übermittelt die Abteilung Controlling und Finanzen an die Deutsche Apothe-

Zahlen zur Versorgung in Nordrhein	
55 €	durchschnittlicher Fallwert
18.500	ambulant tätige Ärzte und Psychotherapeuten
190.000 €	Umsatz pro Praxis im Jahr inklusive Kosten
60 Millionen	Behandlungsfälle pro Jahr
3,2 Milliarden €	Gesamtvergütung

ker- und Ärztebank sowie die Kreispar-kassen Köln, damit

das Geld möglichst am nächsten Tag auf dem Konto des Praxisinhabers eingeht.

Abrechnungsunterlagen bis 27. Juli

Die Daten für die Abrechnungsunterlagen übergibt die KV über eine sichere Server-Leitung an einen externen Dienstleister in Ratingen. Dort werden die Dateien gedruckt und schließlich per Post versendet.

Die Säulen der Abrechnung: EBM, HVV und SGB

Wie das Geld für die Behandlung gesetzlich Versicherter unter den Ärzten und Psychotherapeuten zu verteilen ist, regelt zunächst einmal das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V). Und zwar ziemlich detailliert. Auf fast 40 Seiten gibt der Gesetzgeber in Paragraf 87 die Regeln vor.

Weitere Verteilungsregeln enthält der Honorarverteilungsvertrag (HVV). Er legt zum Beispiel Mengengrenzungen fest, die über die Regelleistungsvolumen hinaus gelten. Den HVV schließt die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland ab.

Basis für die Abrechnung ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Gut 1.000 Leistungen sind dort mit einer bestimmten Punktzahl bewertet. Dafür ist der Bewertungsausschuss verantwortlich, dem Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Spitzenverbandes der Krankenkassen angehören.

Zuerst kommt der RLV-Bescheid

Seit der Honorarreform 2009 beginnt die Abrechnung bereits vor Anfang des Quartals. Nämlich mit dem Versenden der Bescheide über die Regelleistungsvolumen, die RLV-Bescheide. Die Bescheide verspricht die KV vier Wochen, bevor das Quartal beginnt.

Das Regelleistungsvolumen jeder einzelnen Praxis muss die KV Nordrhein berechnen. Gut zwei Monate vor Beginn des Quartals fängt die Honorarabteilung damit an, damit die Bescheide rechtzeitig die Praxen erreichen. „Bislang hat das immer gereicht“, sagt Martina Jöllenbeck, Leiterin der Honorarabteilung in der Düsseldorfer Hauptstelle. Doch bei großen Änderungen wird's eng. So wie zum 1. Juli 2010. Bis 25. Mai liefen die Verhandlungen mit den Krankenkassen. Erst danach konnte die Honorarabteilung mit dem Rechnen beginnen. Das reicht nicht. „Leider können wir den Ärzten und Psychotherapeuten ihre Regelleistungsvolumen erst Mitte Juni mitteilen“, bedauert Jöllenbeck.

Flyer für die Vorsorge

Mehr Teilnehmer an den Früherkennungsuntersuchungen – das ist das Ziel einer Kampagne, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gestartet haben. Dazu dient unter anderem der Flyer „Der Vorsorge-Checker“, der dieser Ausgabe von KVNO aktuell beiliegt.



Eine Präventionsinitiative der KVen und der KBV

„Die Teilnehmeraten lassen bisher leider zu wünschen übrig“, klagt KBV-Vorstand Dr. Carl-

Heinz Müller. „Das liegt sicherlich auch daran, dass viele Versicherte über Vorsorge- und Früherkennungsangebote zu wenig Bescheid wissen.“ Der Flyer bietet einen guten Anlass, mit dem Patienten über das Thema ins Gespräch zu kommen. Die Patienten sehen auf einen Blick, wann und in welchen Abständen Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen anstehen. „Sie können in dem Flyer direkt die nächsten Termine eintragen“, sagt Müller.

Die KV Nordrhein stellt den Praxen via KVNO aktuell zudem eine Kopiervorlage zur Verfügung, die die Vorsorgeuntersuchungen im Überblick zeigt. Auch hier ist Platz zum Eintragen der Vorsorgetermine und den Praxisstempel. Die KBV setzt sich zudem für ein Einladungsverfahren ein, um die Teilnahme an den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zu steigern. Die Krankenkassen sollen ihre Versicherten mit einem persönlichen Schreiben informieren, sobald sie Anspruch auf eine kostenfreie Früherkennungsuntersuchung haben. Den Vorschlag will die KBV in den Nationalen Krebsplan und den Gemeinsamen Bundesausschuss von Ärzten und Krankenkassen einbringen.

Die KV Nordrhein hat den Praxen mit den Abrechnungsunterlagen Anfang Juni je Arzt 50 Flyer geschickt. Wer mehr Flyer benötigt, kann sie anfordern bei:

Bezirksstelle Köln

Ralf Coutelle

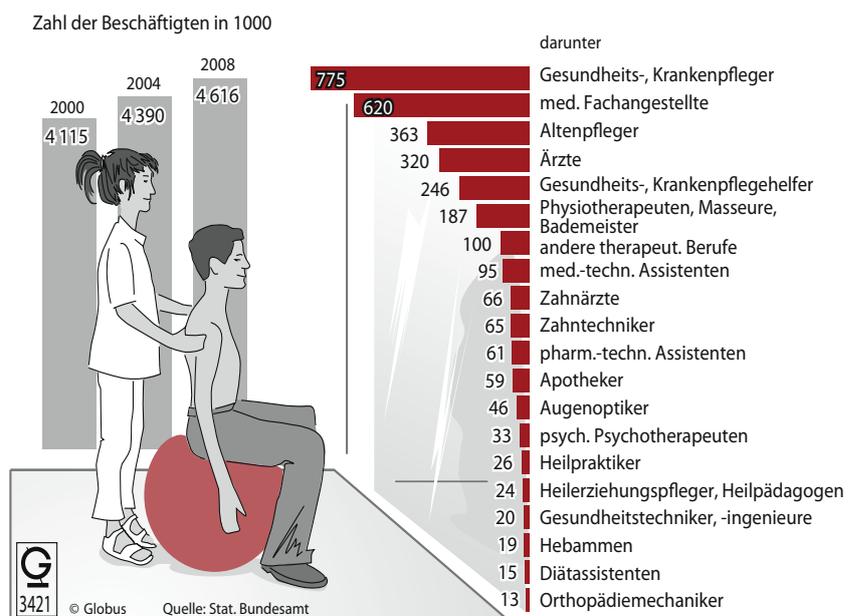
Telefon 0221 7763 6270

Telefax 0221 7763 6266

E-Mail ralf.coutelle@kvno.de

Arbeitgeber Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen ist einer der größten Arbeitgeber in Deutschland. Jeder neunte Beschäftigte arbeitet für die Gesundheit anderer Menschen, insgesamt rund 4,6 Millionen Menschen. Seit dem Jahr 2000 ist die Zahl der Beschäftigten um rund eine halbe Million gewachsen. Zusätzliche Jobs gab es vor allem in den Gesundheitsdienstberufen und den sozialen Berufen. Die Zahl der Physiotherapeuten nahm um 49.000 zu; bei den (zahn-)medizinischen Fachangestellten zählten die Statistiker ein Plus von 68 000, und in der Altenpflege gab es 122 000 zusätzliche Arbeitsplätze.



Der Tag der Niedergelassenen

Der Service stand im Mittelpunkt. Zumindest beim Stand der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die sich auch in diesem Jahr auf dem Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit präsentierten. Rund 8.000 Besucher kamen vom 5. bis 7. Juni ins Berliner Kongresszentrum ICC: Klinikmanager, Gesundheitsunternehmer, Wissenschaftler, Pflegekräfte, Physiotherapeuten und Vertreter von Politik und Verbänden – und viele Ärzte.

Auf ihre Interessen zugeschnitten war der „Tag der Niedergelassenen“ am 7. Mai. Die KVen und die KBV boten hier Infoveranstaltungen, unter anderem zu den Themen Medizinprodukte, Hygienepläne und Kodierrichtlinien. Die Ärzte nutzen die Gelegenheit, Fragen an Experten der KVen (darunter auch mehrere aus Nordrhein) zu stellen. „Großes Interesse bestand zum Beispiel an dem Arzneimittelinformations-System AIS der KBV“, sagte Dr. Holger Neye, Leiter der Pharmakotherapieberatung der KV Nordrhein.

Weitere Themen des „Info-Marktes“: Sicherstellung, Honorar, Qualität und IT in der Arztpraxis. Außerdem war der Stand Schauplatz für den Speaker's Corner, in dem sich jeweils ab 13 Uhr zwei Diskutanten einen rhetorischen Schlagabtausch lieferte. Themen in diesem Jahr: „§ 73b: Monopol oder Monopoly“, „Kassenbürokratie: Diagnose Kontrollitis?“ und „Ärztmangel: Alles nur falsch verteilt?“

Unter www.tag-der-niedergelassenen.de finden Sie die Vorträge und Fotos im Internet.



Beratung in Berlin: Eine Ärztin lässt sich das Arzneimittelinformations-System AIS erläutern.

Qualitätszirkel-Neugründungen

Thema Unbewusstes bewusst machen

Unbewusstes bewusst machen bei Patienten und in der Gegenübertragung – kollegiale Intervention unter besonderer Berücksichtigung des „inneren Richters“

Kontakt Elisabeth Klug-Wienand, FÄ für Psychotherapeutische Medizin
Dönhoffstraße 40
51373 Leverkusen
Telefon 0214 3128 932, Telefax 0321 2205 1960
E-Mail elisabeth.klug-wienand@web.de

Termin 16. Juni 2010, ca. alle 2 Monate, Mittwoch, 19:30 – 21:45 Uhr

Ort Praxisräume Klug-Wienand

Kontakt

Geschäftsstelle Qualitätszirkel
Andrea Schween
Telefon 0211 5970 8149
Katharina Ernst
Telefon 0211 5970 8361
Telefax 0211 5970 8160
E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de

Kassenwechsel – einmal Praxisgebühr reicht

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Ein Dauerbrenner sind Fragen zur Praxisgebühr.

Muss ein Patient, der im Laufe des Quartals die Kasse wechselt, erneut die Praxisgebühr entrichten?

Wenn der Versicherte innerhalb eines Quartals seine Krankenkasse gewechselt hat und bereits im laufenden Quartal vor dem Wechsel die zehn Euro gezahlt hat, muss er die Praxisgebühr nicht erneut entrichten. Auf dem Abrechnungsfall zu Lasten der neuen Krankenkasse vermerken Sie bitte die Symbolnummer 80040.

der Bundeswehr. Für das Jahr 2010 werden die Leistungen nach dem EBM mit dem Orientierungspunktwert in Höhe von 3,5048 Cent berechnet.

Ist die Praxisgebühr in der Urlaubsvertretung beim Vertreter erneut zu entrichten?

Wenn ein Patient im Quartal nach einer Erstinanspruchnahme eines Vertragsarztes dessen Vertreter konsultiert, ist die Praxisgebühr nicht erneut zu erheben. Wenn die Erstinanspruchnahme beim Vertreter erfolgte, bezahlt der Patient die Praxisgebühr dort; beim vertretenen Arzt sind die zehn Euro dann nicht mehr zu zahlen. In diesen Fällen versieht der in Folge in Anspruch genommene Arzt die Quittung mit dem Vertragsarztstempel.

Warum wird bei einem Anruf im Serviceteam immer nach der Betriebsstättennummer gefragt?

Dies dient der Qualitätssicherung. So kann zu einem späteren Zeitpunkt festgestellt werden, welche Antwort Sie auf Ihre Frage bekommen haben. Außerdem hat das Serviceteam durch Nachfragen der Betriebsstättennummer die Möglichkeit, eine fehlerhafte Aussage wenn nötig kurzfristig zu revidieren.

Wie rechne ich Überweisungen der Bundeswehr zu Verwendungsfähigkeitsuntersuchungen ab?

Das hängt davon ab, ob Sie die Kleinunternehmerregelung (§ 19 Umsatzsteuergesetz) in Anspruch nehmen. Wenn Sie das tun, rechnen Sie bitte Untersuchungen und Begutachtungen im Rahmen von Verwendungsfähigkeitsuntersuchungen (zum Beispiel Untersuchungen auf Taucher-, U-Boot-Fahrer-, Flieger-, Fallschirmspringer-, Kraftfahrer- und Auslandsverwendungsfähigkeit) auf Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) über die Kassenärztliche Vereinigung ab. Wenn Sie aber Umsatzsteuer abführen, erfolgt die Abrechnung direkt mit

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



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

Zum Abruf wählen Sie bitte die Nummer des Dokumentes. Je nach Gerät müssen Sie vor oder nach dem Wählen die Abruf-Taste des Fax-Gerätes drücken. Da die Fax-Geräte je nach Hersteller unterschiedlich sein können, sind leider keine allgemeingültigen Angaben zur Handhabung der Abruffunktion möglich. Bitte entnehmen Sie Einzelheiten zur Funktion des Fax-Abrufes der Betriebsanleitung Ihres Gerätes.

Durchwahl-Nr.	Titel	(Seitenanzahl)	Durchwahl-Nr.	Titel	(Seitenanzahl)
Bezirksstellen der KV Nordrhein			Qualitätssicherung/Sicherstellung		
7504	Bestellschein für Vordrucke	(2)	7550	Bedarfsplanung	(4)
Bezirksstelle Düsseldorf			551	Meldeformular für Laborgemeinschaften zur Direktabrechnung über die KV Nordrhein ab dem 4. Quartal 2008	(3)
7500	Gesamtaufstellung – Zugelassene Ärzte	(4)	7553	DMP Asthma/COPD: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität (fachärztliche Versorgungsebene)	(1)
7501	Gesamtaufstellung – Ermächtigte Ärzte	(4)	7554	DMP Asthma/COPD: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
7502	Gesamtaufstellung – Krankenhäuser	(4)	7555	Ambulantes Operieren: Check-Liste	(9)
Bezirksstelle Köln			7556	Anzeige über Beginn/Beendigung der Methadonsubstitution	(1)
7510	Gesamtaufstellung – Zugelassene Ärzte	(3)	7557	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität für den Hausarzt	(1)
7511	Gesamtaufstellung – Ermächtigte Ärzte	(3)	7558	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Antrag auf Teilnahme – Erklärung zur Strukturqualität für die DSP und Kinderärzte	(4)
7512	Gesamtaufstellung – Krankenhäuser	(3)	7560	Patientendokumentation zur substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger	(4)
EDV/IT in der Arztpraxis			7561	Patientenerklärung zum Datenschutz / Abschluss	(2)
7523	Merkblatt eHKS, elektronische Dokumentation zum Hautkrebs-Screening	(7)	7562	Patientenerklärung zum Datenschutz / Beginn	(2)
7524	Online-Abrechnung mit D2D: Merkblatt für Arztpraxen	(14)	7563	Patientenmerkblatt: Darmkrebs-Früherkennung	(3)
7525	D2D-Anmeldung	(8)	7566	DMP Diabetes mellitus Typ 1: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
7526	Merkblatt und Antragsunterlagen zur Blankoformularbedruckung	(6)	7567	DMP Diabetes mellitus Typ 2: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
7527	Merkblatt eKoloskopie-Dokumentation	(8)	7568	DMP KHK: Erklärung über die Praxisausstattung	(2)
7528	Merkblatt: eDMP	(10)	7569	DMP KHK: Teilnahmeerklärung Vertragsarzt	(4)
7529	Meldebogen für die IT-gestützte Quartalsabrechnung	(1)	Rechtsabteilung		
Pharmakotherapieberatung			7570	Kooperation mit pharmazeutischen Unternehmen	(4)
7532	Patentgeschützte Analogpräparate (Me-too-Liste 2010)	(2)	7571	Praxisgebühr: Muster-Zahlungsaufforderung für Praxisgebühr	(1)
7533	Praxisbesonderheiten 2010 – Arzneimittel	(1)	7572	Rundschreiben der KBV zur Umsatzsteuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 UStG – Sachverständigentätigkeit eines Arztes für die gesetzliche Unfallversicherung	(5)
7534	Richtgrößen 2010 – Heilmittel	(1)	Unternehmenskommunikation		
7536	Richtgrößen 2010 – Arzneimittel	(1)	7580	Anfahrtsbeschreibung zur KV Nordrhein	(2)
7537	GAmSI-Fax-Bestellformular	(2)	7581	Bestellformular: Publikationen der KV Nordrhein	(1)
7538	Anfrage: Arznei-, Verband- oder Heilmittelverordnung oder Verordnungen des Sprechstundenbedarfs	(1)			
7539	Genehmigungsverzicht bei Heilmittel-Verordnungen außerhalb des Regelfalles	(2)			
7541	Symbolnummern der Heilmittel-Praxisbesonderheiten 2010	(2)			

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

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



Infomarkt der KV Nordrhein

Mittwoch, 7. Juli 2010

15 bis 18 Uhr | Bezirksstelle Köln | Sedanstraße 10-16

Elektronischer Heilberufsausweis / Online-Abrechnung

informieren

Den elektronischen Heilberufsausweis (HBA) beantragen | Victor Krön, Ärztekammer Nordrhein
Online abrechnen mit dem HBA | Gilbert Mohr, KV Nordrhein

beraten

Experten der Ärztekammer Nordrhein, der Psychotherapeutenkammer NRW und der KV Nordrhein beraten Sie individuell

unterstützen

Hilfe beim Anmelden und Registrieren des HBA

Treffen Sie Experten an den Infoständen

- Niederlassungsberatung
- KV-Börse – Kooperationspartner und Praxisnachfolger online finden
- Betriebswirtschaftliche Orientierung mit dem KV-Praxis-Check
- Tipps zum Verordnen von Arznei- und Heilmitteln
- Serviceteams – Ansprechpartner bei allen Fragen aus dem Praxisalltag
- Honorarreform: Was sich ab Juli 2010 ändert



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

www.kvno.de

Pharmakotherapie-Fortbildung für MFA

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

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

Anmeldung

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

MFA-Fortbildung: IGe-Leistungen

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

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

Anmeldung

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

Fortbildung für Ärzte: „Organspende“

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

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

Informationen und Anmeldung

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

Termine

■ 12.6.2010	4. Nordrheinischer Praxisbörsentag der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 15.6.2010	Kreisstelle Köln der KV Nordrhein: „Jour variable“, Köln
16.6.2010	KV Nordrhein Consult: „Praxiswertermittlung“, Düsseldorf
18./19.6.2010	IQN-Veranstaltung: „Sicher handeln und kommunizieren in schwierigen Situationen in der Praxis“, Düsseldorf
23.6.2010	KV Nordrhein Consult: „Praxisabgabe aus Sicht des abgebenden Arztes optimieren“, Düsseldorf
30.6.2010	IQN-Fortbildung: Verordnungssicherheit Teil 9: „Elektronische Verordnungssysteme – wann und wie nützen sie im Praxisalltag?“, Düsseldorf
■ 30.6.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung“, Köln
■ 03.7.2010	12. Round Table der KV Nordrhein mit Selbsthilfeorganisationen, Düsseldorf
■ 7.7.2010	Infomarkt der KV Nordrhein, Köln
■ 14.7.2010	RP-Sprechstunde: „Demenz“, Hilden
■ 18.8.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zur Pharmakotherapie, Düsseldorf
■ 25.8.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zum Thema „IGe-Leistungen“, Köln
■ 25.08.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung“, Düsseldorf
■ 8.9.2010	RP-Sprechstunde: „Bluthochdruck“, Krefeld
■ 21.9.2010	Kreisstelle Köln der KV Nordrhein: „Jour variable“, Köln
■ 29.9.2010	Kreisstelle Essen der KV Nordrhein: Mitgliederversammlung, Essen
■ 29.09.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung“, Köln
■ 6.10.2010	Infomarkt der KV Nordrhein, Köln
9. – 15.10.2010	Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung: „Fortbildungskongress“, Norderney
■ 13.10.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte: „Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung“, Düsseldorf
13.10.2010	Workshop: „Evidenzbasierte Medizin und die Cochrane Library“, Düsseldorf
■ 20.10.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zum Thema „IGe-Leistungen“, Düsseldorf
■ 3.11.2010	RP-Sprechstunde: „Phobien“, Düsseldorf
5. – 7.11.2010	IQN: „18. Fortbildungscurriculum Mamma-Carcinom“, Düsseldorf
■ 13.11.2010	5. Nordrheinischer Praxisbörsentag der KV Nordrhein, Köln
17. – 20.11.2010	MEDICA, Düsseldorf
■ 24.11.2010	Fortbildung der KV Nordrhein für Medizinische Fachangestellte zur Pharmakotherapie, Köln
■ 27.11.2010	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 4.12.2010	Konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
■ 7.12.2010	Kreisstelle Solingen der KV Nordrhein: Mitgliederversammlung, Solingen
■ 8.12.2010	RP-Sprechstunde: „Niere/Blase“, Düsseldorf
■ 14.12.2010	Kreisstelle Köln der KV Nordrhein: „Jour variable“, Köln

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

Impressum

KVNO aktuell

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Redaktion:

Ruth Bahners (verantwortlich)
Frank Naundorf, Karin Hamacher

Redaktionsbeirat:

Dr. Peter Potthoff, Bernd Brautmeier, Ruth Bahners

Druck:

Echo Verlag, Köln

Satz:

BCS, Düsseldorf

Anschrift der Redaktion:

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

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

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

Serviceteam Düsseldorf

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

Formularversand

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

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 22 000

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

Vorschau KVNO ■ aktuell 7+8 | 10

■ **Versorgung:**

Der Trend zur

Zweitpraxis hält an

■ **MFA:**

Die ersten EVAs

zum Einsatz bereit

■ **Köln:**

Kennen Sie

Ihren Blutdruck?

■ **Internet:**

Schneller zur

gesuchten Info

■ **Ärzte:**

AOK startet

Bewertungsportal

**Die nächste Ausgabe von
KVNO aktuell erscheint
am 7. Juli 2010**

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

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

www.kvno.de



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.