

■ Schwerpunkt

Morbidität

Praxen müssen
AKR nicht anwenden

■ Hintergrund

Abrechnung

Ab 2012 auf CD, DVD,
Blu-ray oder online

■ Aktuell

Lesegeräte

Patienten kommen bald
mit der eGK in die Praxis

■ Praxisinfo

Hausarztvertrag

Sieben BKKen machen
mit der KV Nordrhein weiter



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Inhalt

- 1 Editorial

Schwerpunkt

- 2 Diskussion um den richtigen Nachweis der Morbidität: Praxen müssen AKR nicht anwenden
- 2 „Wir haben es selbst in der Hand“

Aktuell

- 5 Vergütung für MRSA-Sanierung neu geregelt: Infektionsschutzgesetz wird novelliert
- 6 Kassen bereiten Ausgabe vor: Ab Oktober kommen viele Patienten mit der eGK
- 14 Seit Mai im Amt: Die Vorstände der neuen Bezirksstellenräte

Berichte

- 17 Deutsche Ärzte qualifizieren weltweit: Ehrenamt im Ruhestand
- 18 Ab 2012 auf CD, DVD oder online abrechnen
- 19 Quartalsabrechnung mit der KV Nordrhein
- 22 Spezialärztliche Versorgung: Danaergeschenk für die Fachärzte?
- 23 Spezialärztliche Versorgung: Umfang unklar

Service

- 24 Wann muss ich Praxisgebühr-Quittungen anerkennen?
- 25 Praxis und Familie vereinbaren – Tipps und gute Beispiele
- 25 Medizinische Fachangestellte: Zurück in den Job
- 26 KV-on: Über 100 Videos für die Praxis

Praxisinfo

- 10 Sieben BKKen machen beim Hausarztvertrag weiter
- 10 Abrechnungsvereinbarung BKK Kassana und Deutsches Ärztenetz Gynäkologie
- 10 City BKK: So rechnen Sie Leistungen ab 1. Juli ab
- 11 Knappschaft bietet Wahltarif Kostenerstattung
- 12 Übermittlung von Behandlungsdaten erfordert Einwilligung des Versicherten
- 12 Die Übergangsregelung PET/PET-CT-Untersuchung läuft aus
- 12 Kataraktvertrag mit den Ersatzkassen: Stichprobenprüfung vorgesehen
- 12 Hautdesinfektion: Pflegedienste müssen Mittel bereitstellen
- 13 Dokumentationsprüfungen für Augenärzte bei PDT entfallen vorerst
- 13 Neues Muster 56: Rehabilitationssport/Funktionstraining
- 13 Änderung Muster 10: Überweisung für Laboratoriumsuntersuchungen



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

mit dem bevorstehenden Versorgungsstrukturgesetz plant der Gesetzgeber eine tief greifende Reform der ambulanten fachärztlichen Versorgung. Es ist nicht das erste Mal, dass die Politik die fachärztliche Versorgung auf den Prüfstand stellt.

Von früheren „Visionen“, etwa von Ulla Schmidt, die die fachärztliche Versorgung am liebsten komplett den Krankenhäusern überlassen wollte, hat die Politik zwar wieder Abstand genommen. Dennoch bleibt die ambulante fachärztliche Versorgung im Visier ehrgeiziger Reformpläne.

Ein Teil der fachärztlichen Versorgung soll künftig das Versuchsfeld sein, um den alten Traum der Überwindung der Sektorengrenzen zu verwirklichen. Konkret geht es um die spezialärztliche Versorgung, die als eigenständiger Versorgungsbereich zwischen der etablierten ambulanten und stationären Versorgung entstehen soll.

Diese Vision ist allerdings nicht frei von Risiken und Nebenwirkungen. Denn das Experiment könnte das Gegenteil von dem bewirken, was seine Urheber als Ziel ausgerufen haben. Statt fallender Barrieren zwischen den Versorgungsbereichen könnte ein neuer, zusätzlicher Sektor entstehen. Im Zulassungsrecht, in der Qualitätssicherung und in vielen anderen Bereichen sind parallele Verfahren und doppelte Standards programmiert, wenn der aktuelle Gesetzentwurf Realität wird.

Katastrophale Folgen könnte die spezialärztliche Versorgung für die Sicherstellung haben. Denn nach derzeitigem Stand drohen den KVen massive Umsatzverluste: von rund 16 Prozent geht die Kassenärztliche Bundesvereinigung aus, die KV Bayerns hat in einer Hochrechnung sogar ein maximales Minus von 34,5 Prozent ermittelt.

Unser gesetzlicher Auftrag, die ambulante Versorgung flächendeckend, wohnortnah und rund um die Uhr zu organisieren, wird in diesem Szenario zu einer bloßen Fiktion. Der aktuelle Referentenentwurf aus dem Hause des neuen Ministers Daniel Bahr kann und darf daher nicht das letzte Wort sein. Dafür setzen wir uns ein.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. Peter Potthoff
Vorsitzender des Vorstandes

Bernhard Brautmeier
Vorstand

Praxen müssen AKR nicht anwenden

Kodieren bleibt wichtig. Doch der Gesetzgeber will die Pflicht streichen, Ambulante Kodierrichtlinien zu entwickeln und einzusetzen.

Die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) müssen Praxen nicht anwenden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) setzte die Vereinbarung am 30. Juni aus. Die Pflicht nach ICD-10 zu kodieren bleibt aber für Vertragsärzte und -psychotherapeuten bestehen.

Die Bundesregierung hatte im Referentenentwurf zum Versorgungsgesetz angekündigt, die Verpflichtung zu streichen, die AKR bis Anfang 2012 zu erarbeiten. Daraufhin hat die KBV dem GKV-Spitzenverband vorgeschlagen, die bestehende Vereinbarung zu den AKR auszusetzen.

Die Kassen wollten jedoch einer Aufhebung nur zustimmen, wenn diese sich auf die Berechnung künftiger

Honorarzuwächse auswirkt, so der KBV-Vorstandsvorsitzende Andreas Köhler. Das hätte zu erheblichen Honorarverlusten für die Ärzte geführt. Die KBV hat deswegen die AKR-Vereinbarung einseitig aufgekündigt.

Die KBV empfiehlt den Praxen, den AKR-Schalter in der Praxis-EDV ausgeschaltet zu lassen. Die Softwarehäuser seien informiert, die Funktion zum 1. Juli nicht verpflichtend einzuschalten. Wer die AKR bereits als Unterstützung zum Kodieren nutzt oder Dauerdiagnosen sortiert hat, könne die AKR auch weiter freiwillig anwenden.

Mehr Infos im Internet unter www.kvno.de [W110702](#)

„Wir haben es selbst in der Hand“

Behandlungsbedarf und Leistungsmenge – eine umfassende Darstellung ist nach Ansicht von Dr. Wolfgang-Axel Dryden, dem ersten Vorsitzenden der KV Westfalen-Lippe, von großer Bedeutung.

Man kann nicht oft genug darauf hinweisen: Die Abrechnung ist der Nachweis dafür, was wir als Arzt oder Psychotherapeut geleistet haben – und wofür wir Anspruch auf angemessene Honorierung erheben. Dass dieser Anspruch aufgrund der Budgetierung der Vergütung in der Regel nicht voll erfüllt wird, darf auf keinen Fall zu der Konsequenz führen, dass wir unsere erarbeiteten Ansprüche zurückschrauben.

Denn die Gleichung lässt sich auch so definieren: Ist der Anspruch nur gering, kann es die Honorierung auch bleiben. Eine genaue Dokumentation der ärztlichen oder psychotherapeutischen Leistungen von der Diagnose bis zu jeder Behandlung ist keine müßige Selbstbeschäftigung. Sie ist der unumstößliche Nachweis unserer Forderungen. Selbst beim budgetierten Honorar spielt die Leistungsmenge eine große Rolle.

Bei der Diskussion um eine möglichst gerechte Verteilung der vorhandenen Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung stehen die Faktoren Morbiditätslast und Behandlungsbedarf stets im Vordergrund. Dies ist wichtig zu wissen, weil diese Faktoren zum Teil zu der bestehenden Schieflage beigetragen haben. Warum haben von der bundesweiten Neuordnung der Honorierung ärztlicher Leistungen einzelne KVen mehr profitiert als andere? Der Grund hierfür ist kein Geheimnis: Die Kollegen dort haben ihre Leistungen abrechnungstechnisch intensiver dokumentiert als in anderen KVen.

In diesem Zusammenhang spielen die damaligen regionalen Strategien bezüglich der Honorarverteilung eine Rolle. Die KV Westfalen-Lippe hatte sich (ähnlich wie die KV Nordrhein mit den Individualbudgets, Anm. d. Red.) entschlossen, den Punktwert stabil zu halten und die Mitglieder nicht in ein Hamsterrad zu schicken. Andere KVen haben sich anders entschieden und den Punktwert gegen die Menge laufen lassen. Diese unterschiedlichen Strategien haben 2009 zu einem bundesweiten Punktwert geführt, der für uns zu niedrig, für andere komfortabel ist. In den Regionen, in denen der Punktwertverfall zugunsten der Menge hingenommen wurde, hat dieser neue Punktwert dazu beigetragen, die Menge attraktiver zu bezahlen.



Dr. Wolfgang-Axel Dryden,
Vorsitzender der KV Westfalen-Lippe

In diesem Zusammenhang ist sicher zu diskutieren, welche Strategie richtig, welche falsch gewesen ist. Wichtiger ist aber ein Begleiteffekt, die Selbstkürzung. Viele Mitglieder in KVen mit Mengenbegrenzungsregelungen haben zwar für ihre Patienten alle notwendigen Leistungen erbracht, sie aber nicht mehr über die Abrechnung dokumentiert. Ur-

sächlich dafür war das Gefühl, dass keine Notwendigkeit bestand, das zu dokumentieren, was man zurzeit nicht bezahlt bekam. Damit entstand aber der Eindruck, dass in den einzelnen Regionen von den Patienten ein sehr unterschiedlicher Behandlungsbedarf an die Ärzte herangetragen worden ist.

Auch wenn das erzielbare Honorar begrenzt erscheint, sollten wir Ärzte alle notwendigen und tatsächlich erbrachten Leistungen durch die Abrechnung dokumentieren.

„Nicht abgerechnete Leistungen führen zu niedrigeren Pauschalen.“

Durch gesetzliche Vorgaben ist es im EBM zu immer stärkeren Pauschalierungen gekommen.

Die Pauschalen sind unter Berücksichtigung des bisherigen Behandlungsbedarfes entstanden. Alle Leistungen, die in einer Pauschale zusammengefasst sind, werden in ihrer Häufigkeit und Schichtung berücksichtigt und gehen als Durchschnittswert ein. Erbrachte, aber nicht abgerechnete Leistungen können in diesem Prozess zwangsläufig nicht erfasst werden und tragen damit nicht zur angemessenen Bewertung einer Pauschale bei. Hier greift also die Selbstkürzung ein zweites Mal.

Da immer wieder mit Veränderungen innerhalb von Gebührenordnungen zu rechnen ist und diese stets auf der Grundlage des bisher durch Abrechnung dokumentierten Handelns erfolgen, ist es auch unter engen Budgetbedingungen unabdingbar, mit der Abrechnung auch alle tatsächlich erforderlichen und erbrachten Leistungen gewissenhaft zu dokumentieren.

Neben dem Behandlungsbedarf wird künftig auch die Krankheitslast als Arbeitsauftrag der Patienten an uns Ärzte eine entscheidende Rolle spielen. Krankenkassen erhalten ihre Mittel zu großen Teilen über den morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich (mRSA). Unsere Erwartung ist, dass die Krankenkassen diese Mittel für die Abarbeitung der Krankheitslast einsetzen, für die sie die Gelder erhalten haben. Daher ist es unabdingbar, dass

wir mit unseren Abrechnungen auch die Arbeitsaufträge, die uns unsere Patienten geben, als Diagnosen dokumentieren. Auch wenn der Gesetzgeber die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) im Versorgungsgesetz nicht mehr einfordert, ändert das nichts an der Notwendigkeit, sorgfältig die Diagnosen durch den ICD 10 mit der Abrechnung zu dokumentieren.

Krankenkassen werfen den KVen vor, dass die Kodierqualität ihrer Mitglieder mangelhaft sei. Als Beleg verweisen sie unter anderem

darauf, dass zu bestimmten Leistungen die eindeutigen Diagnosen fehlten, wie zum Beispiel bei der Abrechnung der DMP-Dokumentation im Rahmen eines Diabetes mellitus kein Diabetes als Diagnose aufgeführt sei, bei der Betreuung in der Schwangerschaft keine Schwangerschaft aus den Quartalsdiagnosen erkennbar sei oder bei Durchführung einer Dialyse keine diese Behandlung rechtfertigende Diagnose angegeben werde.

Wenn aus Einzelfällen, die sicherlich vorkommen können, allerdings umfangreiche Fehllisten werden, muss man sich fragen, ob die bereits bestehende Morbidität ausreichend abgebildet wird. Begründen wir unsere Forderung nach ausreichender Bezahlung damit, dass wir eine nichtabweisbare Morbidität behandeln und die Krankenkassen ihre Pflichten als Versicherer auch gegenüber den behandelnden Ärzten erfüllen müssen, ist es unabdingbar, die Krankheitslast auch möglichst vollständig zu erfassen und zu dokumentieren.

Es spielt, wie bereits betont, keine Rolle, ob die AKR eingeführt werden oder nicht. Es ist wichtig, mit den uns zur Verfügung stehenden Mitteln – zum Beispiel dem ICD 10 – unseren Behandlungsauftrag eindeutig darzustellen.

Schlussfolgerung: Es ist richtig und gut, dass sich die Ärzteschaft gegen die überbordende Bürokratie gewandt hat, die mit der Systematik der AKR gekommen wäre. Bei aller Freude über die Entscheidung der Bundesregierung zur Nichteinführung der AKR darf aber nicht vergessen werden, wofür wir als Ärzte bezahlt werden wollen: die Behandlung Kranker.

„Wir müssen unseren Behandlungsauftrag eindeutig darstellen – nur dann haben wir Aussicht auf eine angemessene Vergütung.“

uns damit haben auseinandersetzen müssen (Leistungsabrechnung). Nur so haben wir Aussichten, auch wieder eine angemessene Vergütung zu erhalten. Mit dieser Schlussfolgerung wird sich auch die Selbstverwaltung der einzelnen KVen auseinandersetzen müssen und schließlich entscheiden, ob und wie sie auf diese Entwicklung reagiert.

- Dr. Wolfgang-Axel Dryden

Dazu ist jedoch zwingend erforderlich, darzustellen, wie wichtig der Behandlungsauftrag war (Diagnose) und wie umfangreich und intensiv wir

Morbidität angemessen erfassen

„Wenn wir es ernst meinen mit der Forderung, das Morbiditätsrisiko müsse bei den Krankenkassen liegen, kommen wir um eine plausible und glaubwürdige Dokumentation der Behandlungs-Diagnosen mittels ICD-10 nicht herum.“



Dr. Hans-Reinhard Pies, Sprecher des Vorstands-Ausschusses Kodieren der KV Nordrhein

Nur so können wir ein Mehr an Morbidität in den künftigen Verhandlungen mit den Kostenträgern belegen. Auf rigide und überzogene Kodierrichtlinien können wir verzichten, aber nicht auf eine sorgfältige und angemessene Erfassung der Morbidität – kurz, auf eine gute Diagnose-Dokumentations-Kultur.“

Infektionsschutzgesetz wird novelliert

Die Ausbreitung und der Wandel multiresistenter Keime nehmen zu. Allein Methicillin-resistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) sollen in Deutschland zwischen 4.000 bis 9.000 vermeidbare Krankenhausinfektionen verursachen. Die Änderung des Infektionsschutzgesetzes soll dazu beitragen, die Zahl erheblich zu senken.

Bereits im Juli treten die Änderungen in Kraft. Alle 16 Bundesländer sind verpflichtet, bis 31. März 2012 Verordnungen zur Infektionshygiene in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens zu erlassen.

Kliniken müssen künftig Hygienepläne erstellen; auch Arztpraxen, in denen invasive Eingriffe stattfinden, können dazu verpflichtet werden. Ein verpflichtendes Screening auf MRSA zum Beispiel bei der Aufnahme in Krankenhäusern schreibt der Gesetzgeber nicht vor.

Ab 2012 im EBM

Vorgesehen ist eine differenzierte Vergütungsregelung für MRSA-Patienten im ambulanten Bereich. Sie soll ab 1. Januar 2012 gelten und ist zunächst auf zwei Jahre befristet. Neben der Sanierung der Patienten soll mit der neuen Abrechnungsmöglichkeit über den EBM auch die Ermittlung valider Daten ermöglicht werden. Die Höhe der Vergütungen muss nun der Bewertungsausschuss von Ärzten und Krankenkassen regeln.

Die Kommission für „Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“ und die neu zu gründende Kommission „Antinfektive Resistenzlage und Therapie“ beim Robert Koch-Institut (RKI) sollen Empfehlungen zum fachgerechten Einsatz von Diagnostika und Antiinfektiva erarbeiten. Diese Empfehlungen sind für Krankenhäuser und Arztpraxen bindend.

Infektionen mit Resistenzen dokumentieren

Kliniken und „Einrichtungen des ambulanten Operierens“ müssen das Auftreten von Infektionen mit speziellen Resistenzen dokumentieren. Auf der Basis „sachgerechter Schlussfolgerungen“ sollen dann die erforderlichen Prä-

ventionsmaßnahmen in den jeweiligen Einrichtungen umgesetzt werden. Auch über Art und Umfang des Antibiotikaverbrauchs soll künftig Buch geführt werden.

„Mit Blick auf die Verbesserung der Patientensicherheit sind viele der im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Änderungen sinnvoll und zu begrüßen“, sagt Dr. Peter Pott Hoff, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Der Zeit- und Kostenaufwand, der den Vertragsärzten durch die Dokumentations- und Informationspflichten entsteht, müsse aber honoriert werden. Auch fokussiere das Gesetz seiner Meinung nach zu sehr auf MRSA und werde dem vielfältigen Erregerspektrum nicht gerecht.

MRSA-Infos für Ihre Praxis



Das Kompetenzzentrum Patientensicherheit hat zum Thema MRSA Info-Material für Arztpraxen erstellt. Zum Beispiel zum Umgang mit infizierten Angehörigen oder ein Sanierungsschema. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland haben das Kompetenzzentrum 2008 gegründet. In Kooperation mit Fachgesellschaften, Berufsverbänden und anderen Institutionen bietet es Informationsmaterialien und Veranstaltungen zum Thema Patientensicherheit an.

Die Materialien können Sie herunterladen unter www.kvno.de [KV110705](#)

Kassen bereiten Ausgabe vor

Ab Oktober kommen viele Patienten mit der eGK

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) kommt. Die Krankenkassen starten spätestens im Oktober mit der Ausgabe. Ein Schwerpunkt wird Nordrhein sein.

Bereits bis Jahresende sollen mindestens zehn Prozent der Versicherten mit der neuen Karte ausgestattet sein. Spätestens ab Oktober, wenn die ersten Patienten mit der eGK in die Praxen kommen, benötigen Ärzte und Psychotherapeuten ein Lesegerät, mit dem sie die neuen (und die alten) Karten einlesen können.



Ende des Jahres 2011 dürfte ein großer Teil der Versicherten in Nordrhein eGK erhalten haben.

Vom 1. April bis 30. September dieses Jahres sollen die Praxen in allen KVen Deutschlands (außer Nordrhein) eGK-fähige Lesegeräte installieren. Ärzte und Psychotherapeuten können entsprechende Pauschalen anfordern – die übrigens mit 355 und 280 Euro deutlich unter denen liegen, die im Rheinland ausgezahlt wurden. Für die Mitglieder der KV Nordrhein sind 2011 keine Pauschalen mehr vorgesehen, weil der Basis-Rollout hier seit eineinhalb Jahren abgeschlossen ist.

70 Prozent nutzten die Pauschalen

Rückblick: Im Jahre 2009 gab es in der KV Nordrhein als erster Region den sogenannten eGK-Basis-Rollout. Damit war die Ausstattung der Ärzte und Psychotherapeuten mit eGK-fähigen Lesegeräten gemeint – wie auch der Zahnärzte und der Krankenhäuser im Rheinland. Im Zeitraum vom 15. Februar bis 31. Oktober 2009 haben rund 70 Prozent der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Nordrhein die Erstattung der Pauschalen für eGK-fähige Lesegeräte in Anspruch genommen.

Tatsächlich dürften bis zu 90 Prozent aller Praxen die eGK lesen können. Denn viele hatten sich sogenannte MKT-Lesegeräte auf eigene Kosten zugelegt: Diese sind deutlich preiswerter als die geförderten eHealth-BCS-Geräte. Die MKT-Geräte sind für den eGK-Basis-Rollout vollkommen ausreichend, können aber nicht für den Online-Abgleich der Versichertenstammdaten verwendet werden. Deshalb wurden sie auch nicht gefördert.

Durch die Bundestagswahl im September 2009 und dem daraus resultierenden Regierungswechsel kam die eGK ins Stocken. Doch nach Prüfung des Projekts

setzte die Bundesregierung den Rollout wieder auf die Tagesordnung.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, bis Ende 2011 mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten mit eGK auszustatten. „Die Karten könnten in großen Teilen in Nordrhein landen“, nimmt Gilbert Mohr, IT-Experte der KV Nordrhein, an. Er erwartet, dass bis zum Jahresbeginn 2012 zwischen 30 und 50 Prozent der Patienten in Nordrhein mit der neuen Karte in die Praxis kommen könnten.

Schwerpunkt: Nordrhein

„Ein Schwerpunkt ist Nordrhein“, bestätigt Heiner Vogelsang, Telematik-Beauftragter der TK-Landesvertretung NRW. Die Techniker Krankenkasse bittet derzeit

rund eine Million Versicherte per Brief um ein Foto für die neue Karte. „Im September starten wir mit der eGK-Ausgabe“, so Vogelsang.

Für die Praxen heißt das: Wenn Sie noch kein eGK-fähiges Lesegerät haben, sollten Sie sich bald darum kümmern. Denn spätestens Ende 2011 benötigen Sie eins.

eGK-Testkarten

Die KV Nordrhein verfügt ab 15. August 2011 über 1.000 eGK-Testkarten der neuesten Spezifikation. Diese Testkarten bezieht die KV Nordrhein über die gematik, also die Gesellschaft, die sich um die Einführung der neuen Karten kümmert. Mitglieder der KV Nordrhein können ab sofort eine Testkarte bei der KV Nordrhein bestellen

MKT-Geräte: Es geht auch offline

Viele Ärztinnen und Ärzte sehen den geplanten Online-Stammdatenabgleich kritisch. Sie plädieren deshalb für den Einsatz sogenannter Multifunktionaler Kartenterminals, kurz MKT.

Die MKT sind eine Weiterentwicklung der bekannten Lesegeräte, mit denen Praxen die Krankenversicherungskarte wie auch die elektronische Gesundheitskarte (eGK) einlesen und verarbeiten können. Mit Einführung der vollen Funktionalität der eGK, also zum Beispiel der Online-Prüfung, ob der Patient auch tatsächlich versichert ist, sind diese Geräte nicht mehr nutzbar. Sie sind nämlich nicht

mit den dann zum Einsatz kommenden Konnektoren verwendbar. MKT-Lesegeräte werden deshalb auch als „Nicht-online-fähige eGK-Lesegeräte“ bezeichnet.

Möglicherweise sind diese Geräte aber auch schon früher nicht mehr funktional. Denn Datenschützer drängen darauf, dass einige Daten auf dem Prozessor-Chip besser geschützt werden, zum Beispiel den DMP-Status. Das ist mit den MKT-Geräten nicht zu leisten, die Daten wären für die Praxis nicht lesbar.

Ausführliche Informationen zu den Lesegeräten finden Sie im Internet unter www.kvno.de [KV110707](#)

MKT-Geräte

Die Gematik hat Geräte von sechs Herstellern zugelassen. Die günstigsten MKT sind nach Herstellerangaben ab etwa 60 Euro zu erhalten.

Hersteller	Fabrikat
CCV Celectronic eHealth	CARD STAR/medic2 (6020-3, 6011, 6020, 6220, 6220-3)
Cherry GmbH	G80-1502 (Version 1.19) ST-2052 (Version 5.13) ST-2052UGZ (Version 5.11)
Sagem Monétel GmbH	Orga 5010, 5020, 5021, 5022 (Version 1.1) Orga 6041 (MKT) (Version 1.02) Orga 910/920 (KV2 Version 1.0)
Kobil Systems GmbH	KAAN Advanced / RS232
Fujitsu Siemens Computers GmbH	KBPC CX (Version 1.04) KB SCR Pro (Version 1.06)
SCM Microsystems GmbH	eHealth 100 MKT (Version 0.28u)

Stand: 24. Mai 2011

und damit prüfen, ob ihr Lesegerät auch mit den eGK funktioniert.

Die Test-eGK müssen Sie innerhalb von zehn Kalendertagen nach Erhalt wieder an die KV Nordrhein zurückgesandt haben. Das Rücksendeverfahren ist deshalb

erforderlich, weil die KV Nordrhein nur 1.000 Testkarten besitzt, es in Nordrhein aber rund 13.500 Mitgliedspraxen gibt.

Das Bestellformular für die eGK-Testkarten finden Sie auf der nächsten Seite.

„Patientendaten nie in Gefahr“

Im Mai hatte die gematik Sicherheitslücken bei einigen der neuen Lesegeräte festgestellt. Gilbert Mohr leitet die Abteilung IT in der Arztpraxis der KV Nordrhein, sieht aber keine echte Gefahr für die Praxen.

Sind die Daten in den Praxen in Gefahr?

Mohr: Nein. Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung birgt die Schwachstelle in der Software der sogenannten eHealth-BCS-Terminals keine Gefahr. Das hat eine Sicherheitsprüfung gezeigt. Praxen sollten bei der Verwendung des elektronischen Heilberufsausweises (HBA) im eHealth-BCS-Terminal darauf achten, dass im eHealth-BCS-Terminal der „sichere Eingabemodus“ (muss in der Bedienungsanleitung erläutert sein) verwendet wird. Wie der einzustellen ist, steht in der Bedienungsanleitung.

Wie sehen die Ärzte, ob der Modus sicher ist?

Mohr: Die Kartenterminals verdeutlichen über eine Signalisierung, dass sie sich im sicheren Eingabemodus befinden. Dies geschieht beispielsweise durch LED-Anzeigen oder Schlosssymbole im Display. Im sicheren Eingabemodus kann eine PIN eingegeben werden, ohne dass diese das Kartenterminal verlässt. Eine Manipulation des sicheren Eingabemodus, zum Beispiel durch Schadsoftware, ist nicht möglich.

Rund 30 Prozent der Praxen in Nordrhein haben 2009 auf die Pauschalen für die Anschaffung und Installation neuer Lesegeräte verzichtet. Können die Praxen jetzt noch auf eine Erstattung hoffen?

Mohr: Leider nicht. Die Finanzierungsvereinbarung, die wir mit den Krankenkassen geschlossen hatten, ist am 1. November 2009 ausgelaufen. Die KV Nordrhein hat dem Beschluss der Vertreterversammlung folgend den Versuch unternommen, auf die nordrheinischen Kassen zwecks Nachverhandlungen zuzugehen. Das haben die Krankenkassen allerdings abgelehnt. Die betroffenen Praxen müssen sich die entsprechenden eGK-Lesegeräte also auf eigene Kosten beschaffen. Das gilt leider auch für Praxen, die erst nach dem 31. Oktober 2009 neu gegründet wurden.



Gilbert Mohr

Wo können sich die Praxen über die Lesegeräte informieren?

An alle wichtigen Infos gelangen Sie unter egk.kvno.de über die Homepage der KV Nordrhein. Und die KV-Telematik-Website www.kv-telematik.de bietet unter anderem Informationen über die Zulassung der Praxisverwaltungssysteme für den Basis-Rollout der eGK wie auch Bezugsadressen für Lesegeräte.



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Bitte senden oder faxen an:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

CoC IT in der Arztpraxis

Tersteegenstraße 9

40474 Düsseldorf

Bei Rückfragen: 0211 5970 8006

Telefax: 0211 5970 9321

Bestellung einer Testkarte (elektronische Gesundheitskarte)

Hiermit bestelle ich verbindlich eine Test-eGK. Des Weiteren erkläre ich mit meiner Unterschrift, dass ich die mir von der KV Nordrhein kostenlos zur Verfügung gestellte Test-eGK der KV Nordrhein auf eigene Kosten nach maximal zehn Tagen wieder zurücksende. Der späteste Termin, wann die Test-eGK bei der KV Nordrhein eingegangen sein muss, ist auf dem Versand-Anschreiben vermerkt. Bei Nichteinhaltung der genannten Rücksendebedingungen ist die KV Nordrhein berechtigt, 75 Euro Aufwands- und Verwaltungskostenpauschale von meiner nächsten Honorarabrechnung abzuziehen.

1. Angaben zur Praxis

Betriebsstättennummer:

Praxisbezeichnung

Titel, Vorname, Name _____

Straße, Haus-Nr. _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefon _____ Fax _____

2. Angaben zur Praxisverwaltungssoftware

Welche Praxisverwaltungssoftware ist bei Ihnen im Einsatz?

Name der Software _____

Datum, Unterschrift

Praxisstempel

Der Testkartenversand startet frühestens am 15. August 2011.

Sieben BKKen machen beim Hausarztvertrag weiter

Die Vertragsarbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen hat den im Jahre 2007 geschlossenen Hausarztvertrag zum 30. Juni 2011 gekündigt (wir berichteten).

Sieben Betriebskrankenkassen haben mit der KV Nordrhein vereinbart, dass der gekündigte Hausarztvertrag weiterhin Gültigkeit hat, bis ein neuer Vertrag mit der Vertragsarbeitsgemeinschaft der BKKen abgeschlossen werden kann.

Der BKK-Hausarztvertrag gilt damit weiterhin für die Versicherten der

- BKK BPW Bergische Achsen KG
- BKK Heimbach
- BKK Pfeifer & Langen
- BKK ALP Plus
- BKK Gildemeister Seidensticker
- BKK Saint Gobain
- Vereinigte BKK

Bei diesen sieben BKKen können Versicherte auch weiterhin in den Hausarztvertrag aufgenommen werden. Es gelten die alten Vertragsinhalte. Weiterhin von der Praxisgebühr befreit sind nur die Versicherten der BKKen Gildemeister Seidensticker und Pfeifer & Langen, Saint Gobain und Vereinigte BKK. Die Gespräche zwischen den Vertragsparteien zum Abschluss eines neuen BKK-Hausarztvertrages laufen weiter.

Eine aktuelle Übersicht der teilnehmenden BKKen finden Sie unter www.kvno.de im Internet. [KV110710](#)

Abrechnungsvereinbarung BKK Kassana und Deutsches Ärztenetz Gynäkologie

Die BKK Kassana und das Deutsche Ärztenetz Gynäkologie haben rückwirkend zum 1. April 2011 eine Vereinbarung zur besonderen Vergütung von gynäkologischen Leistungen im Rahmen der Früherkennung von Krankheiten und der Mutterschaftsvorsorge getroffen. Die Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten und bei der

Mutterschaftsvorsorge werden mit einem Punktwert von 4,5 Cent vergütet.

Für verschiedene Leistungen, die nicht Bestandteil des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind, erhalten teilnehmende Gynäkologen 5,10 Cent. Das gilt zum Beispiel für Teenager- oder Klimakteriumssprechstunden, Vitalitätschecks oder weitergehende Ultraschalluntersuchungen. Die Honorierung erfolgt außerhalb des Regelleistungsvolumens.

Teilnehmen können alle Gynäkologen, auch wenn sie nicht Mitglied des Ärztenetzes Gynäkologie sind. Die Teilnahme wird gegenüber der BKK Kassana direkt erklärt. Patientinnen nehmen durch die Inanspruchnahme von Leistungen des Vertrages automatisch teil. Die Leistungen dieses Selektivvertrages rechnen Sie über die KV Nordrhein mit der Quartalsabrechnung ab.

Mehr Infos im Internet unter www.kvno.de [KV110710](#)

City BKK: So rechnen Sie Leistungen ab 1. Juli ab

Nach der Schließung der City BKK am 1. Juli sind noch nicht alle Versicherten in eine neue Krankenkasse eingetreten, das trifft vermutlich auch auf einen kleinen Teil der rund 4.000 Versicherten aus Nordrhein zu. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben sich auf eine Übergangsregelung verständigt.

Bis zum 30. Juni 2011 konnten Sie die Versicherten der City BKK bei Vorlage einer gültigen Krankenversicherungskarte behandeln wie üblich. Die Abrechnung der erbrachten vertragsärztlichen Leistungen erfolgt für das 2. Quartal 2011 wie gewohnt. Allerdings sollten Sie darauf achten, noch nicht abgerechnete Behandlungsfälle aus Vorquartalen mit der Quartalsabrechnung 2/2011 einzureichen. Sollten Sie vergessen haben, Vorquartalsfälle einzureichen, nehmen Sie bitte Kontakt mit der für Sie zuständigen Bezirksstelle auf. Die Vergütung sogenannter Vorquartalsfälle ist noch bis zum 2. September möglich.

Seit 1. Juli 2011 können Sie die Krankenversichertenkarten der City BKK nicht mehr einlesen. Eine Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen im dritten Quartal 2011 ist nur dann noch möglich, wenn der Versicherte in diesem Quartal einer neuen Krankenkasse beigetreten ist und bis Ende des Quartals eine gültige Krankenversichertenkarte oder einen anderen Anspruchsnachweis der neuen Kasse vorlegt.

Wenn der Versicherte bis zum Quartalsende keine gültige Chipkarte oder keinen sonstigen Nachweis einer Versicherung vorlegt, müssten Sie die erbrachten Leistungen privat liquidieren.

Für Verordnungen gilt: Legt der ehemals City BKK-Versicherte keine gültige oder neue Krankenversichertenkarte vor, können Sie Leistungen nur manuell verordnen oder veranlassen. In diesem Fall müssen Sie allerdings sämtliche Vordrucke wie Überweisungen manuell ausfüllen. Achten Sie darauf, dass die Vordrucke alle Versichertenstammdaten enthalten: das Institutionskennzeichen der City BKK (IK108038012), Name und Geburtsdatum des Versicherten, der Versichertenstatus, die Postleitzahl des Wohnortes und nach Möglichkeit die bisherige Krankenversichertennummer.

Knappschaft bietet Wahltarif Kostenerstattung

Die Knappschaft bietet ihren Versicherten allgemeine Wahltarife zur Kostenerstattung für die Leistungsbereiche ärztliche und zahnärztliche Behandlung an. An diesem Wahltarif (Arzt oder Zahnarzt) können alle Pflicht- und Freiwilligenmitglieder (Arbeiter, Angestellte, Rentner) und ihre familienversicherten Angehörigen teilnehmen.

Die knappschaftlichen Versicherten, die an diesem Wahltarif teilnehmen, können ambulante ärztliche Leistungen wie Privatpatienten in Anspruch nehmen. Sie erhalten für die in Anspruch genommenen Leistungen von dem behandelnden Vertragsarzt eine Privatrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Je nach dem gewählten Tarifangebot erhalten die Versicherten im Rahmen der Wahltarife zur Kostenerstattung einen Zuschuss in Höhe von 80 Prozent des Rechnungsbetrags nach Abzug des Anteils der gesetzlichen Krankenversicherung. Der 20prozentige Eigenanteil bleibt pro Jahr auf 500 Euro beschränkt.

Die nach der GOÄ erstellten Privatrechnungen des Vertragsarztes können mit den bis zu 2,3-fachen Steigerungssätzen berücksichtigt werden. Bei entsprechender ärztlicher Begründung kann die Knappschaft bis zu 3,5-fache Steigerungssätze der GOÄ anerkennen.

Die Knappschaft beabsichtigt, die Versicherten, die einen Wahltarif gewählt haben, mit einem besonderen Versichertenausweis auszustatten, der anstelle der gesetzlichen Krankenversicherungskarte dem behandelnden Vertragsarzt vorzulegen ist.

Für Arzneimittelverordnungen nutzen Sie bitte das übliche Vordruckmuster 16 (Rezept). Damit den behandelnden Vertragsärzten bei der Richtgrößen- und Wirtschaftlichkeitsprüfung kein Nachteil entsteht, können Sie einen sogenannten Abrechnungsschein ohne Wert (Dummy-Schein) angelegen, der mit der Symbolnummer 88190 gekennzeichnet werden sollte.

Die Symbolnummer 88190 dient ausschließlich zur Erkennung der entsprechenden Scheine für Versicherte, die anstelle des Sachleistungsprinzips das Kostenerstattungsprinzip für die ärztliche Behandlung gewählt haben.

Aktuelle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomievertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen.

Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter www.kvno.de 

Übermittlung von Behandlungsdaten erfordert Einwilligung des Versicherten

Zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Behandlungsbefunden muss die schriftliche Einwilligung des Patienten vorliegen. Der Versicherte kann die Einwilligung widerrufen. Liegt die schriftliche Einwilligung des Versicherten nicht vor, ist die berichtspflichtige Leistung trotzdem abrechnungsfähig. Bitte tragen Sie in diesen Fällen die Symbolnummer 99970 auf dem Behandlungsschein ein.

Zum 1. Juli 2011 wurden die Bestimmungen zu den berichtspflichtigen Leistungen geändert. Anlass war eine Information des Bundesbeauftragten für den Datenschutz, wonach mit der bisherigen Formulierung die geltende Rechtslage nicht eindeutig wiedergegeben wurde. Zur Wahrung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten sei durch Beschluss des Bewertungsausschusses zu verdeutlichen, dass die Behandlungsdaten und die Befundweitergabe nur mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die er widerrufen kann, erfolgen darf.

Die Übergangsregelung PET/PET-CT-Untersuchung läuft aus

Die Übergangsregelung zur Überbrückung des Versorgungseinganges mit 99m-Technetium für knochenszintigraphische Untersuchungen endete am 30. Juni 2011. Wenn ab 1. Juli 2011 eine Knochenszintigraphie mit 99m-Technetium aufgrund des Engpasses nicht möglich ist, kann die Diagnostik allerdings auch weiterhin ersatzweise mit einer Positronen-Emissions-Tomographie (PET) oder PET-Computertomographie-Untersuchung stattfinden.

Patienten sollten in diesem Fall bei ihrer Krankenkasse eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung für diese Untersuchung einholen. Die ersatzweise durchgeführte PET oder PET-CT-Untersuchung können Praxen dann auf dem Weg der Kostenerstattung über die GOÄ abrechnen.

Der Bewertungsausschuss hatte aufgrund eines Versorgungseinganges mit Technetium 99 die PET mit Fluorid als Verfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung vorübergehend eingesetzt.

Kataraktvertrag mit den Ersatzkassen: Stichprobenprüfung vorgesehen

Mit den Ersatzkassen hat die KV Nordrhein eine Modifizierung des Kataraktvertrages zum 1. Juli 2011 vereinbart.

Der Verband der Ersatzkassen und die KV Nordrhein werden als Vertragsparteien eine patientenbezogene Dokumentation über die Indikationsstellung entwickeln. Diese Dokumentationen können im Rahmen einer Stichprobe von fünf Prozent der abgerechneten Fälle bei den operierenden Augenärzten von der KV Nordrhein zur Indikationsprüfung angefordert werden.

Die bisherige Vergütung von 769 Euro sinkt auf eine Gesamtpauschale von 749 Euro je durchgeführter Kataraktoperation. Seit 1. Juli 2011 ist es auch möglich, sogenannte Blaulichtfilterlinsen als Sonderlinse einzusetzen.

Wurde das Kataraktbudget in zwei aufeinander folgenden Quartalen innerhalb eines Kalenderjahres nicht ausgeschöpft, kann das Kataraktbudget für das Folgejahr ab dem dritten Quartal quartalsweise moderat abgesenkt werden.

Den genauen Wortlaut der Änderungsvereinbarung finden Sie in den Amtlichen Bekanntmachungen des Rheinischen Ärzteblattes, Ausgabe 7/2011.

www.kvno.de [W110712](#)

Hautdesinfektion: Pflegedienste müssen Mittel bereitstellen

Mittel zur Hautdesinfektion können Vertragsärzte als Sprechstundenbedarf nur verordnen, wenn diese Mittel in der vertragsärztlichen Praxis eingesetzt werden. Das

legt die Sprechstundenbedarfsvereinbarung fest. Eine Verordnung im Zusammenhang mit einer Verordnung zur häuslichen Krankenpflege zu Lasten des Sprechstundenbedarfs ist nicht zulässig – und auch nicht nötig.

Die ambulanten Pflegedienste müssen ihren Pflegekräften für die häusliche Krankenpflege die erforderlichen Arbeitsmittel bereitstellen, um eine qualifizierte, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten. Das sehen die Regelungen zwischen den Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrt des Landes NRW und den Krankenkassen vor. Die Pflegekräfte haben bei ihren Pflegeeinsätzen einen Pflegekoffer vorzuhalten, der auch die Mittel zur Hautdesinfektion beinhaltet.

Dokumentationsprüfungen für Augenärzte bei PDT entfallen vorerst

Augenärzte, die photodynamische Therapien (PDT) durchführen, sind bis zum 30. Juni 2014 von der Pflicht zur Teilnahme an Dokumentationsprüfungen befreit. Diese Regelung hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem GKV-Spitzenverband in der Qualitätssicherungsvereinbarung zur PDT getroffen. Sie ist seit 1. Juli 2011 in Kraft.

Neues Muster 56: Rehabilitationssport/Funktionstraining

Seit 1. Juli 2011 steht das neue modifizierte Muster 56, Antrag auf Kostenübernahme bei Rehabilitationssport/Funktionstraining, zur Verfügung. Bitte verwenden Sie ab dem dritten Quartal nur noch den neuen Vordruck. Die alten Muster 56 vernichten Sie bitte, da diese mit der Einführung des neuen Musters ungültig geworden sind. Formularbestellungen für das dritte Quartal 2011 enthalten bereits das neue Muster.

Änderung Muster 10: Überweisung für Laboratoriumsuntersuchungen

Zum 1. Januar 2012 ändert sich auch das bisherige Muster 10: Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchung als Auftragsleistung. So entfallen die Abrechnungsfelder wie beim normalen Überweisungsschein. Mehr Platz gibt es für Diagnose/Verdachtsdiagnose, Befund/Medikation und Auftrag. Mit Ihrer Formularbestellung für das erste Quartal 2012 erhalten Sie automatisch die benötigte Anzahl von neuen Überweisungsscheinen. Ab 1. Januar 2012 gilt nur noch das neue Muster 10. Bitte vernichten Sie zum Stichtag Ihre Altbestände.

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



Seit Mai im Amt

Die Vorstände der neuen Bezirksstellenräte

Im Mai haben sich die beiden Bezirksstellenräte der KV Nordrhein konstituiert. In ihnen sitzt ein Vertreter jeder Kreisstelle, der Düsseldorfer Bezirksstellenrat zählt 17 Mitglieder, der Kölner 14.



Dr. Frieder Götz Hutterer, Vorsitzender Bezirksstellenrat Köln



Dr. Hans Wolfgang Claßen, Stellvertretender Vorsitzender Bezirksstellenrat Köln



Walter Steege, Vorsitzender Bezirksstellenrat Düsseldorf



Günther Weissweiler, Stellvertretender Vorsitzender Bezirksstellenrat Düsseldorf

Neu gewählter Vorsitzender des Kölner Bezirksstellenrates ist der Kölner Allgemeinmediziner Dr. Frieder Götz Hutterer, vielen als Kölner Kreisstellenvorsitzender der vergangenen Wahlperiode bekannt. Sein Stellvertreter wurde der Aachener HNO-Arzt Dr. Hans Wolfgang Claßen, seit vielen Jahren Aachener Kreisstellenvorsitzender.

Der Remscheider Allgemeinmediziner Walter Steege wurde zum Vorsitzenden des Düsseldorfer Bezirksstellenrates gewählt. Er führt seit langem die Remscheider Kreisstelle. Ihm zur Seite steht Günther Weissweiler, stellvertretender Kreisstellenvorsitzender und Gynäkologe aus Viersen.

„Gerade in der heutigen Zeit brauchen die Vertragsärzte einen unmittelbaren Ansprechpartner“, betont Hutterer. „Ebenso wichtig ist es, die Probleme der Kolleginnen und

Kollegen vor Ort von uns aufgearbeitet nach „oben“ an den Vorstand heranzutragen.“

Dies sieht sein Düsseldorfer Pendant ganz ähnlich. „Immer mit einem Ohr an der Basis und die Probleme, die wir in den Kreisstellen haben, deutlich machen“, hat Steege sich für die Legislaturperiode vorgenommen. „Es ist ein Spagat zwischen den Einzelinteressen der Kollegen und dem Gesamtinteresse der KV.“

Zu den wichtigsten Aufgaben des Bezirksstellenrates gehört nach der Organisationsordnung der KV Nordrhein die Beratung des Vorstands in allen Fragen des Bezirksstellenbereichs und die Beratung der Bezirksstelle, wenn ärztlicher Sachverstand benötigt wird. Die Mitglieder des Bezirksstellenrates vermitteln aber auch Entscheidungen des Vorstands der KV Nordrhein an die Praxen.

Mitgliederverzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Mit dieser CD stellen wir Ihnen eine neue Version des Mitgliederverzeichnisses zur Verfügung.

Die CD beinhaltet Daten aller niedergelassenen, angestellten und ermächtigten Ärzte sowie der Psychologischen Psychotherapeuten, die Ende Mai 2011 tätig waren. Angegeben sind neben Name, Anschrift, Telefon- und Faxnummer sowie E-Mail-Adresse auch die Fachgebiete, Tätigkeiten und Zusatzbezeichnungen. Zusätzlich kann auf Behandlungsprogramme, Angebote für Schwerbehinderte und Fremdsprachen zugegriffen werden.

Systemvoraussetzungen

Prozessor: 1-GHz-Pentium- oder höher (empfohlen) | **RAM:** 1 GB (Minimum); 2 GB (empfohlen) | **Festplatte:** min. 50 MB freien Speicherplatz | **Betriebssystem:** Microsoft Windows XP + Servicepack 3, Windows 7, Windows Vista | **Bildschirm:** 1024 x 768

Benutzung

Nach dem Einlegen der CD wird diese automatisch starten. Ist dies nicht der Fall, öffnen Sie den Ordner „Mitgliederverzeichnis KVNO“ und starten die Datei KVNo.exe mit einem Doppelklick. Eine Installation des Programms ist nicht erforderlich. Wir empfehlen, dass Sie sich den Ordner „Mitgliederverzeichnis KVNO“ auf Ihre lokale Festplatte kopieren. Dies hat den Vorteil, dass Sie die Anwendung unabhängig voneinander auf mehreren Rechnern nutzen können. Bei Problemen mit dem Programm steht Ihnen unser Communication Center gerne zur Verfügung:

Communication Center

Telefon 0211 5970 8500

E-Mail commcen@kvno.de



Exportierbarkeit

Die Daten auf der CD sind nicht exportierbar. Damit verhindern wir, dass sie von Dritten zu kommerziellen Zwecken missbraucht werden können. Ärzten und Psychotherapeuten, die Adresslisten zum Beispiel für Einladungen benötigen, stellt die KV Nordrhein diese gerne auf Anfrage zur Verfügung. Wenden Sie sich hierzu bitte per E-Mail an: adressanfragen@kvno.de

Infos und Nachbestellung

Ausführliche Informationen über Inhalte und technische Aspekte finden Sie im Verzeichnis „Dokumente“ auf der CD. Aktualisierte Versionen können Sie kostenlos über unser KVNO-Portal herunterladen. Sollten Sie weitere CDs benötigen, wenden Sie sich bitte an:

Formularversand

Telefon 02151 3710 00

E-Mail formular.versand@kvno.de

Arztregister Düsseldorf
Fax: 0211 5970 8555

Arztregister Köln
Fax: 0221 7763 6500



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.

Datenfehler in der Onlinesuche / CD-ROM

Anrede: _____

Titel: _____

Name*: _____

Vorname: _____

Lebenslange Arztnummer (LANR): _____

Betriebsstättennummer (BSNR): _____

E-Mail: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Telefon*: _____

Fax: _____

Fehlerbeschreibung*:

Bitte beschreiben Sie den
Fehler so detailliert wie
möglich.

Deutsche Ärzte qualifizieren weltweit

Ehrenamt im Ruhestand

Ob afrikanisches Gesundheitszentrum oder chinesisches Krankenhaus, die Expertise von deutschen Ärzten ist weltweit gefragt. Besonders für Ruheständler kann dies eine interessante Aufgabe sein. Der Senior Experten Service (SES) vermittelt diese weltweit.

Im „Shandong Province Yiyuan County Hospital“ an der Ostküste Chinas beispielsweise war das Wissen von Dr. Hans-Heinrich Lauterbach gefragt. Laparoskopische Operationen – zum Beispiel eine Gallenblasenentfernung – zeigte der 65-Jährige zuerst modellhaft mithilfe eines Handschuhs in einer geschlossenen Kiste. Gegen Ende seines vierwöchigen Einsatzes konnte dann auch eine „echte“ Gallenblase entfernt werden.

Zur Qualifizierung von Ärzten zu minimal-invasiven Operationen oder endoskopischer Chirurgie gibt es sehr viele



Weltweit unterwegs: Senior-Experte Dr. Hans-Heinrich Lauterbach bildete Ärzte in China weiter.

Senior Experten Service

Zukunft braucht Erfahrung – diese Überzeugung leitet den Senior Experten Service (SES) seit bald 30 Jahren. SES-Experten aus allen kaufmännischen, technischen, handwerklichen, medizinischen und sozialen Berufen helfen vornehmlich in ärmeren Ländern, aber auch in Deutschland. Neben kleinen und mittleren Betrieben suchen zusehends öffentliche Institutionen, Kommunen, Kammern und Einrichtungen der Berufs- und Schulbildung die Zusammenarbeit. 2010 wurden Experten zu über 2.000 Einsätzen entsandt. Seit 1983 hat der SES mehr als 24.000 ehrenamtliche Einsätze in 160 Ländern verwirklicht.

Wer Senior-Experte werden möchte, kann sich wenden an:

Senior Experten Service
Stiftung der deutschen Wirtschaft für
internationale Zusammenarbeit

Gundi Crombach

Telefon 0228 2609 075

E-Mail g.crombach@ses-bonn.de

Mehr Infos im Internet unter www.ses-bonn.de 

Anfragen aus der ganzen Welt. Auch aus anderen medizinischen Fachbereichen sucht der SES dringend „Nachwuchs“: besonders Gynäkologen, Kardiologen, Radiologen, Kinderärzte und Augenärzte.

„Gesundheit nimmt einen immer breiteren Raum in der Diskussion um eine effektive Entwicklungszusammenarbeit ein“, sagt Dr. Susanne Nonnen, Geschäftsführerin des SES. Von den über 9.000 beim SES registrierten Experten sind etwa 600 Ärzte, Krankenschwestern, Pfleger und Vertreter weiterer Gesundheitsberufe. Sie alle haben das aktive Erwerbsleben hinter sich, wollen aber ehrenamtlich tätig sein und ihr Wissen sinnvoll weitergeben.

Die gemeinnützige Gesellschaft entsendet Senior-Experten in alle Länder der Welt, besonders Entwicklungs- und Schwellenländer. So hilft die Organisation, die Zukunft dort zu sichern und die Armut zu mindern. Die Einsätze unterstützen schwerpunktmäßig die Aus- und Weiterbildung, liefern aber auch Know-how für die berufliche Praxis.

Die Ära von Papier- und Diskettenabrechnung geht zu Ende

Ab 2012 auf CD, DVD oder online abrechnen

Jahrzehntelange gab es nur die Abrechnung auf Papier. In den 80er Jahren kam dann der Transfer der Abrechnungsdaten auf Diskette hinzu. Die Papierabrechnung ist seit dem zweiten Quartal 2011 nicht mehr zulässig, das gilt zum Jahresende auch für die Disketten. Immer mehr Praxen setzen heute auf die Online-Übermittlung.



Mitarbeiterinnen der KV Nordrhein beim Einlesen von Disketten. Die Loader haben Ende dieses Jahres ausgedient, Ersatzteile gibt es nicht mehr.

die ihre Abrechnungsdaten auf Diskette einreichen. Seit Jahren gibt es keine Ersatzteile mehr für die Diskettenloader, mit denen die Disketten im Massenbetrieb eingelesen werden. Auch der letzte Loader der KV Nordrhein ist bald nicht mehr einsatzfähig. Deswegen sind die Disketten nur noch bis zur Abrechnung des vierten Quartals 2011 zugelassen.

Einen Zwang zur Online-Abrechnung gibt es im Rheinland nicht. Die KV Nordrhein agiert weiter nach dem Motto: fördern statt fordern. Wer seine Abrechnung auf CD, DVD oder Blu-ray einreicht, dessen Verwaltungskostensatz beträgt 2,6 Prozent. Der Verwaltungskostensatz für Ärzte und Psychotherapeuten, die ihre Abrechnungsdaten online über das KV-SafeNet oder D2D übermitteln, liegt bei 2,5 Prozent. Wer die Gesamtaufstellung auch noch digital signiert, muss nur Verwaltungskosten von 2,3 Prozent zahlen. „Das rechnet sich vor allem für umsatzstarke Praxen“, sagt Mohr.

Die Übersicht auf den nächsten Seiten zeigt Ihnen, welche Abrechnungswege derzeit möglich sind, was sie kosten und mit welcher Technik sie funktionieren.

Seit Anfang April lässt das Sozialgesetzbuch nur noch die EDV-Abrechnung zu. Viele der gut 500 Praxen, die zu Jahresbeginn auf Papier abrechneten, mussten sich eine Praxis-EDV zulegen.

Ein paar Papierabrechner gibt es aber immer noch. Wer zum Beispiel vor dem 1. Januar 1946 geboren wurde, musste sich nicht mehr umstellen. Und wer wie Privatärzte, die am kassenärztlichen Notdienst teilnehmen, nur via Notfallschein abrechnet, der darf das auch weiter tun. Doch das sind nur wenige, gemessen an den rund 18.500 Mitgliedern der KV Nordrhein. „Wir erwarten, dass Ende des Jahres 2011 nur noch etwa 200 Praxen auf Papier abrechnen“, berichtet Gilbert Mohr, Leiter der Abteilung IT in der Arztpraxis.

Diskette adé

Im Laufe des Jahres steht für eine wesentliche größere Gruppe eine Umstellung an: die gut 7.500 Mitglieder,

EDV-Beratung der KV Nordrhein

Die KV Nordrhein bietet ihren Mitgliedern kostenlose EDV-Beratung an.

Telefon 0211 5970 8075
mittwochs und donnerstags 14 bis 18 Uhr

Informationen zum Erwerb und zur Anmeldung eines Praxisverwaltungssystems finden Sie im Internet unter www.kvno.de W110720

Quartalsabrechnung mit der KV Nordrhein

Mögliche technische Verfahren, damit verbundene Kosten und Einsparungen

1. Datenträger-Abrechnung (Keine Online-Abrechnungspflicht in der KV Nordrhein!)

Technik / Verfahren	In der KV Nordrhein ist weiterhin die Abrechnung auf Datenträger möglich. Ab 1/2012 sind jedoch nur noch CDs oder DVDs als Datenträger für die Quartalsabrechnung erlaubt. Bis 4/2011 sind auch noch Disketten gestattet.
Kosten	Erstellung Datenträger: Keine zusätzlichen laufenden Kosten. Falls kein CD-/DVD-Brenner vorhanden, entstehen ggfs. Einrichtungskosten für das Brennen von CDs/DVDs.
Verwaltungskosten	2,6 %

2. Online-Abrechnung mit D2D

Datensicherheit: D2D ist mit der Landesdatenschutzbehörde NRW abgestimmt.

2.1 D2D mit ISDN-Direkteinwahl (ohne HBA-Signatur)

Technik / Verfahren	Die D2D-Übermittlung erfolgt mit einer Telefonverbindung über einen ISDN-Anschluss (EURO-ISDN erforderlich). Der Praxis-PC wird über einen ISDN-Router mit dem Telefonanschluss verbunden. Es wird keine Internetverbindung aufgebaut! Einige PVS bieten diese Lösung nicht an. Für diese Anwender gibt es eine kostenpflichtige Alternative: MCC-PaDok (www.gmc-systems.de). Die Gesamtaufstellung wird handunterschieden in papierener Form eingereicht.
Kosten	Übermittlung: Keine laufenden Kosten. Übermittlungskosten gering. Einmalkosten ab ca. 200€ für den ISDN-Router
Verwaltungskosten	2,5 %; Ersparnis p.a. bei Jahresumsatz von 170.000 € 170 €

2.2 D2D mit ISDN-Direkteinwahl (mit HBA-Signatur auf eGesamtaufstellung)

Technik / Verfahren	Verbindung zur KV Nordrhein wie unter 2.1. Zusätzlich zur Abrechnungsdatei wird die mit HBA signierte eGesamtaufstellung übermittelt. Alles Weitere wie bei 2.1.
Kosten	Übermittlung: Geringe lfd. Übermittlungskosten. Einmalkosten für ISDN-Router (siehe 2.1). HBA-Signatur: Zusätzliche laufende Kosten für HBA (mtl. 7,90-9,90€) und Einmalkosten für Signaturkomponenten (Kartenlesegerät+ Signatursoftware ca. 150€)
Verwaltungskosten	2,3%; Ersparnis p.a. bei Jahresumsatz von 170.000 € 510 €

2.3 D2D mit KV-SafeNet (ohne HBA-Signatur)

Technik / Verfahren	Die Übermittlung der Abrechnungsdatei erfolgt mit D2D über eine KV-SafeNet-Verbindung. Die Gesamtaufstellung wird handunterschieden in papierener Form eingereicht.
Kosten	Übermittlung: Laufende zusätzliche Kosten für den KV-SafeNet-Zugang (ab ca. 18€mtl.) und Einmalkosten für den KV-SafeNet-Router (ab ca. 250€). Ggf. besondere Geschäftsmodelle von Softwarehäusern und/oder einzelner KV-Safenet-Provider (vgl. KBV-Listen http://www.kbv.de/23800.html)
Verwaltungskosten	2,5%; Ersparnis p.a. bei Jahresumsatz von 170.000 € 170 €

2.4	D2D mit KV-SafeNet (mit HBA-Signatur auf eGesamtaufstellung)
Technik / Verfahren	Die Übermittlung der Abrechnungsdatei erfolgt mit D2D über eine KV-SafeNet-Verbindung. Zusätzlich zur Abrechnungsdatei wird die mit HBA signierte eGesamtaufstellung übermittelt. Alternativ zum tiefen Einbau in die jeweils vorhandene Praxisverwaltungssoftware (PVS) gibt es eine PVS-unabhängige All-in-one-Lösung mit der DGNbox: (www.dgn.de/hba/)
Kosten	Übermittlung: Laufende zusätzliche Kosten für den KV-SafeNet-Zugang (ab ca. 18€ mtl.) und Einmalkosten für den KV-SafeNet-Router (ab ca. 250€). Ggf. besondere Geschäftsmodelle von Softwarehäusern und/oder einzelner KV-Safenet-Provider (vgl. KBV-Listen auf http://www.kbv.de/23800.html). HBA-Signatur: Zusätzliche Kosten für HBA-Signatur wie unter Punkt 2.2
Verwaltungskosten	2,3% ; Ersparnis p.a. bei Jahresumsatz von 170.000 €: 510 €

3. Online über KVNO-Portal mit KV-SafeNet

Datensicherheit: KV-SafeNet ist mit der Landesdatenschutzbehörde NRW abgestimmt

Technik / Verfahren	Es ist ein KV-SafeNet-Zugang erforderlich. Über diese sichere Verbindung erfolgt eine Einwahl in das KVNO-Portal; die Abrechnungsdatei wird dort hochgeladen. Die HBA-Signatur der eGesamtaufstellung ist zurzeit noch nicht möglich.
Kosten	Laufende zusätzliche Kosten für den KV-SafeNet-Zugang (ab ca. 18 € mtl.) und Einmalkosten für den KV-SafeNet-Router (ab ca. 250 €). Ggf. besondere Geschäftsmodelle einzelner KV-Safenet-Provider (vgl. KBV-Listen auf http://www.kbv.de/23800.html)
Verwaltungskosten	2,5% ; Ersparnis p.a. bei Jahresumsatz von 170.000 €: 170 €

Ausführliche Informationen: (www.kvno.de, <http://onlineabrechnung.kvno.de>)

- Richtlinie „IT gestützte Quartalsabrechnung“
(http://www.kvno.de/downloads/it_praxis/IT-Richtlinie.pdf)
- Merkblatt „Online-Abrechnung mit der KV Nordrhein“
(http://www.kvno.de/downloads/it_praxis/d2d_abrech_arzt.pdf)



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. Für diesen Dienst benötigen Sie einen Anschluss an das KV-SafeNet.
 - **Abrechnungsunterlagen** Greifen Sie bereits vor dem Versand auf die Abrechnungsunterlagen Ihrer Praxis zu. Auch die Unterlagen der vergangenen Quartale stehen für Sie online bereit.
 - **Kennzahlen** Tabellarisch und grafisch aufbereitete Auswertungen aus der Honorarabrechnung; darunter Ihre Fallzahlen, Diagnosen und Ihr Leistungsspektrum – inklusive der Abweichungen vom Vergleichsgruppendurchschnitt.
 - **Honorarauswertung** Als Partner in einer Berufsausübungsgemeinschaft oder eines Medizinischen Versorgungszentrums können Sie (gegen Gebühr) den Anteil am Honorar, Leistungsbedarf und an den Behandlungsfällen je Mitglied abrufen. Aber nur, wenn alle Partner dem zustimmen.
 - **eQualitätszirkel** Dieser Dienst unterstützt Moderatoren bei der Vor- und Nachbereitung von Qualitätszirkeln und bietet für alle Teilnehmer eine elektronische Informations- und Kommunikationsplattform.
 - **eDokumentationen** Geben Sie Ihre Dokumentation für das Hautkrebs-Screening oder zytologische Untersuchungen einfach online ein; das Senden auf Diskette oder CD entfällt.
 - **Vordrucke** Alle Vordrucke, die Sie für die Praxis benötigen, 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

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

Danaergeschenk für die Fachärzte?

Wird der aktuelle Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes Realität, dann steht die ambulante fachärztliche Versorgung vor einer Zäsur. Für einen Teil des fachärztlichen Leistungsspektrums soll ein völlig neuer Rechts- und Organisationsrahmen geschaffen werden.

Die gesundheitspolitischen Spitzen der Regierungskoalition sind davon überzeugt, mit der neuen spezialärztlichen Versorgung einen großen Wurf zu landen. Ihr erklärtes Ziel ist der Einstieg in eine Versorgung ohne Sektorengrenzen. Ihr Weg dorthin führt über eine neue Versorgungsebene, in der Niedergelassene und Krankenhausärzte gleichermaßen und unter annähernd den selben Bedingungen tätig sind.

Es ist kein Zufall, dass all dies im neu gefassten Paragraphen 116b des fünften Sozialgesetzbuchs geregelt wird. Denn das Leistungsspektrum der künftigen spezialärztlichen Versorgung folgt weitgehend dem „alten“ Paragraphen 116b, in dem Ulla Schmidt 2009 die Öffnung der Kliniken für bestimmte ambulante Leistungen durchgesetzt hat. Dabei geht es um

- hochspezialisierte Erkrankungen
- seltene Erkrankungen
- Erkrankungen mit besonderen Verläufen, darunter Krebserkrankungen

Hinzu kommen nun ambulante Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe soweit der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sie der neuen Versorgungsebene zuordnen wird. Nach ersten Schätzungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung könnten künftig 16 Prozent aller ambulanten Leistungen unter die neue Versorgungsrubrik fallen.

In der spezialärztlichen Versorgung ändert sich gegenüber der etablierten fachärztlichen Versorgung nahezu alles:

- Nicht mehr die vertragsärztliche Zulassung, sondern eine Genehmigung durch die „zuständige Landesbe-

hörde“ regelt den Zugang der Fachärzte zur neuen Versorgungsebene.

- Die Behörde prüft nur die Qualifikation, nicht jedoch den Versorgungsbedarf.
- Der G-BA bestimmt weitgehend die Spielregeln der spezialärztlichen Versorgung. Dies gilt für den Leistungskatalog ebenso wie für die Qualitätssicherung und schließlich die Schnittstellen zur übrigen Versorgung, zum Beispiel Überweisungserfordernisse.
- Die Krankenkassen zahlen die Vergütung unmittelbar. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird entsprechend bereinigt.
- Die Kassen führen auch die Wirtschaftlichkeitsprüfung durch; hierzu können sie eine Arbeitsgemeinschaft beauftragen.
- Nach einer Übergangsphase, in der nach EBM abgerechnet wird, kommt eine neue, einheitliche Gebührenordnung, die die „spezifischen Investitionsbedingungen“ zu berücksichtigen hat. Dieser Passus zielt auf einen Vergütungsabschlag, soweit die Leistung von (öffentlich geförderten) Krankenhäusern erbracht wird. Bis dahin dürfen die Kassen fünf Prozent der Vergütung einbehalten, wenn Kliniken die Leistungen erbringen.

Kommt das Gesetz in dieser Form, wird sich zeigen, ob die spezialärztliche Versorgung den Fachärzten eine zusätzliche Perspektive öffnet, oder ob sie für die Betroffenen eher ein Danaergeschenk ist.

Viele Risiken

Der Wunsch nach Überwindung der Sektorengrenzen könnte sich ins Gegenteil verkehren: Mit der spezialärzt-

lichen Versorgung könnte ein zusätzlicher Sektor entstehen, zwischen der ambulanten fachärztlichen und der stationären Versorgung. Eine weitere Segmentierung könnte bedeuten: Neue Schnittstellen- und Übergangsprobleme, mehr Bürokratie und Intransparenz und schließlich parallele, möglicherweise sogar abweichende Standards in der Qualitätssicherung und nicht zuletzt unterschiedliche Honorare.

Eines ist klar: Die KVen spielen im neuen Versorgungssegment praktisch keine Rolle mehr. Dies könnte ihnen die Wahrnehmung ihrer Ordnungs- und Sicherstellungsfunktion erschweren und in Teilen sogar unmöglich machen.

Völlig ungelöst erscheint zudem der innere Widerspruch des Versorgungsgesetzes mit Blick auf die künftige Bedarfs- und Versorgungssteuerung: Während die ambulante Regelversorgung künftig einer stringenten Orientierung am (lokalen) Versorgungsbedarf unterliegt, gilt in der spezialärztlichen Versorgung: „Jeder darf, der kann...“

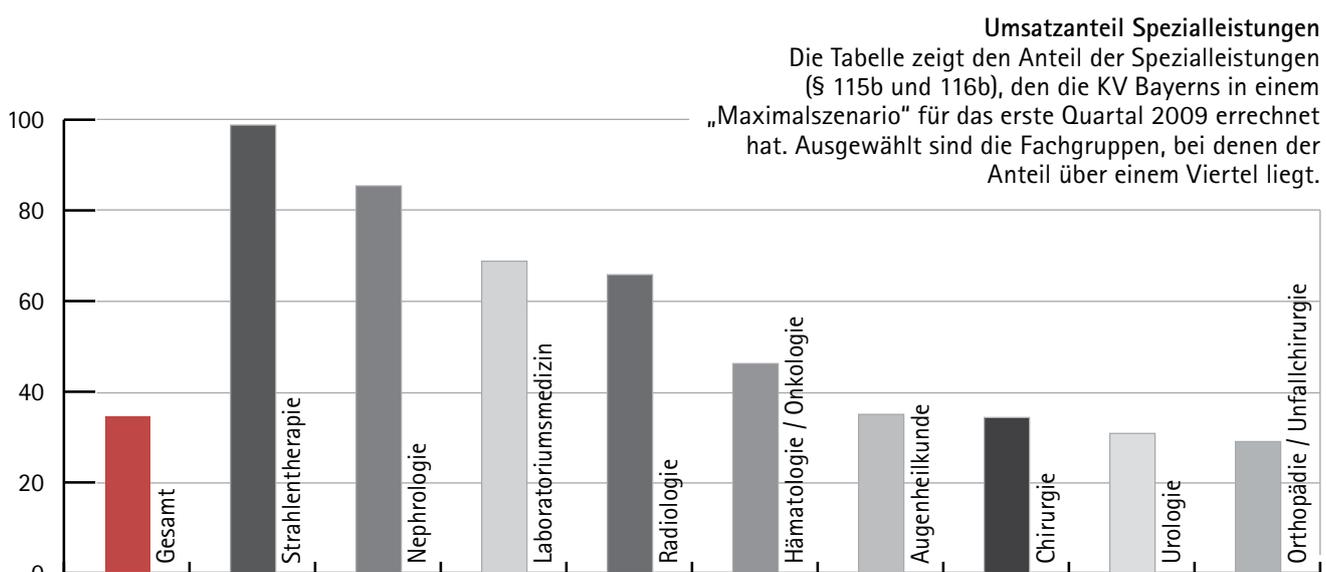
Auch der Vergütungsabschlag für Leistungen, die in Krankenhäusern erbracht werden, könnte sich längerfristig als Bumerang für die Niedergelassenen erweisen. Schließlich wäre der Rabatt ein handfester Anreiz für die Krankenkassen, ihre Versicherten dorthin zu „steuern“, wo die Leistung billiger zu haben ist: nämlich im Krankenhaus.

Spezialärztliche Versorgung: Umfang unklar

Welche Leistungen, Ärzte und Patienten künftig in den Bereich der spezialärztlichen Versorgung fallen, ist noch unklar. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll dies festlegen, was nach Ansicht von Dr. Andreas Köhler, dem Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, kaum vor dem 1. April 2014 passieren werde.

ein Maximalszenario für die Leistungen der Paragraphen 115b und 116b des fünften Sozialgesetzbuchs durchgerechnet. Der Anteil der Spezialleistungen könnte nach dieser Hochrechnung bis zu 34,5 Prozent des Gesamtumsatzes ausmachen. Klar ist: Die spezialärztliche Versorgung ist alles andere als eine „Spielwiese“.

Köhler geht davon aus, dass rund 16 Prozent des Leistungsbedarfs in diesen Bereich fallen. Die KV Bayerns hat



Quelle: KV Bayerns

Wann muss ich Praxisgebühr-Quittungen anerkennen?

Bei den Serviceteams der KV Nordrhein gehen pro Monat rund 7.000 Anrufe, Faxe und E-Mails ein. Im Juni fragten viele Praxen nach Regelungen im Zusammenhang mit der Praxisgebühr und dem Umgang mit Überweisungsscheinen.

Kann ich die Praxisgebühr-Quittung von einem anderen Arzt in der Regelversorgung anerkennen?

Grundsätzlich zahlt ein Patient beim ersten Praxiskontakt im Quartal die Praxisgebühr oder er legt Ihnen eine Überweisung vor. Es gibt aber Ausnahmen. Die Quittung können Sie anerkennen und auf das Einziehen der Praxisgebühr verzichten in folgenden Fällen:

- im Vertreterfall; der Vertreter erkennt die Quittung des vertretenen Arztes an und umgekehrt
- wenn die Quittung von einem Psychologischen Psychotherapeuten ausgestellt wurde
- wenn die Quittung im Rahmen einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus ausgestellt wurde

Übrigens: Eine Überweisung innerhalb derselben Arztgruppe ist nur möglich zur Inanspruchnahme besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten, die der Arzt selber nicht macht. Eine Überweisung ist auch möglich beim Wechsel des Aufenthaltsortes des Patienten oder zur Weiterführung einer begonnenen Behandlung.

Muss ich die Praxisgebühr erstatten, wenn ein Patient nachträglich eine Überweisung vorlegt?

Im laufenden Quartal können Sie eine nachträglich vorgelegte Überweisung annehmen und die vom Patienten gezahlte Praxisgebühr erstatten. Sie sind dazu aber durch die Bundesmantelverträge nicht verpflichtet (siehe Paragraf 18, Abs. 1 BMV-Ä oder Paragraf 21, Abs. 1 BMV-Ärzte/Ersatzkassen).

Ein Patient kommt mit einer Überweisung in die Vertretung. Soll ich diese annehmen?

Haben Sie Vertretung und es kommt ein Patient mit einer Überweisung in die Vertretung, so nehmen Sie diese bitte nicht an. Da es eine Vertretung ist, rechnen Sie bitte auf Muster 19 (Urlaubs-/Krankheitsvertretung) ab und tragen die Symbolnummer 80033 ein. Die Überweisung benötigt der Arzt, den Sie vertreten, damit er weiterbehandeln und abrechnen kann.

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



Praxis und Familie vereinbaren – Tipps und gute Beispiele

Wer neben der Patientenversorgung noch ausreichend Zeit für Kinder, Freunde und Verwandte haben möchte, muss seinen Alltag gut organisieren. Ein Patentrezept gibt es nicht. Dafür aber jede Menge guter Beispiele. Die hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf der Website www.praxis-und-familie.de eingestellt, die seit Mai online ist.

Dort berichten Ärzte, Psychotherapeuten und Medizinische Fachangestellte, wie sie Beruf und Familie miteinander vereinbaren oder ihre Praxis familienfreundlich gestalten. In der Rubrik „Arbeitsplatz Praxis“ finden Besucher der Seite unter anderem Infos über Arbeitszeit, Elternzeit oder Zulassung. In der Rubrik „Unternehmen Praxis“ erfahren Arbeitgeber, wie sie mit einfachen Mitteln eine familienfreundliche Atmosphäre schaffen können. Und wie man nach einer beruflichen Auszeit schnell in den Praxisalltag einsteigen kann, darüber informiert die Rubrik „Wiedereinstieg“.

Außerdem hat die KBV jüngst unter dem Titel „Beruf und Familie verbinden: Wie sieht das in der Praxis aus?“



Im Internet und in einer Broschüre zeigt die KBV Wege zur Vereinbarkeit von Praxis und Familie.

eine Broschüre herausgegeben, die zum Beispiel die unterschiedlichen Praxisformen und familienfreundliche Notdienstregelungen vorstellt.

Das 28-seitige Heft können Sie per E-Mail anfordern: familie@kbv.de oder im Internet herunterladen: www.praxis-und-familie.de [KW110728](#)

Medizinische Fachangestellte: Zurück in den Job

Nach einer Familienpause zurück in die Praxis? Das fällt mancher Medizinischen Fachangestellten schwer, denn die Anforderungen haben sich in den vergangenen Jahren stark verändert. Das „Praxistraining für Medizinische Fachangestellte“, das das mibeg-Institut in Kooperation mit der KV Nordrhein anbietet, erleichtert den Wiedereinstieg.

Die Weiterbildung findet in Teilzeit statt und dauert sechs Monate: vier Monate Fortbildung und zwei Monate Praxis. Neben medizinischem Fachwissen stehen Verwaltungs- und EDV-Themen im Mittelpunkt, die unabdingbar sind für eine moderne Praxisführung. Ein Schwerpunkt

ist das Erlernen und Vertiefen des EDV-gestützten Abrechnungsmanagements.

Das Seminar vermittelt aber auch soziale Kompetenzen zur professionellen Betreuung der Patienten. Denn gut geschulte, motivierte und engagierte Medizinische Fachangestellte sind eine wichtige Visitenkarte einer Arztpraxis.

Die nächste Weiterbildung startet am 15. September 2011 in Köln. Die Seminargebühren können bei Vorliegen der nötigen Voraussetzungen vollständig gefördert werden.

Mehr Infos im Internet unter www.mibeg.de [KW110728](#)

KV-on: Über 100 Videos für die Praxis

Seit gut einem Jahr gibt es die Video-Plattform der Kassenärztlichen Vereinigungen im Internet. Hier finden sich inzwischen mehr als 100 Videos zu verschiedenen Themen aus der Gesundheitspolitik, darunter etliche Filme mit konkreten Informationen für den Praxisalltag, zum Beispiel Tipps zum Impfen, Anmerkungen zum Versorgungsstrukturgesetz und Hinweise zur Elternzeit für Niedergelassene.

Benutzer der Seite können die Videos bewerten, Themen anregen und den Video-Newsletter abonnieren, um immer über die aktuellsten Filme informiert zu werden.

Die Plattform finden Sie unter www.kv-on.de

Das Web-TV der Kassenärztlichen Vereinigungen erreichen Sie auch über die Homepage der KV Nordrhein. [KV110729](http://www.kv110729.de)

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Qualitätszirkel Allgemeinmedizin und Universitätskliniken Bonn

Thema KHK: Medikamente / Revaskularisierung
Kontakt Prof. Dr. Georg Nickenig
 Dr. Klaus Weckbecker
 Telefon 0228 287 111 56
 Telefax 0228 287 111 60
Termin 14. September 2011
Ort Uni Bonn, Lehrgebäude Raum 6

Thema COPD 2011: Standards und Innovationen
Kontakt PD Dr. Dirk Skowasch
 Dr. Klaus Weckbecker
 Telefon 0228 287 111 56
 Telefax 0228 287 111 60
Termin 23. November 2011
Ort Uni Bonn, Lehrgebäude Raum 6

Kontakt

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

Infomarkt für Medizinische Fachangestellte

Infomärkte für Ärzte und Psychotherapeuten bietet die KV Nordrhein schon seit Jahren an. Jetzt findet in Düsseldorf der zweite Infomarkt für Medizinische Fachangestellte statt. Experten der KV Nordrhein stehen für Fragen unter anderem zu folgenden Themen bereit:

- Struktur und Aufgaben der KVNO
- IGe-Leistungen
- Abrechnungsverlauf
- Vorstellung Internetauftritt der KVNO

Infostände

- Impfungen
- Toleranzgrenzen
- Palliativ-/DMP-Verträge
- Qualitätsmanagement
- Hilfsmittel
- Arznei- und Heilmittel
- D2D-Abrechnung

Termin 14. September 2011, 13 bis 17 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Eine Anmeldung ist nicht nötig.

Sicher kommunizieren in schwierigen Situationen

Eine positiv empfundene Kommunikation mit dem Patienten unterstreicht das besondere Vertrauensverhältnis, das Sie zum Patienten haben. Dies gilt besonders in schwierigen Gesprächssituationen. Gerade dann kommt es darauf an, richtig und angemessen zu reagieren und die rechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten.

In dem Kurs „Sicher handeln und kommunizieren in schwierigen Situationen in der Praxis“ werden schwierige Gesprächssituationen aus dem Praxisalltag in Videos dargestellt und mit den Teilnehmern diskutiert. Basierend

auf der erstellten Fallanalyse erarbeiten die Teilnehmer Lösungsansätze und Verbesserungsmöglichkeiten.

Der Kurs richtet sich an Ärzte in Praxen (aber auch in Kliniken), die ihre Professionalität im Umgang mit Patienten in schwierigen Situationen, beispielsweise nach einem Zwischenfall oder Behandlungsfehlervorwurf, optimieren wollen.

Termin 16. und 17. September 2011
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
Eine Anmeldung ist nicht nötig.

Info und Anmeldung

Institut für Qualität im
Gesundheitswesen Nordrhein
Telefon 0211 4302 2751
Telefax 0211 4302 5751
E-Mail iqn@aekno.de

Termine

10.8.2011	KV Nordrhein – Fortbildung für MFA: „IGe-Leistungen“, Köln
17.8.2011	KV Nordrhein – Fortbildung für MFA: „Pharmakotherapie“, Düsseldorf
9.9.2011	KV Nordrhein – Fortbildung: „Moderatorenausbildung für Qualitätszirkel“, Düsseldorf
10.9.2011	KV Nordrhein – Fortbildung: „Moderatorenausbildung für Qualitätszirkel“, Düsseldorf
14.9.2011	Infomarkt der KV Nordrhein für MFA, Düsseldorf
14.9.2011	KV Nordrhein – Fortbildung für MFA: „Ambulantes Operieren“, Aachen
16.9.2011	KVNO-Forum: „Infektionen und ihre Rolle bei der Entstehung von Krebserkrankungen“, Düsseldorf
16. – 17.9.2011	IQN: „Sicher handeln und kommunizieren in schwierigen Situationen in der Praxis“, Düsseldorf
21.9.2011	KV Nordrhein – Fortbildung für MFA: „Abrechnung Hausärzte“, Köln
23.9.2011	Nordrheinische Akademie – Fortbildung: „Die erfolgreiche Praxisabgabe“, Köln
■ 23.9.2011	Vertreterversammlung der KV Nordrhein, Düsseldorf
28.9.2011	KV Nordrhein – Fortbildung für MFA: „Selbsthilfe“, Moers
30.9.2011	Nordrheinische Akademie – Fortbildung: „Die steuer- und sozialversicherungsrechtlichen Betriebsprüfungen“, Düsseldorf
1.10.2011	Nordrheinische Akademie – Fortbildung: „Exceleinführungskurs“ – auch für MFA, Düsseldorf
■ 5.10.2011	Infomarkt der KV Nordrhein, Düsseldorf
5.10.2011	Nordrheinische Akademie – Fortbildung für MFA: „Ambulantes Operieren (Gynäkologie)“, Düsseldorf
7.10.2011	Nordrheinische Akademie – Fortbildung: „IGeln für Fortgeschrittene“, Düsseldorf
8.10.2011	Nordrheinische Akademie – Fortbildung: „PowerPoint – Gestalten und Präsentieren medizinischer Vorträge“ – auch für MFA, Düsseldorf
12.10.2011	KV Nordrhein – Fortbildung: „Rational und rationell verordnen“, Düsseldorf
12.10.2011	KV Nordrhein – Fortbildung für MFA: „Selbsthilfe“, Troisdorf
12.10.2011	Nordrheinische Akademie – Fortbildung für MFA: „ Ambulantes Operieren (Gynäkologie), Köln
■ 12.10.2011	Kreisstellenversammlung der KV Nordrhein und Ärztekammer Duisburg mit dem Vorsitzenden der KBV, Dr. Andreas Köhler, Duisburg
14.10.2011	KVNO-Forum: „Vaskuläre und degenerative ZNS-Erkrankungen“, Düsseldorf
15.10.2011	Nordrheinische Akademie - Fortbildung: „Einführung in die medizinische Internetrecherche“ – auch für MFA, Düsseldorf
19.10.2011	KV Nordrhein – Fortbildung: „Honorarverteilung, Abrechnung, Regelleistungsvolumen“, Düsseldorf
19.10.2011	IQN: „Chirurgische Eingriffe im Handbereich – Indikation – Operationsmöglichkeiten und -grenzen – Nachsorge“, Düsseldorf
22.10.2011	KV Nordrhein – Fortbildung: Moderatorenausbildung für Qualitätszirkel“, Düsseldorf
26.10.2011	Nordrheinische Akademie – Fortbildung: „Praxisstrategie 2011/2012“, Düsseldorf
28.10.2011	Nordrheinische Akademie – Fortbildung: „Chronikerbetreuung in der Praxis“, Düsseldorf

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

Herausgeber:
Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Redaktion:
Frank Naundorf (verantwortlich)
Karin Hamacher

Redaktionsbeirat:
Dr. Peter Potthoff, Bernd Brautmeier,
Frank Naundorf

Druck:
Echo Verlag, Köln

Satz:
Merzhäuser | grafik+design, Bonn

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

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

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

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

**Formularversand
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: 22 200

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
ingesandte Manuskripte übernimmt die Redaktion keine Gewähr.

■ **SAPV:**
Die Teams
in Nordrhein

■ **Daten:**
Sicherung
in der Praxis

■ **Überblick:**
Krankenfahrten
richtig verordnen

■ **DocStop:**
Ärzte für
Fernfahrer

■ **Vorgestellt:**
Die beratenden
Fachausschüsse

**Die nächste Ausgabe von
KVNO aktuell erscheint
am 21. September 2011**

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

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

www.kvno.de



**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Gute Versorgung. Gut organisiert.