

1+2 | 2016

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

## Schwerpunkt

EBM | Erste GOP für telemedizinische Leistung

## Hintergrund

E-Health | Gesetz mit extrem ehrgeizigem Zeitplan

## Aktuell

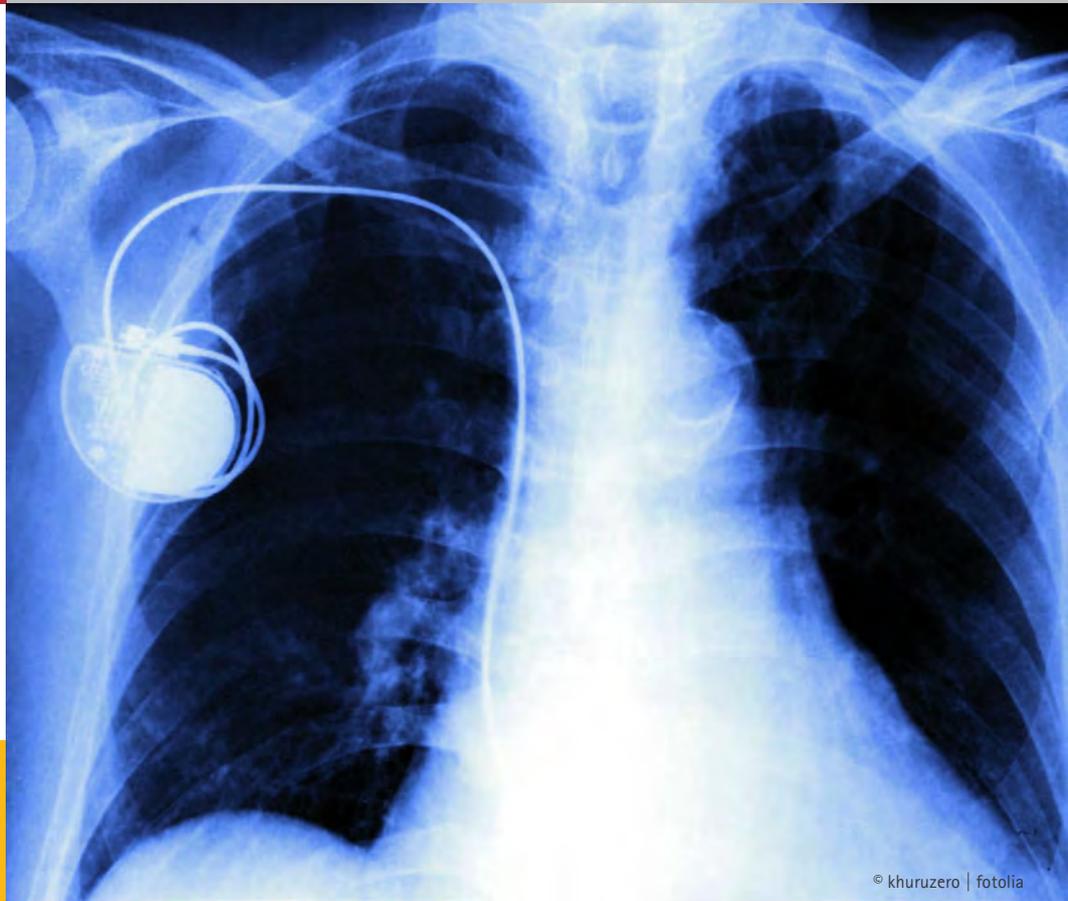
Newsletter | KVNO Ticker inhaltlich und optisch überarbeitet

## Verordnungsinfos

Arzneimittel | Richtgröße hängt vom Alter des Patienten ab

## Beilage

KVNO extra | Wahlen 2016: Nutzen Sie Ihr Wahlrecht



© khuruzero | fotolia



**Engagiert für Gesundheit.**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

# Inhalt

## Schwerpunkt

---

- 22 Telemedizin:  
„Das System gibt  
zusätzliche Sicherheit“

## Aktuell

---

- 5 Anti-Korruptionsgesetz:  
Stillstand nach Kritik
- 5 Pflegereform: Änderungen  
zum Jahreswechsel
- 7 Kodieren: Einfluss  
auf das Honorar
- 7 KVNO Ticker:  
Newsletter neu gestaltet
- 8 Psychotherapie  
besser bezahlt

## ■ Praxisinfo

---

- 10 EBM-Änderungen  
zum 1. Quartal 2016
- 11 eGK: Angabe von „unbe-  
stimmtem Geschlecht“
- 11 Kataraktvertrag mit den  
Betriebskrankenkassen
- 11 IVOM-Vertrag mit den  
Betriebskrankenkassen
- 12 Impfausweise:  
Bestände aufbrauchen
- 12 BKK DKM kündigt  
Satzungsimpfungen
- 12 Änderungen an Impfstoff-  
und SSB-Vereinbarung
- 13 TK-Betreuungsstruktur-  
vertrag: ICD-10-Codes
- 13 EGK für Asylbewerber

- 14 Asylbewerber-Versorgung  
in Essen aktualisiert
- 15 Zuzahlungsbeträge bei  
neurophysiologischen  
Behandlungen
- 15 Knappschaft zahlt  
künstliche Befruchtung
- 15 Bestimmung der Seh-  
schärfe ist Kassenleistung
- 16 Richtige Verordnung von  
häuslicher Krankenpflege
- 16 BKK family fusioniert  
mit BKK ProVita
- 16 GOP 01701 richtig  
abrechnen
- 17 Neuregelung Krankengeld  
und AU-Bescheinigung

## ■ Verordnungsinfo

---

- 18 Alter bestimmt  
die Richtgröße
- 19 Arzneien für Asylbewerber:  
neue Kostenträger
- 20 Kassen stellen Anträge  
auf sonstigen Schaden
- 21 Neuer Abrechner  
Sprechstundenbedarf
- 21 Keine Verordnungen bei  
stationären Aufenthalten

## Hintergrund

---

- 22 E-Health-Gesetz in Kraft  
Zuckerbrot & Peitsche

## Berichte

---

- 26 Terminservice:  
Fragen und Antworten
- 26 1.800 Terminangebote  
zum Start
- 30 Versorgung auf  
hohem Niveau
- 32 KV-Connect für den  
Datenaustausch
- 34 Alltag mit Diabetes –  
ohne Medikamente
- 35 ARZ Duisburg: Jahres-  
beginn mit Hindernissen
- 35 Arthroskopie bei Gonar-  
throse eingeschränkt

## Service

---

- 37 Ausfüllhilfe: AU-Richtlinie  
und AU-Formulare

## In Kürze

---

- 39 BundesArztsuche-App  
mit mehr Funktionen
- 39 Me-too-Liste aktualisiert
- 39 Prostataoperation mit  
Holmium-Laser im EBM
- 41 Neue EBM-Version  
online verfügbar
- 41 Qualitätszirkel suchen  
Mitglieder



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

wenn Sie diese Zeilen lesen, ist unsere Termin-Servicestelle schon seit Wochen dabei, Patienten Facharzttermine zu vermitteln. Der Start ist geschafft. Wir sind nach wie vor der Meinung, dass eine solche Servicestelle nicht erforderlich ist und voraussichtlich nur wenigen Patienten wirklich nutzen wird.

Gleichwohl sind wir gesetzlich verpflichtet, den Service zu etablieren. Wir möchten uns daher bei allen Fachärzten bedanken, die uns Termine gemeldet haben. Damit die Termin-Servicestelle auf Dauer arbeitsfähig ist, werden wir Sie weiterhin bitten, uns freie Termine mitzuteilen. Denn wir alle wollen verhindern, dass wir Behandlungstermine mit den Kliniken vereinbaren müssen, die von der Gesamtheit der Fachärzte in Nordrhein zu bezahlen sind.

Während wir darauf zumindest Einfluss nehmen können, nimmt uns die Politik an anderer Stelle das Ruder komplett aus der Hand: Mit dem noch im alten Jahr verabschiedeten „E-Health-Gesetz“, dem für Ihre künftige tägliche Arbeit folgenreichsten Projekt der Großen Koalition, soll flächendeckend eine sichere Telematikinfrastruktur geschaffen werden.

Die Politik setzt dabei auf Anreize, feste Fristen und Termine, vor allem aber auf Sanktionen. Das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) soll bis Juni dieses Jahres als Onlinedienst flächendeckend laufen. Ab Juli 2018 sind alle Ärzte zur Onlineprüfung der Daten verpflichtet, wer nicht mitmacht, muss mit Honorarabschlägen rechnen.

Ab Oktober dieses Jahres haben Patienten Anspruch auf einen „Medikationsplan“, wenn ihnen drei oder mehr Medikamente gleichzeitig verordnet werden. Zunächst gibt es den Medikationsplan in Papierform, ab 2019 elektronisch. Mit dem elektronischen Arztbrief wird ab 2018 der elektronische Heilberufsausweis (eHBA) zur Pflicht. Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) soll künftig unter anderem Notfalldaten speichern und ab 2019 als vollständige Patientenakte dienen.

Einige dieser Schritte sind sinnvoll. Manche sogar überfällig. Aber: Einiges scheint mit heißer Nadel gestrickt. Und mancher vermeintliche Fortschritt – Stichwort VSDM – ist mit zusätzlicher Bürokratie zu unseren Lasten teuer erkaufte.

Herzliche Grüße

Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur.  
Vorsitzender

Bernhard Brautmeier  
Stellvertretender Vorsitzender

## „Das System gibt zusätzliche Sicherheit“

Die erste telemedizinische Leistung wurde in den EBM aufgenommen: Ab dem 1. April 2016 können Internisten sowie Kinder- und Jugendmediziner mit Schwerpunkt Kardiologie die neuen Ziffern abrechnen. Was für manche nach der Überwachung aus George Orwells Roman „1984“ klingt, ist für andere ein großer medizinischer Fortschritt. Egal, welche Meinung über die Telemedizin herrscht: In Deutschland ist die Technik bereits jetzt in den Alltag einiger Arztpraxen eingezogen.



© Swapan | fotolia

Für die Kontrolle von Patienten mit ICD- und CRT-Systemen gibt es ab dem 1. April 2016 eine telemedizinische Leistung im EBM. Herzschrittmacherpatienten sollen folgen.

Dr. Ingo Bläse, Kardiologe aus Düsseldorf, sieht in der modernen Technik vor allem große Vorteile. Die Mehrheit der etwa 100 Patienten in seiner Praxis, die telemedizinisch kontrolliert werden, sind Patienten mit ICD- oder CRT-Systemen. ICD steht für implantierbarer Kardioverter-Defibrillator. CRT bedeutet kardiale Resynchronisationstherapie. In beiden Fällen erkennt das implantierte Gerät einen drohenden plötzlichen Herztod und versetzt dem Patienten einen starken Stromschlag, um das Herz wieder in einen gleichmäßigen Rhythmus zu bringen.

„Sollte bei einem solchen Gerät eine Fehlfunktion auftreten, könnte das für den Patienten

verheerende Folgen haben“, sagt Bläse. „Ich hatte bereits mehrfach Patienten mit Elektrodendefekten.“ Dies konnte er aufgrund der Daten erkennen, die ihm das Gerät geschickt hat. „In einem speziellen Fall habe ich daraufhin den Patienten angerufen und ihn direkt ins Krankenhaus geschickt, damit die Elektrode ausgetauscht werden kann, bevor es zu einer Fehlfunktion des Systems kommt.“ Etwas komisch sei das im Krankenhaus schon angekommen. „Die Kollegen haben dann aber in den Untersuchungen ebenfalls festgestellt, dass die Elektrode dringend ausgetauscht werden musste. Wäre sie nicht ausgetauscht worden, hätte der Patient einen Schlag erhalten können, der gegebenenfalls tödlich hätte enden können.“

### Übertragung erfolgt nachts

Solche Vorfälle sind natürlich nicht die Regel, dennoch beweisen sie für Bläse den ganz entscheidenden Vorteil der telemedizinischen Kontrolle: zusätzliche Sicherheit. Der zweite Vorteil der Technik spielt in seinem Alltag eher eine untergeordnete Rolle: die Zeit- und Aufwandsersparnis durch die Fernüberwachung. Dieser Aspekt sei eher auf dem Land relevant oder für sehr kranke und immobile Herzschrittmacherpatienten, erklärt der Kardiologe. Die Zahl der telemedizinisch überwachten Schrittmacherpatienten in seiner Praxis sei jedoch recht gering.

Ein weiterer Vorteil ist außerdem die leichte Handhabbarkeit. Um bei den Patienten die Da-

ten der Geräte auslesen zu können, benötigen sie daheim einen Patientenmonitor. Dieser muss etwa zwei bis drei Meter neben dem Bett stehen. „Ich frage die Patienten, wann sie für gewöhnlich spätestens im Bett sind, und sage dem System dementsprechend, wann es nachts die Daten auslesen soll. Bei einem Bäcker sind das andere Zeiten als bei einem Dachdecker“, erklärt Bläse. Die Daten werden dann jede Nacht zur gleichen Zeit verschlüsselt über die Internetverbindung an das Rechenzentrum des Herstellers gesendet und ausgewertet. „Überschreiten die gemessenen Werte die für jeden Patienten individuell festgelegten Grenzwerte, schickt mir das System automatisch eine Meldung per E-Mail“, erzählt Bläse weiter. „Dann muss ich nur auf den ge-

nerierten Link in der E-Mail klicken, mich mit meinen Zugangsdaten einloggen und sehe, wieso das System Alarm geschlagen hat.“

Jeden Morgen – auch am Wochenende und an den Feiertagen – schauen Bläse oder einer seiner Kollegen in die E-Mails. Hilfe bekommen die Ärzte durch die speziell weitergebildete Medizinische Fachangestellte Jessica Stahl. Diese Art der Überwachung finden etwa 90 Prozent seiner Patienten in Ordnung und die zusätzliche Sicherheit toll. Die anderen zehn Prozent seien dem Ganzen gegenüber eher skeptisch. „Obwohl prinzipiell über das Mobilnetz verschickte Daten nicht hundertprozentig sicher sind, glaube ich, dass für die meisten Patienten der Vorteil der zusätzlichen

## Neue EBM-Ziffern ab 1. April 2016

Gebührenordnungsposition (GOP)	Bezeichnung	Inhalt/Änderungen	Punkte
01438 (neu)	Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten im Zusammenhang mit der GOP 04417 oder 13554	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ maximal drei Mal im Krankheitsfall (vier Quartale) berechnungsfähig</li> <li>■ auch neben Versicherten- und Grundpauschalen berechnungsfähig</li> </ul>	88
13554 (neu)	Telemedizinische Kontrolle eines implantierten Kardioverters/Defibrillators und/oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ maximal fünf Mal im Krankheitsfall (vier Quartale) berechnungsfähig</li> <li>■ setzt im Krankheitsfall mindestens eine Funktionsanalyse gemäß der GOP 13552 voraus</li> <li>■ neue Genehmigung spätestens ab 01.01.2017 notwendig</li> </ul>	279
04417 (neu)	Telemedizinische Kontrolle eines implantierten Kardioverters/Defibrillators und/oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ maximal fünf Mal im Krankheitsfall (vier Quartale) berechnungsfähig</li> <li>■ setzt im Krankheitsfall mindestens eine Funktionsanalyse gemäß der GOP 04418 voraus</li> <li>■ neue Genehmigung spätestens ab 01.01.2017 notwendig</li> </ul>	511
13552	Kontrolle eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters/Defibrillators und/oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ maximal fünf Mal im Krankheitsfall (vier Quartale) berechnungsfähig</li> <li>■ persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig</li> <li>■ Textabschnitt „auch mittels telemetrischer Abfrage“ gestrichen</li> </ul>	279
04418	Kontrolle eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters/Defibrillators und/oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ maximal fünf Mal im Krankheitsfall (vier Quartale) berechnungsfähig</li> <li>■ persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig</li> <li>■ Textabschnitt „auch mittels telemetrischer Abfrage“ gestrichen</li> </ul>	511

Sicherheit zählt. Auch objektiv ist der Nutzen der telemedizinischen Kontrollen durch Studien schon lange belegt und sollte mittlerweile eigentlich Standard sein", erläutert Bläse.

Bevor die Datenübertragung freigeschaltet wird, wird den Patienten das genaue Vorgehen erklärt und sie müssen der Weiterleitung ihrer Daten schriftlich zustimmen. „Bei der Aufklärung weise ich die Patienten auch explizit darauf hin, dass es kein Notfall-Tool ist. Ich schaue mir die E-Mails morgens an und bestelle den Patienten bei gewissen Vorkommnissen ein oder schicke ihn gleich ins Krankenhaus", stellt Bläse klar. Eine Reaktionszeit von weniger als 48 Stunden ist jederzeit sichergestellt. Am Tag erreichen ihn manchmal keine und manchmal bis zu zehn E-Mails. Darunter fallen zumeist auch die monatlichen Routineberichte.

Die Kosten für den Patientenmonitor und die Datenflatrate für die gesamte Funktionsdauer des Aggregates betragen laut Bläse knapp 2.000 Euro. „In den allermeisten Fällen lehnen es die Krankenkassen jedoch ab, diese Kosten zu tragen", erzählt er. Für ihn selbst sei das Ganze finanziell eher uninteressant. „Das ist ein Hobby, weil ich die Technik für innovativ und wichtig halte", erklärt er. „Wir machen das bereits seit fast zehn Jahren und waren unter den Ersten."

Dr. Ingo Bläse (links) und Jessica Stahl sehen in den telemedizinischen Kontrollen große Vorteile.



Die Neuerungen im EBM, die zum 1. April 2016 gelten, sieht Bläse eher kritisch: „Wir werden die neue Telemedizin-Ziffer selbstverständlich abrechnen, jedoch ist das für uns mehr bürokratischer Aufwand als wirklicher Nutzen." Da sie nur fünf Mal im Krankheitsfall, also in vier aufeinanderfolgenden Quartalen, abrechenbar ist, bilde sie die tägliche Überwachung der Patienten in seiner Praxis nicht ab.

Außerdem kritisiert er die Herausnahme der Herzschrittmacher-Patienten aus der neuen EBM-Ziffer. Die meist schwer kranken Patienten, die zum Teil im Pflegeheim leben, müssen nun wieder in die Praxen gebracht werden. „Das befeuert nur den Krankentransport-tourismus – mehr nicht", sagt Bläse.

### Weniger Schutz, mehr Aufwand

Auch sein Kollege Dr. Andreas Streeck, Kardiologe aus Remscheid, freut sich nicht über die erste telemedizinische Leistung, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Krankenkassen beschlossen haben. „Wenn das so kommt, müssen wir uns erheblich umstellen, weil wir Schrittmacherpatienten haben, die wir telemedizinisch überwachen. Diese Patienten müssen wir nun anrufen und ihnen sagen, dass sie künftig wieder für jede Kontrolle in die Praxis kommen müssen." Streeck kontrolliert Patienten mit Herzschrittmachern halbjährlich. „Damit fällt eine diagnostische Maßnahme weg, die für uns und die Patienten wichtig ist", erläutert Streeck. Bei ihm sind unter seinen etwa 70 telemedizinisch überwachten Patienten 20 mit Herzschrittmachern.

Dr. Ingo Bläse betrachtet den Wegfall des für ihn wichtigsten Nutzens der Technologie ebenfalls mit großer Sorge: „Wenn Patienten nur noch alle drei Monate überwacht werden oder gar nur ein Mal im Jahr in die Praxis kommen, haben sie mehr Aufwand, aber durch die fehlende telemedizinische Überwachung auch weniger Schutz." ■ MARSCHA EDMONDS

## Anti-Korruptionsgesetz: Stillstand nach Kritik

Beim Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen gibt es erheblichen Nachbesserungsbedarf. Mit einem Inkrafttreten des Anti-Korruptionsgesetzes ist nun frühestens Mitte 2016 zu rechnen. Auslöser für den zwischenzeitlichen Stillstand im parlamentarischen Prozess sind unter anderem die Äußerungen der Sachverständigen in der Anhörung im Rechtsausschuss des Bundestages.

Der Deutschen Richterbund beispielsweise monierte, dass die im Gesetzesentwurf vorgesehenen Regelungen zur Strafbarkeit bei Verstößen gegen die Berufsausübungspflichten zu unklar seien. Der Richterbund wies auch darauf hin, dass bei Bestechung und Bestechlichkeit immer eine Unrechtsvereinbarung nachgewiesen werden müsse, also dass Leistung und Gegenleistung abgesprochen seien. Dieser Tatnachweis sei beson-

ders wegen der ärztlichen Schweigepflicht sehr schwer zu führen.

Auch die Kritik aus den ärztlichen Verbänden und Körperschaften wirkte: So betonten jüngst mehrere CDU-Parlamentarier, dass das Gesetz auf keinen Fall notwendige und gewünschte Kooperationen im Gesundheitswesen behindern dürfe.

Zudem müsse auch möglichst klar geregelt werden, welches konkrete Verhalten sanktionswürdig und strafbar sei und welches nicht. Damit griffen die Parlamentarier unter anderem Forderungen der Bundesärztekammer auf. Deren Präsident Frank Ulrich Montgomery hatte bei der Anhörung verlangt, dass die Definition des strafbaren Verhaltens bundesweit einheitlich geregelt werden müsse und diese Aufgabe nicht – wie bisher vorgesehen – den regionalen Kammern überlassen werden dürfe. ■ GRI

## Pflegereform: Änderungen zum Jahreswechsel

Am 1. Januar 2016 trat das Zweite Pflegeärkungsgesetz in Kraft. Mit diesem Teil der Pflegereform beginnt die größte Umgestaltung der Pflegeversicherung seit ihrem Start. Schon mit dem Jahreswechsel sind einige Neuerungen in Kraft getreten.

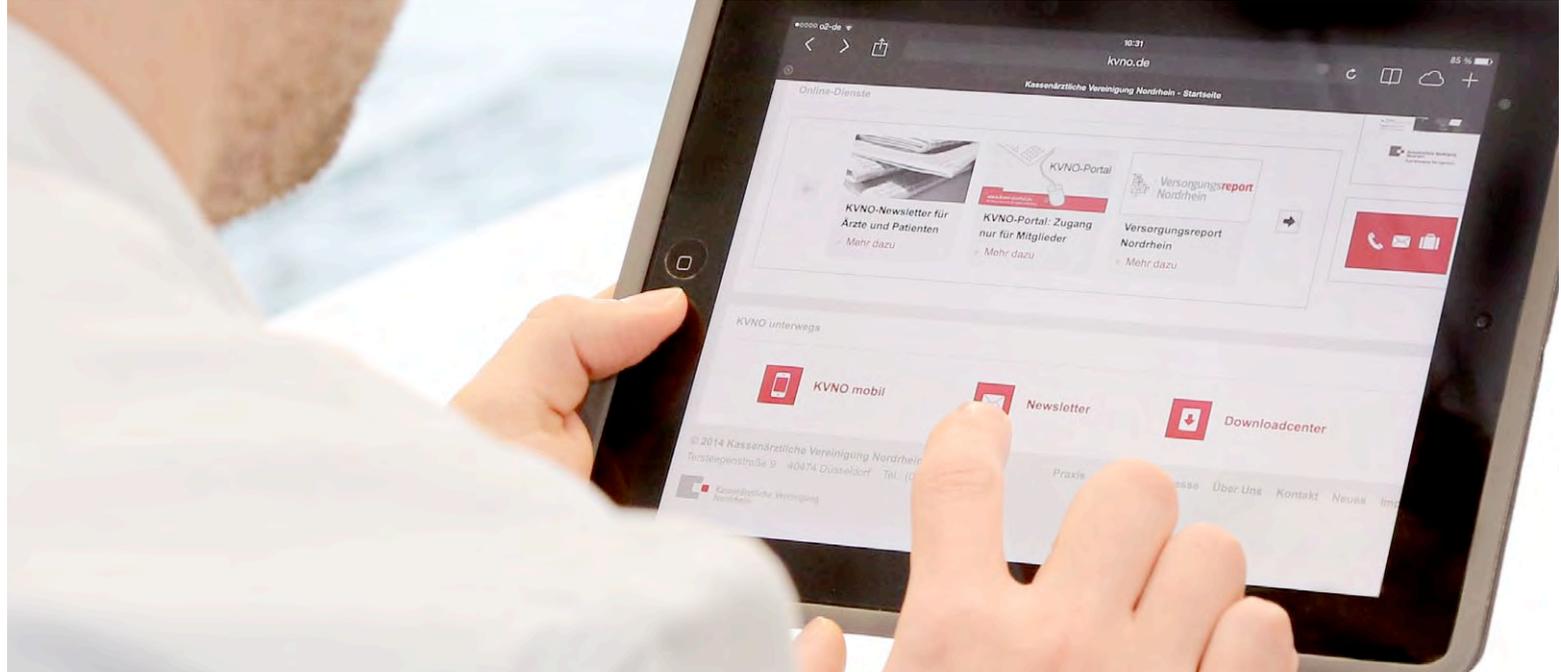
**Ersatzpflege:** Pflegende Angehörige, die beispielsweise selbst krank werden oder eine Auszeit benötigen, können sich bei der Ersatzpflege von Freunden oder Verwandten vertreten lassen.

**Pflegegeld:** Die Pflegekassen zahlen das Pflegegeld zur Hälfte weiter: 56 Tage lang bei der Kurzzeitpflege, 42 Tage bei der Ersatzpflege. Bisher durfte in beiden Fällen für höchstens 28 Tage weitergezahlt werden.

**Kurzzeitpflege:** Der Zeitraum für die Kurzzeitpflege wird auf acht Wochen erhöht und damit verdoppelt. Pflegebedürftige können die Kurzzeitpflege in einem Pflegeheim oder einer darauf eingestellten Tagespflegereinrichtung in Anspruch nehmen.

**Beratung auch für Angehörige:** Bisher war eine Beratung nur für die Pflegebedürftigen selbst im Leistungskatalog der Pflegeversicherung vorgesehen. Jetzt bekommen auch Angehörige eine entsprechende Beratung. Von den mehr als 580.000 Pflegebedürftigen in NRW werden rund 420.000 – oder gut zwei Drittel – zu Hause betreut. Das zeigt die letzte Auswertung des Statistischen Landesamtes.

Mehr Infos unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | KV | 160205



## Neues auf den Punkt gebracht

Besser informiert mit den Newslettern der KV Nordrhein

### ■ KVNO Ticker

Der Nachrichtendienst der KV Nordrhein inklusive aktueller Honorar-Informationen

### ■ Praxis & Patient

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

### ■ VIN – VerordnungsInfo Nordrhein

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

### ■ Internet

Der Newsletter informiert regelmäßig über aktuelle Neuigkeiten im Internetangebot der KV Nordrhein.

### ■ IT-Telematik

Für Anbieter von Gesundheits-IT und Systembetreuer von Praxis-EDV: News rund um die Telematik in Nordrhein

### ■ IT-Beratung

Online-Abrechnung, Praxisverwaltungssysteme oder Datenschutz – aktuelle Infos rund um IT in der Arztpraxis

### ■ MFA aktuell

Aktuelle Informationen exklusiv für MFA: das Wichtigste rund um Abrechnung, Fortbildung und neue Verträge



**Engagiert für Gesundheit.**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein



[www.kvno.de](http://www.kvno.de)

## Kodieren: Einfluss auf das Honorar

Gutes Kodieren kann gutes Geld bringen. Das belegt ein Rückblick auf die Verhandlungen über die Honorarsteigerungen auf der Bundesebene. Auf eine Steigerung von 250 Millionen Euro hatten sich die Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung wegen des demografischen Wandels und der gestiegenen Morbidität geeinigt – letztere wird in diesem Zusammen mittels der kodierten Diagnosen festgestellt.

Im Bundesdurchschnitt steigt die Morbidität nach Prognosen des Bewertungsausschusses um 2,1 Prozent. Diese Prognosen beruhen auf den Kodierdaten aus der Vergangenheit. Dabei ist festzustellen, dass die Krankheitslast in Nordrhein im vergangenen Jahr um 2,6 Prozent gestiegen ist, also einen halben Prozentpunkt höher als im Bundesdurchschnitt. Da-

durch lassen sich höhere Gesamtvergütungen verhandeln. So hat zum Beispiel die Grippewelle 2013 für einen Honorarnachschlag gesorgt: Bundesweit sind dafür rund 20 Millionen Euro geflossen.

Für Ärzte lohnt es sich finanziell doppelt, die behandlungsrelevanten Dauerdiagnosen auch als solche zu kodieren (mit „G“ für „gesichert“) und in jedem Quartal anzugeben. Davon hängt nämlich nicht nur ab, ob sie Chronikerzuschläge ansetzen können, was das Honorar der Praxis erhöht, sondern auch, wie sich die Morbidität im KV-Bereich entwickelt – was auch das Gesamthonorar beeinflusst. ■ NAU

*Die KV Nordrhein bietet kostenlose Kurse zum Thema Kodieren für Medizinische Fachangestellte (MFA) an. Die Termine sind in diesem Jahr am 4. März und 27. April. Weitere Termine und mehr Informationen dazu finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | [KV | 160207](#)*

## KVNO Ticker: Newsletter neu gestaltet

Zehn Jahre ist der „KVNO Ticker“ alt, der erste Newsletter der KV Nordrhein. Zum Jubiläum bekommt er nicht nur ein neues Layout, sondern erscheint auch kompakter als zuvor – und vor allem noch stärker an den Interessen der Zielgruppe orientiert, den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in Nordrhein. Basis für die inhaltliche Überarbeitung bildete eine Onlineumfrage bei den Abonnenten des Newsletters.

Noch stärker in den Fokus rücken Informationen für Ihre Praxis rund um die Themen Honorar und Abrechnung, Verträge, Verordnungsinfos und Veranstaltungshinweise – alles so kompakt wie möglich. Auch die Frequenz ist neu: Das Medium erreicht die Abonnenten

künftig noch im Zwei-Wochen-Takt. In der Ausgabe, die zwei Wochen vor Quartalsbeginn eintrifft, teilt die KV Nordrhein den kalkulatorischen Fallwert für Hausärzte und Pädiater mit. Bei brandaktuellen Anlässen versendet die KV Nordrhein ad hoc einen „KVNO Ticker EXTRA“. ■ SIG

*Interessierte können den Newsletter abonnieren unter [www.kvno-newsletter.de](http://www.kvno-newsletter.de) | [KV | 160207](#)*



So sieht das Design des Newsletters „KVNO Ticker“ künftig aus.

## Psychotherapie besser bezahlt

Psychotherapeutische Leistungen werden besser honoriert. Das beschloss der Erweiterte Bewertungsausschuss Ende September. Die Punktzahlen für die Gebührenordnungspositionen (GOP) 35200 bis 35225 werden rückwirkend um 2,7 Prozent erhöht. Die rückwirkende Vergütung setzt allerdings voraus, dass zuvor gegen den Honorarbescheid Widerspruch eingelegt wurde.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat am 22. September 2015 einen Beschluss zur Neubewertung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen aus Abschnitt 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) 35.2 gefasst – und zwar rückwirkend zum 1. Januar 2012. Ausschlaggebend dafür waren mehrere Urteile des Bundessozialgerichts (BSG).

### 2,7 Prozent mehr

Der Beschluss sieht vor, dass die Bewertung antrags- und genehmigungspflichtiger Leistungen rückwirkend ab 2012 um rund 2,7 Prozent angehoben wird. Damit steigt zum Beispiel das Honorar für eine Therapiestunde (GOP 35200) auf 83,24 Euro im Jahr 2012 und auf 86,39 Euro im Jahr 2015. Eine Übersicht der geänderten Bewertungen für den Zeitraum vom ersten Quartal 2012 bis zum vierten Quartal 2015 finden Sie in der Rubrik Service im Bereich Abrechnung unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de)

Darüber hinaus erhalten ärztliche und psychologische Psychotherapeuten einen Strukturzuschlag, wenn sie zu 50 Prozent ausgelastet sind. Dies soll die höheren Aufwendungen bei der Praxisorganisation, zum Beispiel durch die Beschäftigung von Personal, abdecken.

Durch die genannten Änderungen ergibt sich ein finanzieller Mehrbedarf bei der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen von bundesweit rund 80 Millionen Euro jährlich. Für das Jahr 2012 ist dieser Betrag – entsprechend der damaligen Beschlusslage – aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu entrichten. Für die Jahre 2013 bis 2015 übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Mehrkosten.

### Nachvergütung nur bei fristgerechtem Widerspruch

Wichtig: Die bessere Honorierung gilt ab 2012. Anspruch auf eine rückwirkende Vergütung haben allerdings nur jene Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten, die gegen die Honorarbescheide fristgerecht Widerspruch eingelegt haben. Ohne einen fristgerechten Widerspruch ist ein Honorarbescheid bestandskräftig.

Das heißt: Eine Nachvergütung für das Jahr 2012 und für die Jahre 2013 und 2014 sowie die ersten drei Quartale 2015 kann nur dann erfolgen, wenn im betreffenden Zeitraum Widersprüche gegen die Honorarbescheide bei der KV eingereicht wurden. Wer gegen einzelne Honorarbescheide im genannten Zeitraum Widerspruch eingelegt hat, hat Anspruch auf eine Nachvergütung für die Quartale, auf die sich die Widersprüche beziehen.

## Die neuen Strukturzuschläge

Die Zuschläge erhalten Psychotherapeuten, wenn sie zu mindestens 50 Prozent ausgelastet sind.

Gebührenordnungsposition (GOP)	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen	EBM-Bewertung (Punkte)
35251	35200, 35201, 35210 35220 und 35221	143
35252	35202, 35203, 35211, 35222, 35223, 35224 und 35225	58
35253	35205, 35208 und 35212	114

## Beispiele zur Berechnung der Zuschläge

Ein Psychotherapeut mit voller Zulassung hat folgende Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM abgerechnet:

Gebührenordnungsposition	Häufigkeit	Leistungsbedarf
35200	300	252.300
35202	100	41.800
35205	10	8.360
<b>Summe</b>		<b>302.460</b>

Die Mindestpunktzahl zur Berechnung der Zuschläge in Höhe von 162.734 Punkten wurde damit erreicht.

Somit erfolgt durch die KV Nordrhein das Zusetzen der folgenden Strukturzuschläge:

Gebührenordnungsposition	Häufigkeit	Leistungsbedarf
35251	300	42.900
35252	100	5.800
35253	10	1.140
<b>Summe</b>		<b>49.840</b>

Der vorläufige Leistungsbedarf der Strukturzuschläge unterliegt anschließend einer Quotierung.

- 1** Für die Berechnung der Quote wird die Differenz der abgerechneten Punktzahl 35.2 EBM zur Mindestpunktzahl gebildet: 139.726 Punkte.
- 2** Die Quote für die Bewertung der Zuschläge lautet dann  $(139.726 \text{ Punkte} / 302.460 \text{ Punkte})$ : 0,4620 (= 46,2 %)
- 3** Der sich dann gemäß Präambel 35.2 EBM ergebende Leistungsbedarf  $49.840 * 46,2 \% = 23.026$  wird mit dem regional vereinbarten Punktwert bewertet und als Einzelleistung gezahlt.

### Neue Strukturzuschläge

Zur Vergütung höherer Aufwendungen bei der Praxisorganisation ab einer bestimmten Auslastung wurden drei neue Strukturzuschläge (GOP) für die Einzel- und Gruppentherapien in den Abschnitt 35.2 aufgenommen. Die Strukturzuschläge (GOP 35251 bis 35253) sind berechnungsfähig, sobald im Abrechnungsquartal die abgerechnete Gesamtpunktzahl der GOP 35200 bis 35225 EBM das Volumen von 162.734 Punkten überschritten hat (bis 30. September 2013: 459.563 Punkte). Dies entspricht 194 Einzeltherapiesitzungen pro Quartal. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag wird die Mindestpunktzahl entsprechend des Tätigkeitsumfanges anteilig reduziert. Im Falle des Erreichens der Mindestpunktzahl werden die Strukturzuschläge von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zu jeder Einzel- und Gruppentherapie zugesetzt.

Für die Bewertung in Punkten der Strukturzuschläge wird anschließend eine individuelle Quote gebildet – entsprechend den Vorgaben der Präambel des Abschnitts 35.2 EBM. Für die Berechnung dieser Quote wird die abgerech-

nete Punktzahl der Therapiestunden, die über die Mindestpunktzahl hinausgeht (Schritt 1 in der Tabelle oben), zu dieser ins Verhältnis gesetzt (2). Diese Quote wird dann auf die Punktzahl der von der KV Nordrhein zugesetzten Strukturzuschläge angewandt. Das ergibt die Punktzahl, die entsprechend vergütet wird (3).

### Umsetzung durch die KV Nordrhein

Die KV Nordrhein setzt die beschlossenen Änderungen ab dem vierten Quartal 2015 im Rahmen der Quartalsabrechnung um. Die entsprechenden Nachvergütungen für die Jahre 2012 bis 2014 und für die ersten drei Quartale des Jahres 2015 zahlt die KV Nordrhein Ende März 2016 aus. Voraussetzung ist, wie oben dargestellt, dass die Honorarbescheide während dieses Zeitraumes durch Widerspruch/Klage angefochten worden sind. ■ KVNO

*Die Bewertungen der GOP 35200 bis 35225 wurden um 2,7 Prozent angehoben. Der Beschluss des Bewertungsausschusses gilt rückwirkend zum 1. Januar 2012. Eine Übersicht der geänderten Bewertungen der Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM für den Zeitraum vom ersten Quartal 2012 bis zum vierten Quartal 2015 finden Sie in der Rubrik Service im Bereich Abrechnung unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de)*



## EBM-Änderungen zum 1. Quartal 2016

### PET in der Onkologie jetzt im EBM

Die Tumordiagnostik mittels Positronen-Emissions-Tomografie (PET) wurde zum 1. Januar 2016 als neue Leistung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband im Dezember im Bewertungsausschuss geeinigt. Der neu ergänzte Abschnitt 34.7 enthält jeweils zwei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) für die PET des gesamten Körperstammes und für Teile des Körperstammes – mit oder ohne Computertomografie (GOP 34700 bis 34703).

Damit können Nuklearmediziner und Radiologen die PET und die PET mit Computertomografie (PET/CT) ab Jahresbeginn über den EBM abrechnen. Die Verhandlung mit den Krankenkassen über die Vergütung der Leistungen ist noch nicht abgeschlossen. Ebenfalls zu Jahresbeginn wurde die Kostenpauschale 40584 in den EBM-Abschnitt 40.10 aufgenommen. Sie ist für Sachkosten im Zusammenhang mit den neuen Leistungen bei Verwendung des Radionuklids 18F-Fluorodesoxyglukose berechnungsfähig.

### GOP 34700 bis 34703: Übergangsregelung

Die Einführung der GOP 34700 bis 34703 in den EBM wird verbunden mit dem Ziel der Einführung einer Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V zu den Leistungen des Abschnitts 34.7 EBM. Diese GOP können ausschließlich von Nuklearmedizinern und Radiologen abgerechnet werden, die über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V zu den Leistungen dieses Abschnitts verfügen.

Als Übergangsregelung sind die GOP 34700 bis 34703 auch ohne die Inkraftsetzung der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Leis-

tungen des Abschnitts 34.7 EBM längstens bis zum 30. Juni 2016 berechnungsfähig. Für die Teilnahme an der Übergangsregelung müssen die genannten Fachärzte jedoch über eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen gemäß Nr. 14 der Anlage 1, „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“, der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses verfügen.

Mehr Infos unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | KV | 160210

### Abrechnung einer Blasenspiegelung bei unbestimmtem Geschlecht

Eine Blasenspiegelung ist bei Personen mit unbestimmtem Geschlecht – auf der elektronischen Gesundheitskarte mit einem „X“ gekennzeichnet – nach folgenden Gebührenordnungspositionen (GOP) abzurechnen:

- GOP 08311 oder 26311: bei überwiegend interner Lage der Harnröhre und einer Harnröhrenlänge bis zu acht Zentimetern
- GOP 26310: bei einer Harnröhrenlänge von mehr als acht Zentimetern und/oder nicht überwiegend interner Lage der Harnröhre

Mehr Infos unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | KV | 160210

### EBM-Kapitel 22.2: Psychosomatische und psychotherapeutische Medizin

Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie rechnen aus dem Kapitel 22 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) ab. Daher erfolgte eine redaktionelle Anpassung der Grundpauschalen und des Zuschlags nach Gebührenordnungsposition (GOP) 22216 durch die Ergänzung „psychosomatisch“ im Abschnitt 22.2.

Die respiratorische Biofeedback-Behandlung ist keine Kassenleistung und wurde in Anhang 4 des EBM aufgenommen. Nach der Psychotherapie-Richtlinie erfüllt die respiratorische Biofeedback-Behandlung nicht die Erfordernisse der Psychotherapie-Richtlinie.

## Änderung der Nr. 6 der Präambel 2.1 zum Anhang 2 EBM

Neben Operationen mit den OPS-Codes 5-757, 5-758.1, 5-758.5 bis 5-758.8 ist am Operationstag auch die Gebührenordnungsposition 08231 berechnungsfähig.

Mehr Infos unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV | 160211**

## eGK: Angabe von „unbestimmtem Geschlecht“ jetzt möglich

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) kann seit dem 1. Januar 2016 neben den Geschlechtsangaben „weiblich“ und „männlich“ auch das „unbestimmte Geschlecht“ enthalten. Dazu wurde der Wertebereich des Elementes „Geschlecht“ auf der eGK um den Wert „X“ erweitert.

Mit dieser Änderung wird eine Regelung umgesetzt, die im Personenstandsgesetz vom 1. November 2013 festgelegt ist. Hiernach kann ein Mensch auch ein „unbestimmtes“ Geschlecht angeben.

Die Praxisverwaltungssysteme sind in der Lage, diese zusätzliche Angabe auf der eGK zu verarbeiten. Bei Formularen, auf denen ein Geschlecht angegeben werden kann (Muster 5, 6, 10, 10A, 19 und 30), wird mit einem „X“ in den beiden Kästchen für weiblich und männlich das „unbestimmte Geschlecht“ gekennzeichnet.

## Kataraktvertrag mit den Betriebskrankenkassen

Seit 1. Januar 2016 werden Katarakt-Operationen jeweils mit 709 Euro vergütet. Damit wird die bisherige Vergütungspauschale von 749 Euro abgesenkt und den bereits vorhandenen Vergütungspauschalen in Verträgen mit anderen Krankenkassen angepasst.

Eine weitere Änderung bezieht sich auf das Kontingent von Katarakt-Operationen. Hat

ein Vertragsarzt das ihm mitgeteilte Kontingent in vier aufeinanderfolgenden Quartalen eines Kalenderjahres unterschritten, kann dieses abgesenkt werden. Mit dieser Regelung wird der zu hoch bemessene Bedarf des Katarakt-Operationskontingentes korrigiert. Folge: Die frei werdende Anzahl der Katarakt-Operationen kann in der Region erneut zugewiesen werden, sofern Bedarf festgestellt wird.

Mehr Infos unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV | 160211**

## IVOM-Vertrag mit den Betriebskrankenkassen

Die KV Nordrhein hat mit den Betriebskrankenkassen rückwirkend zum 1. Oktober 2015 den aus dem Jahre 2009 stammenden Vertrag zur intravitrealen operativen Medikamenteneingabe (IVOM) angepasst. Mit der Anpassung greifen nunmehr weitestgehend die Vergütungssystematik und -strukturen, die auch bei den übrigen regionalen IVOM-Verträgen in Nordrhein gültig sind.

Jede Injektion wird demnach mit 300 Euro vergütet. Darüber hinaus sind jetzt auch OCT-Aufnahmen (optische Kohärenztomografie) für die Versicherten abrechnungsfähig. Postoperative Leistungen werden mit jeweils 30 Euro vergütet. Hier gilt, wie bei den anderen IVOM-Verträgen, dass Sie die Rezepte beziehungsweise Apothekenrechnungen mit der jeweiligen Quartalsabrechnung Ihrer Bezirksstelle einreichen müssen.

### Alle 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](http://www.kvno.de) | **KV | 160211**

## Impfausweise: Bestände aufbrauchen

Die Krankenkassen müssen den Praxen seit dem 1. Januar 2016 die neuen Impfausweise kostenlos zur Verfügung stellen. Das sieht das im Juli 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz vor. Die Impfausweise können Praxen seit Mitte Dezember beim Formularversand in Krefeld bestellen. Darauf hat sich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein mit den nordrheinischen Krankenkassenverbänden verständigt.



Praxen erhalten Impfausweise seit Jahresbeginn kostenlos. Das Präventionsgesetz sieht vor, dass die Krankenkassen die Kosten übernehmen.

Die Praxen können ihre Impfausweisbestände zunächst aufbrauchen, sofern diese den gesetzlichen Anforderungen entsprechen. Es ist nicht nötig, die in den bisherigen Impfausweisen enthaltenen Informationen in die neuen Impfausweise zu übertragen oder die bisherigen Impfausweise auszutauschen. Lediglich Patienten, die über keinen Impfausweis verfügen, sollen nunmehr die mit dem Präventionsgesetz geänderten Impfausweise erhalten.

Eine Änderung an den Impfausweisen durch das Präventionsgesetz ist beispielsweise die Angabe eines Termins für die nächste Auffrischimpfung.

Mehr Infos unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV 160212**

## BKK DKM kündigt Satzungsimpfungen

Die Betriebskrankenkasse Demag Krauss-Maffei (BKK DKM) hat zum 31. Dezember 2015 ihre Vereinbarungen zu den Reiseschutzimpfungen und der HPV-Impfung für weibliche Versicherte von 18 bis 26 Jahren gekündigt. Praxen können also ab Beginn des Jahres 2016 keine Reiseschutzimpfungen mehr für Versicherte der BKK DKM abrechnen. Auch HPV-Impfungen für weibliche Versicherte von 18 bis 26 Jahren sind dann nicht mehr über die KV Nordrhein abrechenbar. Bereits laufende Impfserien können Praxen allerdings noch beenden und abrechnen.

Achtung: Gekündigt sind nur die Satzungsimpfungen. Die HPV-Impfung als Standard-Schutzimpfung können Praxen für neun- bis einschließlich 14-jährige weibliche Versicherte auch weiterhin über die KV Nordrhein mit den Dokumentationsnummern 89110A und 89110B abrechnen. Die BKK DKM ging übrigens am 1. Januar 2016 in die BKK VBU über.

Mehr Infos unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV 160212**

## Änderungen an Impfstoff- und SSB-Vereinbarung

Seit 1. Januar 2016 gilt die neue Vereinbarung zum Sprechstundenbedarf (SSB). Die Liste der Mittel, die Praxen als SSB verordnen dürfen, ist um zwei Präparate länger geworden. So können Praxen Adenosin als Mittel zur Myokardszintigrafie als SSB verordnen, wenn eine reproduzierbare definierte physikalische Belastung des Patienten nicht möglich ist.

Auch Mittel zur Kryochirurgie als flüssiger Stickstoff zählen seit 1. Januar 2016 zum SSB, ausgenommen sind allerdings Fertigprodukte wie Histofreezer. Ersatzbeschaffungen für beide Artikel können Praxen also künftig über den SSB beziehen. Bitte beachten Sie: SSB-

Verordnungen müssen bis spätestens zum 14. des ersten Monats des Folgequartals erfolgt sein. Verordnungen, die ab dem 15. des ersten Monats des Folgequartals ausgestellt wurden, werden dem laufenden Quartal zugeordnet.

Ebenfalls seit 1. Januar 2016 gilt eine neue Impfstoffvereinbarung. Wie auch bei der SSB-Vereinbarung wurde der Personenkreis um Asylbewerber, die eine eGK einer gesetzlichen Krankenkasse haben, ergänzt. Sowohl bei der Verordnung von Sprechstundenbedarf als auch von Impfstoffen ist seit 1. Januar 2016 auf dem Rezept als Kostenträger „SSB Nordrhein“ einzutragen, denn die Abrechnung des Sprechstundenbedarfs und der Impfstoffe übernimmt seit 1. Januar 2016 die Gesellschaft für Statistik im Gesundheitswesen mbH (GfS).

Mehr Infos unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV | 160213**

## TK-Betreuungsstrukturvertrag: zwei ICD-10-Codes geändert

In der Übersicht der Indikationen und Diagnosen (Anlage 1) des Betreuungsstrukturvertrags mit der Techniker Krankenkasse (TK) gibt es seit 1. Januar 2016 zwei Code-Änderungen. Der Grund: Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat für das Jahr 2016 die internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) aktualisiert. Folgende Änderungen betreffen den TK-Betreuungsstrukturvertrag:

- G83.5 (Indikationsgruppe 17) ersetzt den ICD-10-Code G83.80.
- G23.2 und G23.3 (Indikationsgruppe 23) ersetzen den ICD-10-Code G23.2.

Mehr Infos unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV | 160213**

## Elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber

Asylbewerber in Nordrhein-Westfalen erhalten in mehreren Kommunen seit 1. Januar



2016 elektronische Gesundheitskarten (eGK). Das Land Nordrhein-Westfalen (Land NRW) hat dazu mit mehreren Krankenkassen eine NRW-Rahmenvereinbarung geschlossen. Bislang müssen Asylbewerber in den ersten 15 Monaten nach Ankunft in einer Kommune einen Behandlungsschein beantragen.

Einige Kommunen verteilen in NRW seit Jahresbeginn elektronische Gesundheitskarten an Asylbewerber.

### Inkrafttreten und Inhalt

An der Rahmenvereinbarung des Landes NRW beteiligen sich derzeit (Dezember 2015) folgende Krankenkassen: AOK Rheinland/Hamburg, AOK Nordwest, Novitas BKK, Knappschaft, DAK-Gesundheit, Techniker Krankenkasse, Barmer GEK, IKK classic, Kaufmännische Krankenkasse KKH, Viactiv Krankenkasse, Siemens-Betriebskrankenkasse. Die NRW-Rahmenvereinbarung trat am 1. Januar 2016 in Kraft und läuft unbefristet.

Die Teilnahme an der Rahmenvereinbarung ist für die Gemeinden freiwillig. Es ist vorgesehen, dass eine Gemeinde immer nur von einer Krankenkasse betreut wird. Die NRW-Rahmenvereinbarung regelt die Inanspruchnahme von Leistungen für Asylbewerber bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt bzw. sonstigen Leistungen zur Sicherung der Gesundheit gegenüber den Gemeinden.

### Anspruchsberechtigte

Anspruchsberechtigt sind nach der Rahmenvereinbarung Asylbewerber, die bereits auf

die Gemeinden verteilt wurden. Sie haben also die Erstaufnahmeeinrichtungen und zentralen Unterbringungseinrichtungen einschließlich der Notunterkünfte des Landes NRW sowie die von den Gemeinden des Landes NRW betriebenen Aufnahmeeinrichtungen bereits verlassen.

Die Asylbewerber erhalten eine eGK von den Krankenkassen im Auftrag der jeweiligen Gemeinde (sofern diese der NRW-Rahmenvereinbarung beigetreten ist) und können damit direkt eine Praxis/einen Arzt aufsuchen. Nach Angaben des Landesgesundheitsministeriums haben bereits einige Kommunen ihren Beitritt zur NRW-Rahmenvereinbarung erklärt.

Mehr Infos unter [www.mgepa.nrw.de](http://www.mgepa.nrw.de) | KV | 160214

## eGK mit Statusmerkmal „9“

Wenn die Gemeinde der NRW-Rahmenvereinbarung beigetreten ist und die Gemeinde den Asylbewerber bei der für sie zuständigen Krankenkasse angemeldet hat, wird die eGK mit dem Statusmerkmal „9“ im Element „Besondere Personengruppe“ gekennzeichnet. Das neue Statusmerkmal „9“ kann ab Januar 2016 auch von der Praxissoftware gelesen werden. Bei der eGK dieses Personenkreises sind die Felder der Europäischen Krankenversichertenkarte entwertet oder als ungültig gekennzeichnet.

Im Rahmen der Versorgung der Asylbewerber mit der eGK kommt auch das Ersatzverfahren der GKV zur Anwendung, wenn die eGK zum Beispiel nicht vorgelegt werden kann oder diese defekt ist. In diesen Fällen geben die Krankenkassen bzw. die Kommunen bis zur Ausgabe der eGK Anspruchsnachweise aus. Sofern bereits vorhanden, ist bei der Abrechnung grundsätzlich die Versichertennummer einzusetzen.

## Leistungsumfang

Asylbewerber haben einen geringeren Leistungsanspruch als GKV-Versicherte. Folgende Leistungen sind für sie ausgeschlossen: künstliche Befruchtung, Sterilisation, strukturierte Behandlungsprogramme bei chroni-

schen Krankheiten (DMP-Programme) sowie die mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen Sonderverträge. Leistungen der Onkologie- und Impfvereinbarung dagegen stehen den Asylbewerbern zu.

## Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel

Die Asylbewerber haben, wie GKV-Versicherte auch, Anspruch auf die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Die Verordnung erfolgt auf den entsprechenden GKV-Vordrucken. Lediglich bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sind die Kosten von dem Asylbewerber zu übernehmen, wenn nicht die Ausnahmen der Arzneimittel-Richtlinie greifen.

Asylbewerber müssen keine Zuzahlungen leisten. Sofern über die eGK oder auf Basis einer Anspruchsbescheinigung bei vorliegendem Statusmerkmal „9“ eine Verordnung ausgestellt wird, müssen die Praxen die Befreiung von der Zuzahlung durch ein Kreuz in dem Feld „Gebühr frei“ kenntlich machen. Der Asylbewerber muss keinen Befreiungsausweis oder Befreiungsbescheid vorlegen.

## Vergütung und Abrechnung

Die Abrechnung, Bewertung und Vergütung der vom Arzt erbrachten Leistungen richtet sich nach dem EBM. Die Abrechnung erfolgt wie gewohnt elektronisch gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Kassenärztliche Vereinigung vergütet die Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumen bzw. qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aus einem besonderen Honorarbudget. Die Leistungen bezahlen die zuständigen Gemeinden.

Mehr Infos unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | KV | 160214

## Asylbewerber-Versorgung in Essen aktualisiert

Die Rahmenvereinbarung über die ärztliche Versorgung von Asylbewerbern in der Stadt Essen wurde ergänzt. Die neue Vereinbarung

trat am 1. November 2015 in Kraft. Sie enthält zwei wesentliche Neuerungen:

- Teilnahmeberechtigung von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Krankenhausärzten
- vereinfachter Bezug von Sprechstundenbedarf und Impfstoffen bei der Versorgung von Asylbewerbern

Alle weiteren Bestimmungen des aus dem Jahr 1996 stammenden Rahmenvertrages gelten unverändert fort. Die Ergänzungsvereinbarung wird in der Februar-Ausgabe des Rheinischen Ärzteblatts veröffentlicht.

Mehr Infos unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV | 160215**

## Zuzahlungsbeträge bei neurophysiologischen Behandlungen

Die gesetzlichen Krankenkassen haben mit dem Verband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten eine neue Vergütungsvereinbarung geschlossen. Diese ist auch Grundlage für die Berechnung von Zuzahlungen bei neurophysiologischen Übungsbehandlungen und physikalischer Therapie, die in der Arztpraxis erbracht werden.

Deshalb sind die Zuzahlungsbeträge bei den Primär- und Ersatzkassen zum 1. April 2016 anzupassen. Die neuen Beträge sind vom Patienten in der Arztpraxis zu zahlen, sofern dieser nicht durch seine Krankenkasse von der Zuzahlung befreit wurde. Im Falle einer Befreiung ist eine Kennzeichnung mit dem Buchstaben A erforderlich. Eine Tabelle mit den neuen Beträgen finden Sie im Internet auf [www.kvno.de](http://www.kvno.de).

Mehr Infos unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV | 160215**

## Knappschafft Kostenübernahme bei künstlicher Befruchtung

Die Knappschafft hat zum 1. Januar 2016 die bisherige Regelung zur vollständigen Kosten-

übernahme für Leistungen der künstlichen Befruchtung beendet. Für die ab 2016 genehmigten Leistungsfälle gilt wieder die gesetzliche Vorgabe zur Kostenübernahme, sodass ausschließlich 50 Prozent der Leistungen im Rahmen eines Behandlungsplanes über die elektronische Gesundheitskarte bei der KV abrechnungsfähig sind.

## Bestimmung der Sehschärfe ist Kassenleistung

Die ärztliche Leistung zur Refraktionsbestimmung gehört nach wie vor zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der Patient muss diese Untersuchung nicht privat zahlen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die gesetzlichen Krankenkassen betonten bereits 2004, dass die ärztliche Untersuchung, Verordnung und Anpassung von Brillen oder Kontaktlinsen generell Kassenleistung ist – und zwar auch dann, wenn die Brille oder die Kontaktlinsen selbst nicht zulasten der GKV bezogen werden können.

Überprüft ein Augenarzt die Sehschärfe eines Patienten, ist dies eine Kassenleistung. Der Patient muss die Untersuchung nicht privat zahlen.



© dpa | picture alliance | blickwinkel

Hintergrund: Im Jahr 2004 wurden die Bestimmungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Sehhilfen gemäß der Hilfsmit-

tel-Richtlinie (Abschnitt E) eingeschränkt. Demnach sind zum Beispiel therapeutische Sehhilfen nur noch erstattungsfähig, wenn sie der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen. Der Anspruch auf die zugrunde liegende ärztliche Behandlung ist von den geänderten Bestimmungen aber nicht betroffen.

## Richtige Verordnung von häuslicher Krankenpflege beachten

Patienten können häusliche Krankenpflege unter anderem durch ambulante Pflegedienste erhalten. Voraussetzungen: Im Rahmen der ärztlichen Behandlung ist dies erforderlich und es lebt keine Person im Haushalt, die die Versorgung leisten kann. Wichtig für die Verordnung ist, dass die/der behandelnde Vertragsärztin/Vertragsarzt sich vor der Verordnung von dem Zustand der/des Kranken und der Notwendigkeit der häuslichen Krankenpflege persönlich überzeugt hat oder dass ihr/ihm beides aus der laufenden Behandlung bekannt ist.



Unter bestimmten Voraussetzungen kann ein Arzt häusliche Krankenpflege verordnen. Dann versorgen ambulante Pflegedienste die Patienten zu Hause.

Der Vertragsarzt sollte sich mit den Hinweisen und Wünschen seitens der Pflegedienste – vor dem Hintergrund der erweiterten Wirtschaftlichkeitsprüfung auf alle Bereiche ab 2017 –

sorgfältig auseinandersetzen. Er sollte sich regelmäßig beim Pflegedienst über Veränderungen in der häuslichen Pflegesituation berichten lassen. Wird die häusliche Krankenpflege beendet, sollte der Vertragsarzt dies stets der zuständigen Krankenkasse mitteilen. Nur so können sinnvoll Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden.

## BKK family fusioniert mit BKK ProVita: Verträge beendet

Zum 1. Januar 2016 fusionierten die BKK family und die BKK ProVita zur Gesamtkasse BKK ProVita. Im Rahmen dieser Fusion hat die BKK family ihre Teilnahme am Tonsillotomievertrag und dem Vertrag über erweiterte Prävention für Kinder und Jugendliche (U10/U11) gekündigt. Leistungen dieser Verträge sind für die bisherigen Versicherten der BKK family seit dem 1. Januar 2016 nicht mehr abrechnungsfähig.

Leistungen aus den Verträgen Rheumatologie und Hautkrebsvorsorge (unter 35 Jahren) gehören auch zum Angebot der BKK ProVita und bleiben von dieser Kündigung unberührt. Diese können auch über den 1. Januar 2016 hinaus weiter abgerechnet werden.

## Gebührenordnungsposition 01701 richtig abrechnen

Die Grundpauschale für Vertragsärzte (GOP 01701) ist im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vorgesehen für die Erbringung von Laborleistungen während der Schwangerschaft, nach der Entbindung oder zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch. Die GOP 01701 muss die Praxis in die Abrechnung eintragen. Die Pauschale ist ausschließlich zu den Laborleistungen der Kapitel 1.7.4 und 1.7.5 des EBM abrechenbar; das sind die GOP 01783, 01800 bis 01812, 01816, 01827, 01828, 01833 und 01840.

Im Zusammenhang mit Laborleistungen des Kapitels 1.7.4 wird die GOP 01701 extrabudgetär mit fünf Punkten bzw. 51 Cent vergütet. Mit den Laborleistungen aus dem Kapitel 1.7.5 erfolgt die Vergütung im Regelleistungsvolumen. Die GOP 01701 ist nicht für die Betreuung einer Schwangeren (GOP 01770) abrechnungsfähig.

Die KV Nordrhein hat die GOP 01701 bis zum dritten Quartal 2013 automatisch in die Abrechnung eingetragen. Da dann aber das Eintragen der GOP 01701 zum Ausschluss der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) führte und viele Praxen beim automatischen Eintragen wirtschaftliche Nachteile erlitten hätten, hat die KV Nordrhein das automatische Zusetzen der Ziffer gestoppt.

Seit dem ersten Quartal 2015 führt die GOP 01701 nicht mehr zum Ausschluss der PFG, dafür aber die Abrechnung folgender Laborleistungen: 01783, 01792, 01816, 01833 und 01840.

Mehr Infos unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV | 160217**

## Neuregelung Krankengeld und AU-Bescheinigung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 17. Dezember 2015 die Änderung der Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie (AU-Richtlinie) zum 1. Januar 2016 beschlossen, die nach Nichtbeanstandung des BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft treten wird. Wir informieren Sie, wenn die Änderung der Richtlinie bestätigt ist.

### Neuregelung Krankengeld

Laut GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 23. Juli 2015 bleibt der Anspruch auf Krankengeld erhalten, wenn sich der Patient bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit spätestens an dem Werktag bei seinem Arzt vor-

stellt, der auf den letzten Tag der AU-Bescheinigung folgt und dann die Folgebescheinigung ausgestellt wird. Endet die AU an einem Freitag, muss der Patient den Arzt für eine Folgebescheinigung erst wieder am Montag aufsuchen, da Samstage nicht als Werktage gezählt werden.

Hiermit werden die Probleme gelöst, die sich in der Praxis bei der verspäteten Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Folgebescheinigungen) in der Vergangenheit ergaben. Bisher mussten die Patienten die Fortdauer der AU spätestens am Tag des Ablaufs der bisher attestierten AU erneut ärztlich feststellen lassen. Durch die vom G-BA beschlossene Änderung der AU-Richtlinie gilt beim Krankengeld jetzt dieselbe Regelung wie in den ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit.

### Rückdatierung der Arbeitsunfähigkeit

Damit eine AU auch für den Zeitraum einer Notfallversorgung beispielsweise über das Wochenende bescheinigt werden kann, wurde vereinbart, dass der Vertragsarzt den Beginn der Arbeitsunfähigkeit drei Tage rückdatieren darf. Bisher waren es nur zwei Tage.

Mehr Infos und eine Ausfüllhilfe finden Sie auf den Seiten 37 und 38 sowie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV | 160217**

## Serviceteams

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

### Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666 Telefax 0221 7763 6450

E-Mail [service.koeln@kvno.de](mailto:service.koeln@kvno.de)

### Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888 Telefax 0211 5970 8889

E-Mail [service.duesseldorf@kvno.de](mailto:service.duesseldorf@kvno.de)

### Formularversand

Telefon 02151 3710 00 Telefax 02151 9370 655

E-Mail [formular.versand@kvno.de](mailto:formular.versand@kvno.de)

## Alter bestimmt die Richtgröße

Die Richtgrößen orientieren sich in Nordrhein ab Anfang 2016 am Alter. Das ist die wichtigste Neuerung in der Arzneimittelvereinbarung 2016. Weitere wichtige Änderungen sind eine Quote für Biosimilars und das Ziel, nordrheinweit den Verbrauch von Protonen-Pumpen-Inhibitoren (PPI) zu reduzieren.

Die Richtgrößen werden nicht mehr nach Versichertenstatus Mitglieder/Familienangehörige und Rentner berechnet, sondern nach vier Altersgruppen. Darauf haben sich die KV Nordrhein und die Krankenkassen Ende November geeinigt. Aufgrund einer aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes sollen Altersgruppen den (finanziellen) Bedarf für Arzneimittel besser abbilden als die bisherige Einteilung.

Durch die neuen Altersgruppen können die alten und neuen Richtgrößen nicht direkt verglichen werden. Tendenziell nehmen die Richt-

größen zu, da auch das vereinbarte Arzneimittelvolumen gegenüber 2015 gesteigert wurde – und zwar um 3,6 Prozent. Die Richtgrößensumme der Praxis ergibt sich weiterhin aus der Addition der jeweiligen Richtgrößenvolumina aus den vier Altersgruppen. Die Softwareanbieter sind informiert, um die neue Systematik darstellen zu können.

### Neue Quoten

In drei Fachuntergruppen wurde eine neue Quote für Biosimilars eingeführt. Innerhalb der Gruppe der TNFalpha-Inhibitoren soll der Mindestanteil für Biosimilars bei den Rheumatologen und Dermatologen bei 4,5 Prozent, bei den Gastroenterologen bei 11,5 Prozent liegen. KV Nordrhein und Krankenkassen folgen damit der Rahmenempfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des GKV-Spitzenverbands. Für Infliximab (Remicade) wurden in 2015 Biosimilars eingeführt.

## Richtgrößen 2016

Die Richtgrößen orientieren sich im kommenden Jahr an Altersgruppen. Die alte Einteilung nach Versichertenstatus entfällt.

Fachrichtung	Alters-Gruppe [Jahre]			
	0-15	16-49	50-64	≥ 65
80 Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte	16,17 €	40,29 €	90,27 €	141,07 €
01 Anästhesiologie	2,50 €	44,89 €	110,12 €	78,58 €
04 Augenheilkunde	2,03 €	6,27 €	12,41 €	20,07 €
07 Chirurgie	3,07 €	8,48 €	11,15 €	15,11 €
10 Gynäkologie	19,66 €	13,19 €	39,80 €	47,76 €
13 HNO	11,82 €	20,21 €	11,88 €	4,85 €
16 Haut- und Geschlechtskrankheiten	18,84 €	32,64 €	35,36 €	24,13 €
19 Innere Medizin, hausärztlich	16,17 €	40,29 €	90,27 €	141,07 €
19 Innere Medizin, fachärztlich	54,20 €	319,98 €	369,80 €	307,35 €
23 Kinderheilkunde	28,64 €	62,27 €	57,19 €	44,86 €
35 MKG-Chirurgie	4,47 €	7,23 €	5,15 €	4,07 €
38 Nervenheilkunde	19,22 €	239,95 €	159,18 €	114,39 €
44 Orthopädie	0,86 €	6,73 €	10,18 €	17,71 €
56 Urologie	18,74 €	17,47 €	43,05 €	97,64 €

Für Etanercept (Enbrel) wird dies im ersten Quartal 2016 erwartet.

Bei den Neurologen haben Kassen und KV eine Maximalquote von 42,5 Prozent für Interferon beta 1a innerhalb der Basistherapeutika Interferon beta 1a, beta 1b und Glatirameracetat vereinbart. Interferon beta 1b (Betaferon, Extavia) und Glatirameracetat (Copaxone) sollten in dieser Gruppe gegenüber Interferon beta 1a (Avonex, Rebif, Plegridy) aus wirtschaftlichen Gründen bevorzugt eingesetzt werden. Der Anteil von PPI je tausend Versicherte soll auf den Bundesdurchschnitt sinken. Hierzu wird es weitere Informationen geben, auch für Patienten.

## Frühe Nutzenbewertung beachten

Neue Arzneimittel durchlaufen in Deutschland eine frühe Nutzenbewertung. Die Ergebnisse sind Grundlage für die jeweilige Preisverhandlung zwischen dem Arzneimittelhersteller und dem GKV-Spitzenverband. Die KV Nordrhein wird regelmäßig über die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung informieren.

Zwischen der Feststellung des Zusatznutzens durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und der Preisverhandlung kann die Verordnung eines Präparates ohne Zusatznutzen unwirtschaftlich sein, wenn es teurer als die zweckmäßige Vergleichstherapie ist. In einigen Fällen haben Hersteller ihre Produkte vom Markt genommen, wenn keine adäquaten Preise verhandelt werden konnten. In diesen Fällen mussten Patienten wieder umgestellt werden. Auch aus diesem Grund sollten neue Arzneimittel zurückhaltend eingesetzt werden. ■ DR. HOLGER NEYE

## KVNO extra: Arzneimittelvereinbarung 2016

Wie hoch sind die Richtgrößen? Welche Praxisbesonderheiten gibt es? Diese und andere Fragen beantwortet das Sonderheft zur Arzneimittelvereinbarung 2016. Die vereinbarten Richtgrößen, Quoten und Praxisbesonderheiten werden übersichtlich dargestellt und erklärt.

Das Sonderheft finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)  
KV | 160219



## Arzneien für Asylbewerber: neue Kostenträger

Seit 1. Januar 2016 sind Arznei-, Heil- und Hilfsmittel für Asylbewerber in Nordrhein-Westfalen auf den Namen der örtlich zuständigen Bezirksregierung zu verordnen. Auf den Verordnungen müssen Praxen im Rheinland also entweder die Bezirksregierung Düsseldorf oder die Bezirksregierung Köln eintragen. Der in der Praxissoftware einzugebende Kostenträger ist weiterhin die Bezirksregierung Arnsberg mit der VKNr 24988. Die Praxen können also die Rezepte nicht mehr problemlos mit der Praxissoftware ausstellen, sondern müssen künftig extra ergänzen und abzeichnen.

In diesem Punkt ändert sich der Vertrag, den die KV Nordrhein und die KV Westfalen-Lippe mit der Landesregierung NRW zur Versorgung von Asylbewerbern in Landeseinrichtungen

geschlossen haben. Die anderen Regelungen zur Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln gelten unverändert:

- Grundsätzlich sind nur Generika verordnungsfähig. Originalpräparate dürfen Praxen nur in begründeten Ausnahmefällen verordnen.
- Die Verordnung von Arzneimitteln, Verbandstoffen, Heil- und Hilfsmitteln erfolgt auf den entsprechenden GKV-Vordrucken.
- Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln sind vom Kostenträger (Land NRW) vorher zu genehmigen (Ausnahme: gilt nicht bei Schwangeren und Wöchnerinnen).
- Sprechstundenbedarf wird auf Muster 16 unter Angabe der Kostenträgernummer 24988 verordnet. Auf dem Rezept ist zudem das Statusfeld „9“ zu markieren. ■ NAU

## Kassen stellen Anträge auf sonstigen Schaden

Krankenkassen können bei Verstößen gegen die Arzneimittel-Richtlinie Regressanträge stellen. Mehrere tausend Anträge auf „sonstigen Schaden“ haben Ärzte in Nordrhein in 2015 erhalten.

In der Arzneimittel-Richtlinie wird die Verordnung von Arzneien teils eingeschränkt oder ganz ausgeschlossen. So wurde für die Wirkstoffe Pioglitazon, Rosiglitazon (außer Handel), Reboxetin oder Dipyridamol in Kombination mit ASS ein Verordnungs Ausschluss definiert. Krankenkassen können in diesen Fällen Anträge wegen unzulässiger Verordnungen stellen.

Die in ihrer Verordnung eingeschränkten oder ausgeschlossenen Arzneimittel dürfen nur ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnet werden. Es ist aber unsicher, ob die Prüfungsstelle die Begründungen anerkennt. Und der Bundesmantelvertrag untersagt, sich die Verordnung vorab von der Krankenkasse oder der Prüfungsstelle genehmigen zu lassen.

Präparate, die von der Verordnung gemäß Arzneimittel-Richtlinie ausgeschlossen oder eingeschränkt sind, muss zertifizierte Praxissoftware anzeigen: Bei Erst- und Wiederholungsverordnungen müssen die Hinweistexte der Richtlinie vor oder während des Verordnungsvorganges erscheinen. Beispiel: Wenn Sie Solvex oder Edronax verordnen, müsste Ihre Software einen Hinweis auf den Wirkstoff Reboxetin anzeigen sowie „Verordnungs Ausschluss verschreibungspflichtiger Arzneimittel gemäß Arzneimittel-Richtlinie“. Probieren Sie die Funktionen einmal aus. Bitte wenden Sie sich an Ihren Softwarehersteller, wenn keine entsprechenden Hinweise gegeben werden.

Arzneimittel mit einer fiktiven Zulassung sind ebenfalls von der Verordnung zulasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen. Für diese Arzneien existiert keine Kennzeichnungspflicht in der Software. Einige Hersteller kennzeichnen die Präparate auf freiwilliger Basis, so dass auch hier ein Hinweis gegeben wird. ■ HON

Die KV Nordrhein hat eine Liste der fiktiv zugelassenen Arzneimittel veröffentlicht unter

[www.kvno.de](http://www.kvno.de)

KV | 160220

## Betroffene Wirkstoffe

Beispiele für Arzneimittel, zu denen Krankenkassen einen Antrag auf „sonstigen Schaden“ gestellt haben.

Wirkstoff (Beispiel)	Bemerkung/Verordnungs Ausschluss
Reboxetin (Edronax, Solvex)	Verordnungs Ausschluss seit April 2011
ASS plus Dipyridamol (Aggrenox, Asasantin, Generika)	Verordnungs Ausschluss seit April 2014
Pioglitazon (Actos)	Verordnungs Ausschluss seit April 2011
Tepilta	Antacida in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen
Arthotec/Arthotec forte, Migränerton	Antiphlogistika oder Antirheumatika in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen, Antacida in fixer Kombination mit anderen Wirkstoffen, Migränemittel-Kombinationen
Voltaren Emulgel Diclac Schmerzgel Diclofenac-Gele	Externa bei traumatisch bedingten Schwellungen, Ödemen und stumpfen Traumata, Rheumamittel (Analgetika/Antiphlogistika/Antirheumatika) zur externen Anwendung
Broncho Vaxom, Uro-Vaxom	Umstimmungsmittel und Immunstimulantien zur Stärkung der Abwehrkräfte
Selenase	Arzneimittel ohne ausreichend therapeutisch gesicherten Nutzen sind gemäß Arzneimittel-Richtlinie nicht verordnungsfähig.
Caverject Impuls	Lifestyle-Präparat
Pentoxifyllin-Generika, Trental	Durchblutungsfördernde Mittel sind nicht verordnungsfähig, Ausnahme: Naftidrofuryl und Prostanoiden (Anlage III, Ziffer 24).
Doxycyclin + Ambroxol (Doxo comp)	fixe Kombinationen von Antitussiva oder Expektorantien oder Mukolytika untereinander oder mit anderen Wirkstoffen

## Neuer Abrechner Sprechstundenbedarf

Der Sprechstundenbedarf in Nordrhein wird seit Beginn des Jahres 2016 von einem neuen Dienstleister abgerechnet. Die Gesellschaft für Statistik im Gesundheitswesen mbH (GfS) hat die Abwicklung des Sprechstundenbedarfs (SSB) zunächst vorübergehend übernommen. Eventuell wird sich der Abrechner nach ein oder zwei Quartalen noch einmal ändern.

Für die Praxen in Nordrhein bedeutet dies: Bitte geben Sie für Bestellungen des Sprechstundenbedarfs ab dem ersten Quartal 2016 „SSB Nordrhein“ als Kostenträger und die Kassen-Nr. 107204056 auf dem SSB-Rezept an. Der neue Abrechner erhält die Vertragskassennummer 38955; die VKNR wird erst ab dem zweiten Quartal 2016 in der Praxissoftware hinterlegt sein. Praxen kennzeichnen bitte Rezepte mit der „9“ im Statusfeld, wenn SSB bestellt wird, und mit der „8“ und „9“, wenn Impfstoffe als SSB bestellt werden. Bitte vermeiden Sie Mischrezepte. Die Angabe des Abrechnungsquartals ist nicht mehr nötig. Die Rezepte werden anhand des Ausstellungsdatums dem entsprechenden Quartal zugeordnet.

Praxen, die ihren Sprechstundenbedarf direkt abrechnen (zum Beispiel medizinische Gase), senden ihre Abrechnung künftig an: Gesellschaft für Statistik im Gesundheitswesen mbH, Meissner Straße 197, 01445 Radebeul

SSB-Rezept ab dem ersten Quartal 2016

Für die Praxen in Nordrhein bleibt die Kassenärztliche Vereinigung Ansprechpartner zu Verordnungsfragen im Sprechstundenbedarf.

■ HON

## Keine Verordnungen bei stationären Aufenthalten

Die Prüfungsstelle stellt vermehrt Regressanträge im Zusammenhang mit Verordnungen von Arzneimitteln durch niedergelassene Vertragsärzte während eines stationären Aufenthaltes. Meist spricht die Klinik Angehörige eines sich im Krankenhaus befindenden Patienten an, den Hausarzt um eine Ver-

ordnung zu bitten, da die „Krankenhausapotheke dies nicht zeitnah besorgen könne“. In der Regel geht es um teure Diabetes-Präparate, die über einen Pen appliziert werden. Solche Verordnungen verstoßen gegen gesetzliche Regelungen – und können deswegen mit einem Regressantrag enden.

■ HET

### Kontakt

#### Hilfsmittelberatung

Telefon 0211 5970 8070

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail [patricia.shadiakhy@kvno.de](mailto:patricia.shadiakhy@kvno.de)

#### Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111

Telefon 0211 5970 8666 (SSB)

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail [pharma@kvno.de](mailto:pharma@kvno.de)

#### Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren: Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396

Telefax 0211 5970 9396

E-Mail [margit.karls@kvno.de](mailto:margit.karls@kvno.de)

## Zuckerbrot & Peitsche

Zehn Jahre nach der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) verschärft die Politik mit dem E-Health-Gesetz den Druck auf die zuständige Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (gematik). In dieser sind die Verbände von Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Apotheken sowie Krankenkassen zusammengeschlossen.

Das E-Health-Gesetz ist am 1. Januar dieses Jahres in Kraft getreten. Seine Zielrichtung ist klar: Nach Stillstand und langwierigen Diskussionsprozessen innerhalb der gematik will die Regierung mit strikten Vorgaben und Fristen sowie mit einem ganzen Bündel von Anreizen und Sanktionen erreichen, dass die sichere Telematikinfrastuktur in Deutschland rasch flächendeckend entsteht. Gleichzeitig sollen lang diskutierte Anwendungen der elektrischen Gesundheitskarte wie die elektronische Patientenakte zügig eingeführt werden.

Die wichtigsten Regelungen des E-Health-Gesetzes im Überblick:

**Versichertenstammdatenmanagement:** Bis Juni 2016 muss die gematik das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) als Online-dienst flächendeckend umsetzen – auch als Basis für weitere telemedizinische Anwendungen. Gelingt dies nicht fristgemäß, drohen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband Haushaltskürzungen.

Ab Juli 2018 verpflichtet der Gesetzgeber alle Ärzte und Psychotherapeuten zur Onlineprüfung und -aktualisierung der Versichertenstammdaten. Dazu soll ab dem 1. Juli 2016 das flächendeckende „Rollout“ zur Onlineüberprüfung der Gültigkeit und der Aktualität der Daten der eGK beginnen; dies könnte sich aber auch noch bis Ende 2016 verschieben. Ärzten und Psychotherapeuten, die dieser Verpflichtung nicht nachkommen, droht ab 1. Juli 2018 eine Kürzung der Vergütung von pauschal einem Prozent – solange, bis sie die VSDM-Prüfung durchführen.

In diesem Zusammenhang müssen sich alle Praxen mit der entsprechenden Technik ausstatten, vor allem mit einem Konnektor mit Onlineanschluss und einem neuen Kartenlesegerät. Für die erforderlichen Ausstattungs- und Betriebskosten erhalten die Ärzte nutzungsbezogene Zuschläge. Die KBV und der GKV-Spitzenverband werden in Kürze eine entsprechende Finanzierungsvereinbarung vorlegen.

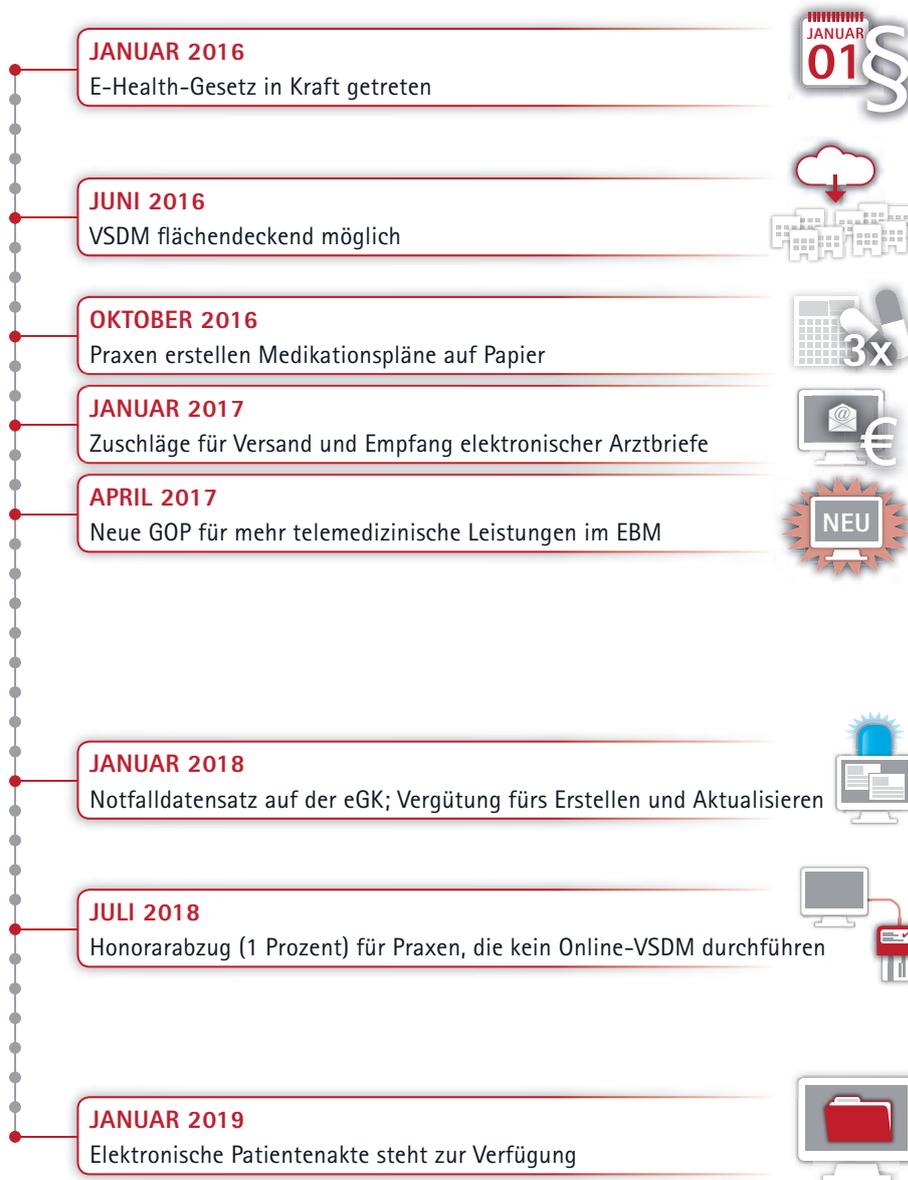
**Medikationsplan:** Ab Oktober 2016 haben Patienten, die mindestens drei Medikamente gleichzeitig verordnet bekommen, gegenüber ihren behandelnden Ärzten einen Anspruch auf die Ausstellung eines „patientenverständlichen Medikationsplans“ auf Papier. Der Arzt muss seine Patienten über diesen neuen Anspruch informieren und den Plan, wenn nötig,

### Stichwort: Telematikinfrastuktur

Die Telematikinfrastuktur ist das von der gematik betriebene Gegenstück zum Sicheren Netz der KVen. Vereinfacht gesagt, ist die Telematikinfrastuktur ein abgesichertes Netz jenseits des Internets und davon völlig abgeschottet, in dem die elektronische Kommunikation rund um die eGK stattfinden soll. Man hat nur Zugang, wenn man über einen Konnektor verfügt. Im Konnektor wird sich eine Sicherung (SMC Typ B) befinden, die im Falle der Vertragsärzte von den KVen ausgegeben werden muss.

## DIE MEILENSTEINE DES E-HEALTH-GESETZES

Die Grafik zeigt die wichtigsten Punkte für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten im Zeitverlauf.



auch aktualisieren. Apotheker können sich an der Aktualisierung des Medikationsplans beteiligen, sofern der Patient dies wünscht.

Ab 2019 muss der Medikationsplan via Gesundheitskarte zusätzlich auch elektronisch zur Verfügung stehen. Dabei soll die techni-

sche Umsetzung im Rahmen der Praxisverwaltungssysteme nicht nur eine einheitliche Abbildung der Versorgungsdaten ermöglichen, sondern auch die Grundlage für die Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit liefern. Das konkrete Verfahren ist bis Ende Mitte 2016 zwischen Ärzten- und Apothekerverbänden zu

regeln, Bundesmantelvertrag und der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) sind entsprechend zu ergänzen. Ab 1. Januar 2019 sind dann alle Ärzte und Apotheker zur Aktualisierung der Daten verpflichtet. Der Speicherort der Daten ist noch offen. Auch hier vereinbaren KBV und GKV-Spitzenverband noch nutzungsbedingte Zuschläge.

**Elektronischer Arztbrief:** Mit dem Ziel, die elektronische Kommunikation zwischen den Ärzten zu fördern, erhöht sich für das Jahr 2017 der Zuschlag, den Ärzte erhalten, wenn sie einen elektronischen Arztbrief versenden bzw. empfangen. Die KBV muss hierzu eine Richtlinie erarbeiten, in der die Einzelheiten geregelt werden. Im Moment tendiert die KBV dazu, dem Versender 28 Cent und dem Empfänger 27 Cent von den insgesamt 55 Cent je Brief zur Verfügung zu stellen.

Voraussetzungen für die Vergütung ist ein sicherer Übertragungsweg, zum Beispiel via KV-Connect. Der eArztbrief ist natürlich auch elektronisch zu versenden und mit dem elektronischen Heilberufsausweis zu signieren. Ab 2018 sollen eArztbriefe schließlich nur noch vergütet werden, wenn sie über die neue Telematikinfrastruktur versendet werden, die Höhe des Zuschlags wird dann neu verhandelt. Details zum konkreten Verfahren und zur Abrechnung wird die KBV in einer Richtlinie festlegen. Eine noch im Kabinettsentwurf vorgesehene Zusatzvergütung für den elektronischen Entlassbrief wird es nun doch nicht geben.

**Neue telemedizinische Leistungen:** Ab April 2017 gibt es für Telekonsile bei der Befundung von Röntgenaufnahmen eine Gebührenordnungsposition im EBM. Ab Juli 2017 soll dann

## „Fristen sind nicht haltbar“

Gilbert Mohr ist einer der führenden Telematik-Experten in Deutschland. Das E-Health-Gesetz bewertet er sehr kritisch – und rät den Praxen im Hinblick auf die dort fixierten Forderungen, in Sachen IT-Technik erst einmal abzuwarten.

### *Wie bewerten Sie das E-Health-Gesetz?*

Meine Erachtens ist es der verzweifelte Versuch der Politik, das seit über einem Jahrzehnt geplante und von Pleiten, Pech und Pannen begleitete eGK-Projekt doch noch zum späten Erfolg zu führen. Wenn das auch nicht klappt, wird die nächste Bundesregierung sich überlegen müssen, ob sie weiterhin auf das Pferd eGK/Telematikinfrastruktur setzt, oder einen Schlussstrich zieht.

### *Gibt es auch positive Aspekte?*

Ja. Aber leider nur im ursprünglichen Entwurf des E-Health-Gesetzes bis Anfang Dezember 2015. Da war eine signifikante Förderung des elektronischen Entlassbriefs und damit des Entlassmanagements sowohl für die Kran-

kenhausseite (1 Euro) als auch für den empfangenden Vertragsarzt (50 Cent) vorgesehen. Das hätte die Schnittstelle ambulant/stationär sicher positiv beeinflusst. Diese sinnvolle Anwendung wurde jedoch ohne Erklärung kurz vor dem Inkrafttreten des Gesetzes wieder gestrichen. Das ist mehr als schade.

### *Rund um die eGK und die Telematikinfrastruktur hat es immer wieder erhebliche Verzögerungen gegeben. Sind die im E-Health-Gesetz genannten Fristen haltbar?*

Nein. KBV und GKV-Spitzenverband sollen zum Beispiel bis April 2016 eine Finanzierungsvereinbarung für den sogenannten Online-Rollout schließen, der schon am 1. Juli 2016 starten soll. Die erste Anwendung

auch die Videosprechstunde mit Bestandspatienten als Leistung in der gesetzlichen Krankenversicherung via EBM vergütet werden.

**Einführung des Notfalldatensatzes:** Um die Versorgung von Akutpatienten zu verbessern, soll künftig ein Zugriff auf relevante Notfalldaten der Versicherten direkt über die elektronische Gesundheitskarte möglich sein. Auf der Karte sollen daher Vorerkrankungen, Allergien oder Infos über Implantate etc. abrufbar sein. Alle Ärzte, die einen entsprechenden Notfalldatensatz erstellen bzw. aktualisieren, erhalten ab 2018 eine zusätzliche Vergütung. Der Bewertungsausschuss hat den EBM in dieser Hinsicht bis zum September 2017 anzupassen.

Wichtig: Die Versicherten müssen der Speicherung ihrer Notfalldaten zustimmen. Um die Daten in der Regelversorgung zu nutzen,

müssen die Patienten ihr Einverständnis erteilen. Soweit für die Notfallversorgung erforderlich, ist der Zugriff auf diese Daten auch ohne Autorisierung der Versicherten zulässig.

**Patientenakte und Patientenfach:** Ab 2019 soll die Patientenakte als weitere Anwendung der eGK zur Verfügung stehen und den Patienten ermöglichen, ihren Notfalldatensatz, den Medikationsplan sowie Arztbriefe und weitere medizinische Dokumente sektorübergreifend aufzunehmen. Der Patient hat einen Anspruch darauf, dass ihm die Ärzte seine gespeicherten Daten zur Verfügung stellen. Zudem soll es mittelfristig möglich sein, dass Versicherte selbstständig Daten speichern können, zum Beispiel aus Fitness-Trackern.

■ SIMONE GRIMMEISEN

ist das VSDM. Alle Beteiligten sind sich jedoch einig darüber, dass ein Online-Rollout erst Sinn macht, wenn vorher ein erfolgreicher Test abgeschlossen wurde. Der Test wird seit zwei Jahren intensiv geplant – ist aber bis heute nicht gestartet.

#### *Woran liegt das?*

Das liegt vor allem daran, dass die notwendigen Konnektoren nicht verfügbar sind. Die Sicherheitsanforderungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik überfordern die Hersteller schlichtweg. Möglicherweise wird der Test im Sommer starten, vielleicht auch erst im Herbst 2016. Wie soll da im Juli ein Online-Rollout beginnen?

#### *Was müssen Praxen jetzt in Sachen IT-Technik tun, um die Anforderungen zu erfüllen, zum Beispiel beim VSDM?*

Nichts, einfach abwarten. Sollte der Online-Rollout wirklich zustande kommen, wird die

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein ihre Mitglieder ausführlich informieren. Wir bereiten uns intern vor.

#### *Mit der Signatur von eArztbriefen gibt es eine neue Funktion für den elektronischen Heilberufsausweis (eHBA). Lohnt sich die Anschaffung jetzt?*

Das lohnt sich in Nordrhein schon länger! Seit 2008 wird der eHBA über eine reduzierte Verwaltungskostenpauschale von 0,2 Prozent für die elektronische Unterschrift auf der Sammelerklärung für die KV-Abrechnung gefördert. Über zweieinhalbtausend Praxen besitzen bereits einen eHBA. Etliche davon nutzen ihn schon heute auch für den elektronischen Arztbrief, den wir in der Region Düren bereits seit drei Jahren im Praxiseinsatz haben.

■ DIE FRAGEN STELLTE FRANK NAUNDORF.



#### **Zur Person**

Gilbert Mohr (61 Jahre) leitet die Stabsstelle Telematik der KV Nordrhein. Er war bei der KBV 18 Jahre lang Leiter der Prüfstelle für Praxiscomputersysteme, bevor er zur KV Nordrhein wechselte. Hier baute er mit seinem Team D2D auf, das Vorgängersystem von KV-Connect, und begleitete die Einführung der eGK. Mohr ist verheiratet und hat zwei erwachsene Kinder.

## 1.800 Terminangebote zum Start

Seit dem 25. Januar 2016 hilft die Termin-Servicestelle der KV Nordrhein Patienten, die trotz dringlichen Behandlungsbedarfs keinen Termin in einer Facharzt-Praxis innerhalb von vier Wochen finden. Ausgenommen von dieser Regelung sind Augenärzte und Gynäkologen, bei denen keine Überweisung nötig ist.

„Wir haben immer wieder deutlich gemacht, dass wir die Einrichtung einer Termin-Servicestelle für nicht erforderlich halten. Jetzt werden wir jedoch die Vorgaben des Gesetzgebers umsetzen und das Serviceangebot für die Patientinnen und Patienten so effizient und unbürokratisch wie möglich gestalten“, sagte Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein, auf einer Pressekonferenz kurz vor dem Start des Angebots. Dieser fand unter intensiver Medienbeobachtung statt und klapperte reibungslos.

Bis 25. Januar 2016 hatten Praxen aus dem Rheinland rund 1.800 freie Termine gemeldet – die meisten übrigens per Fax. „Wir nehmen aber gern auch Meldungen per Telefon oder E-Mail an“, erläutert Miriam Mauss, Leiterin der Servicestelle. Sie hofft, dass weitere Meldungen der Praxen eingehen, denn die KV benötigt natürlich im Laufe des Jahres weitere Termine, um dringliche Patienten vermitteln zu können.

„Da diese Behandlung zulasten der niedergelassenen Fachärzte geht, werden wir in jedem

## Terminservice: Fragen und Antworten

*Dringliche Termine kennzeichnen Praxen mit einem A auf der Überweisung. Steht auf der Überweisung ein B oder kein Buchstabe im Auftragsfeld, dann gilt die Überweisung als nicht dringlich. Doch was ist dringlich?*

Nach dem Bundesmantelvertrag sind vor allem Früherkennungsuntersuchungen, Verlaufskontrollen bei nicht akuten Erkrankungen und Untersuchungen zur Feststellung der Leistungsfähigkeit verschiebbar, also nicht dringlich. Auch Bagatellerkrankungen dürften kaum dringlich sein. Sie liegen nach Definition des Bundesmantelvertrags vor, „wenn ein Zuwarten von mehr als vier Wochen hingenommen werden kann, da keine Gefahr besteht, dass sich der Gesundheitszustand ohne Behandlung verschlechtert oder eine längere Verzögerung zur Beeinträchtigung des angestrebten Behandlungserfolgs führt.“

*Sehen die Überweisungen künftig anders aus?*

Nein. Der Überweisungsschein bleibt unverändert.

*Bei uns gibt es grundsätzlich innerhalb von vier Wochen Termine. Müssen wir an dem Verfahren teilnehmen?*

Die Meldung freier Termine ist freiwillig. Findet sich kein Facharzttermin innerhalb der vorgegebenen Vier-Wochen-Frist, muss die Servicestelle für den Patienten einen Alternativtermin im Krankenhaus vereinbaren. Die KV Nordrhein möchte das verhindern. Denn das Geld für die Behandlung durch Krankenhausärzte müsste aus dem Honorar der Fachärzte entnommen werden.

*Was ist der Unterschied zwischen festen Terminen und regelmäßigen Terminen bei der Angabe für die Termin-Servicestelle?*

Ein fester Termin ist an einem bestimmten Datum zu einer bestimmten Uhrzeit. Ein regelmäßiger Termin ist zum Beispiel jeden Freitag um 11 Uhr. Wenn Sie indes wissen, dass Sie am 4. März um 11 Uhr einen Termin anbieten können, dann tragen Sie diesen bitte bei festen Terminen ein.

Fall versuchen, einen Termin bei einem niedergelassenen Facharzt zu finden“, betont Potthoff. „Wunschtermine bei Wunschärzten“ gebe es nicht, Patienten erhielten einen Termin in einer Praxis mit vorgegebenem Datum und Uhrzeit. Diese Praxis liegt in „zumutbarer Entfernung“: Bei fachärztliche Grundversorgern wie Orthopäden oder Neurologen sind sie in maximal 30 Minuten Fahrtzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar.

Die KV empfiehlt Patienten auch bei dringender Indikation, erstmal selbst zu versuchen, einen Termin zu bekommen. Die Servicestellen organisieren Termine nur dann, wenn der Patient trotz der dringlichen Überweisung keinen zeitnahen Termin innerhalb von vier Wochen erhält.

Das Verfahren mit dem Eintragen der Buchstaben A oder B soll in den nächsten Monaten durch ein elektronisches ersetzt werden. Dieses arbeitet mit Codes, die via Praxissoftware direkt auf die Überweisung gedruckt werden.



Auch das Melden von Terminen soll künftig elektronisch möglich sein. ■ FRANK NAUNDORF

*Die KV Nordrhein hat eine Patienten-Info zur Terminvermittlung erstellt. Sie nennt die Bedingungen, die zur Inanspruchnahme des Service berechtigen, und erklärt die einzelnen Schritte der Vermittlung. Die Info können Sie herunterladen unter [www.kvno.de/tss](http://www.kvno.de/tss) | KV | 160227*

430 Anrufe nahm die Termin-Servicestelle der KV Nordrhein am ersten Tag an. Für ein Lächeln blieb Rabea Moldenhauer dennoch Zeit.

### **Wenn ich einen Termin melde: Wie erfahre ich, dass er vergeben wurde?**

Die KV Nordrhein schreibt die Praxen an, wenn ein Termin vergeben werden konnte. Ebenso erhält der Patient eine schriftliche Mitteilung über den vereinbarten Termin. Kann ein Termin nur ganz kurzfristig vereinbart werden, gibt die KV das telefonisch durch. Wenn Sie keine Info bekommen, dann ist der Termin nicht benötigt worden.

### **Wie lange muss ich den Termin freihalten, wenn sich die KV nicht meldet?**

Wir bitten Sie, die Termine bis zu drei Werktagen vor dem Termin freizuhalten.

### **Soll ich die KV informieren, wenn ich derzeit keine Termine nennen kann?**

Wenn Sie keinen Termin nennen können, dann teilen Sie uns auch dies bitte mit. Sie können uns auch gern infor-

mieren, dass unter Umständen nach telefonischer Rücksprache kurzfristig Termine möglich sind.

### **Kann jeder Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft einzeln freie Termine eintragen?**

Ja, die Praxis kann für jeden einzelnen Arzt freie Termine melden. Bitte kennzeichnen Sie die verschiedenen Fachrichtungen auf dem Rückmeldefax eindeutig. Beispiel: Dr. X, Gastroenterologe, mittwochs 11.00 bis 12.00 Uhr, Gastroskopie, 2 Patienten usw.

### **Nehmen auch Psychotherapeuten daran teil?**

Für die psychotherapeutische Versorgung besteht im Jahr 2016 (noch) keine Vermittlungspflicht.

Infos für Praxen zum Terminservice finden Sie unter [www.kvno.de/tss2](http://www.kvno.de/tss2) | KV | 160227

## Kinder altersgerecht schulen

Die Disease-Management-Programme (DMP) gibt es in Nordrhein bereits seit 2003. Ein Jahr später erschien der erste DMP-Qualitätsbericht, der über die Qualität der Behandlung chronisch kranker Patienten durch das strukturierte Behandlungsprogramm informierte. Der nun elfte Bericht legt den Fokus auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen.



Etwa 14.000 Kinder und Jugendliche nehmen am DMP Asthma bronchiale teil. Die Auswertung der DMP-Zahlen ergab, dass junge Patienten bei der Überprüfung der Inhalationstechnik oder der Erstellung eines Selbstmanagementprogramms besser abschneiden als Erwachsene. Im DMP Diabetes Typ 1 sind über tausend Kinder und Jugendliche eingeschrieben. In beiden DMP erhalten sie altersgerechte Schulungen.

2, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Brustkrebs. Weitere DMP sind geplant, unter anderem zu den Erkrankungen chronischer Rückenschmerz, Depression, rheumatoide Arthritis, Herzinsuffizienz und Osteoporose.

Der DMP-Qualitätsbericht für Nordrhein dokumentiert seit 2004 die Umsetzung der strukturierten Behandlungsprogramme im Rheinland so detailliert wie in keiner anderen Region Deutschlands. Die Beschreibung von Untergruppen der teilnehmenden Patienten (zum Beispiel nach Alter, Geschlecht und klinischen Befunden) sowie die Betrachtung von DMP-Teilnehmern über einen längeren Zeitraum liefern immer wieder wertvolle Erkenntnisse über die Wirksamkeit der langfristigen Betreuung chronisch kranker Patienten. Den Bericht erstellt das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung im Auftrag der gemeinsamen Einrichtung aus Kassenärztlicher Vereinigung Nordrhein, Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen.

■ MED

Den DMP-Qualitätsbericht der KV Nordrhein finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)  
KV | 160228

Insgesamt gab es in Nordrhein 2014 etwa 841.000 DMP-Patienten. In 4.505 Praxen haben 6.167 Ärzte mithilfe der Programme die Kompetenz der Patienten im Umgang mit ihrer Erkrankung gestärkt. Mit den DMP werden einheitliche, wissenschaftlich gesicherte Vorgaben und Empfehlungen bei der Diagnostik und Therapie der Patienten angewandt, um die Versorgungsqualität zu verbessern.

### Weitere DMP-Programme geplant

In Nordrhein gibt es derzeit insgesamt sechs DMP zu den Erkrankungen Diabetes Typ 1 und

DMP	Anzahl Patienten	Teilnahmerate ca.
Diabetes Typ 2	519.332	84% - 96%
Diabetes Typ 1	24.432	72% - 82%
Koronare Herzkrankheit	238.969	45% - 47%
Asthma bronchiale	101.865	24,5%
COPD	113.893	37%
Brustkrebs	14.469	21%



# www.kvno-portal.de

Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

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

Das KVNO-Portal steht allen Mitgliedern der KV Nordrhein kostenlos zur Verfügung. Ihre Zugangsdaten erhalten Sie unter [www.kvno-portal.de](http://www.kvno-portal.de)

## Kontakt

KV Nordrhein  
IT-Hotline  
Telefon 0211 5970 8500  
Telefax 0211 5970 9500  
E-Mail [it-hotline@kvno.de](mailto:it-hotline@kvno.de)



[www.kvno-portal.de](http://www.kvno-portal.de) 

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

## Versorgung auf hohem Niveau

Die Vertragsärzte und -psychotherapeuten bieten ambulante Versorgungsqualität auf Höchstniveau. Die Patienten können fachübergreifend und flächendeckend auf eine qualitätsgesicherte Diagnostik und Therapie vertrauen, denn diese unterliegt überall den gleich hohen Standards. Der Qualitätsbericht 2015 der KV Nordrhein belegt auch, dass die Sicherung der Qualität in der ambulanten Versorgung kontinuierlich aktuellen Entwicklungen anpasst wird.



Den Qualitätsbericht der KV Nordrhein finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)  
KV | 160230

„So bestimmt die neue Qualitätssicherungsvereinbarung Dünndarm-Kapselendoskopie zur Abklärung obskurer gastrointestinaler Blutungen die Teilnahmeanforderungen an die Vertragsärzte“, sagt KV-Vorstandsvorsitzender Dr. med. Peter Potthoff. „Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzweiterbildung

Kinder-Gastroenterologie können die extra-budgetär vergütete Untersuchung mit entsprechender KV-Genehmigung vornehmen und abrechnen“, erläutert Potthoff weiter.

### HCV-Therapie auf sicherem Boden

Auch der neue Hepatitis-C-Strukturvertrag trägt zu einer besseren ambulanten Behandlungsqualität bei. Das im Vertrag beschriebene Zweitmeinungsverfahren bedeutet für die Patienten Sicherheit in der Therapie und für die Ärzte Sicherheit beim Verordnen der neuen Medikamente, um chronische HCV-Infek-

tionen zu heilen. Ein Lenkungsgremium, bestehend aus Vertretern verschiedener Institutionen, begleitet den Vertrag und bietet den Teilnehmern gleichzeitig Rechtssicherheit.

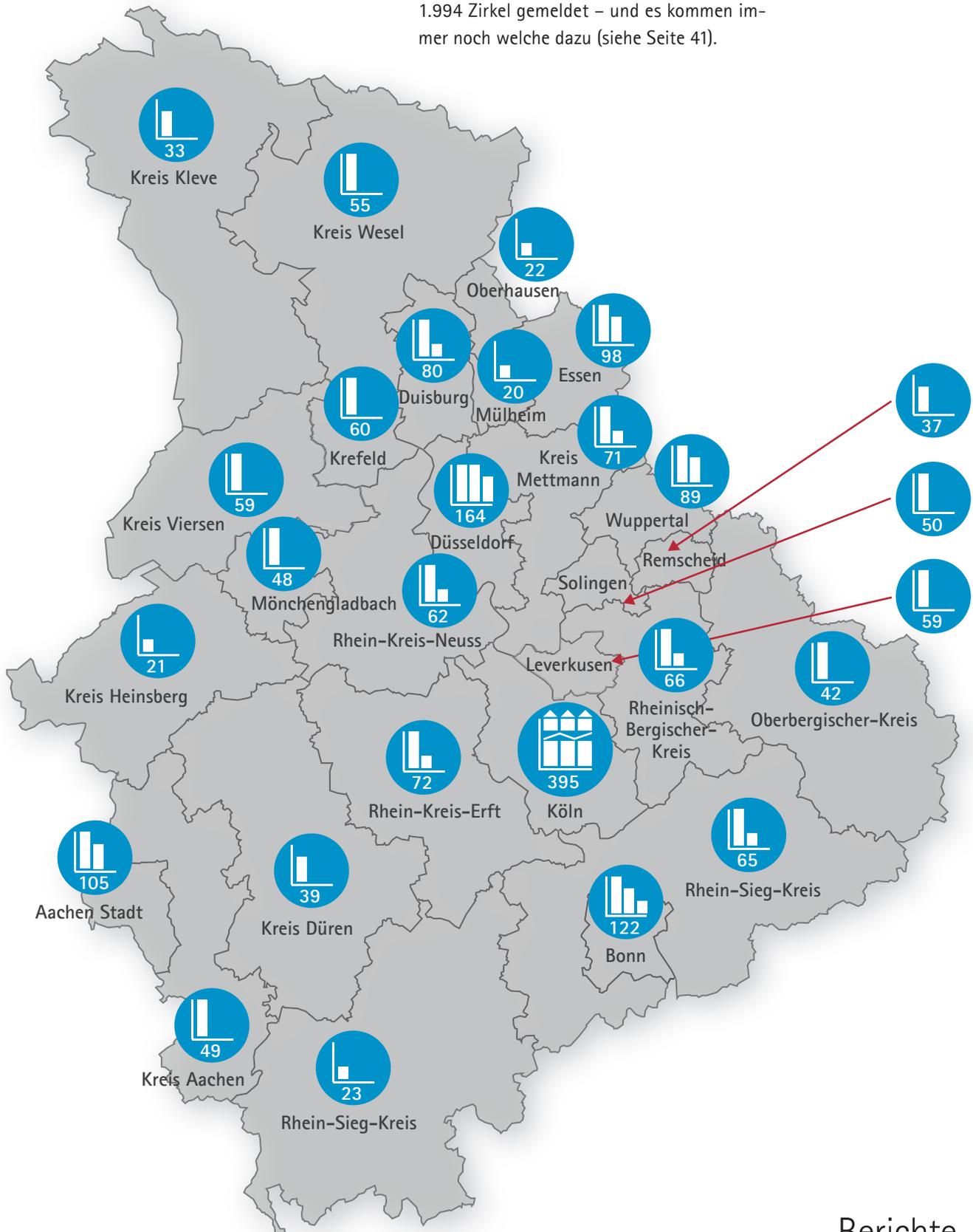
Der Qualitätsbericht informiert über das Engagement der Kassennärztlichen Vereinigung Nordrhein bei „Frühen Hilfen“ für Schwangere, für junge Eltern und Familien in schwierigen Lebensverhältnissen. Die Autoren thematisieren zudem die ersten Schritte in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung für den Bereich „Koronarangiografie“ und „perkutane Koronarintervention“. Außerdem gibt der Bericht einen Einblick in die Arbeit der Ultraschallkommission und beschreibt die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung bei den „Speziellen Laboratoriumsuntersuchungen“.

Seit mehr als zehn Jahren veröffentlicht die KV Nordrhein jährlich einen Qualitätsbericht, mit dem sie dokumentiert, auf welchem Qualitätsniveau die niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Nordrhein tätig sind. Für inzwischen mehr als 70 genehmigungspflichtige Leistungen von A wie Akupunktur bis Z wie Zytologie wird geprüft, ob die jeweiligen Voraussetzungen zur Erteilung und Aufrechterhaltung einer Abrechnungsgenehmigung gegeben sind. In Nordrhein sind in 37 Qualitätssicherungskommissionen rund 240 ehrenamtlich ärztliche und psychotherapeutische Mitglieder tätig. ■ SIGRID MÜLLER

## Fast 2.000 Qualitätszirkel in Nordrhein

Tausende niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten sind in Nordrhein in Qualitätszirkeln aktiv. In diesen freiwilligen Zusam-

menschlüssen tauschen sie sich über Behandlungsfälle oder Probleme des Praxisalltags unter organisatorischer Leitung eines Moderators aus. Bei der KV Nordrhein sind derzeit 1.994 Zirkel gemeldet – und es kommen immer noch welche dazu (siehe Seite 41).



## KV-Connect für den Datenaustausch

Im sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen (SNK) gibt es viele verschiedene Online-Anwendungen, zum Beispiel die Übermittlung von elektronischen Quartalsabrechnungen, Dokumentationen oder Arztbriefen. Damit Praxen diese im SNK aus dem eigenen Praxisverwaltungssystem (PVS) nutzen können, benötigen sie einen sicheren Kommunikationsdienst. Im KV-System heißt dieser KV-Connect.



© BillionPhotos.com | fotolia

Mit KV-Connect können Ärzte und Psychotherapeuten direkt aus dem Praxisverwaltungssystem agieren.

KV-Connect ermöglicht einen Daten- und Informationsaustausch direkt aus dem PVS heraus mit der KV, Praxen oder anderen Gesundheitseinrichtungen. KV-Connect steht seit dem dritten Quartal 2015 für die Quartalsabrechnung zur Verfügung. Andere Anwendungen, wie das elektronische Disease-Management-Programm, können seit dem ersten Quartal 2016 genutzt werden.

### Kommunikation über E-Mail-Adressen

KV-Connect ist zu vergleichen mit einem E-Mail-Programm, das nur berechtigte Nutzer in unserem Gesundheitssystem verwenden können. Jeder Nutzer wird hierzu sicher registriert und erhält eine KV-Connect-E-Mail-Adresse. Alle E-Mail-Adressen sind zentral in einem Adressbuch in KV-Connect hinterlegt und abrufbar.

Für das Übermitteln oder Lesen einer Nachricht ruft der Nutzer die hierfür vorgesehene Funktion in seinem PVS auf. Bei Standardnachrichten, etwa KV-Abrechnungen, stehen die Empfänger der Nachricht bereits fest. Die benötigten KV-Connect-Adressen sind in der Regel im PVS hinterlegt und die Adresse muss dementsprechend nicht vom Versender selbst eingegeben werden.

### KV-Connect bietet viele Vorteile

- **Sicherheit durch Verschlüsselung:** Jede Nachricht, die mit KV-Connect versendet wird, ist für den betreffenden Adressaten verschlüsselt und kann nur durch ihn entschlüsselt werden. Man spricht in diesem Fall von einer Ende-zu-Ende-Verschlüsselung. Zusätzlich sind die Daten beim Transport geschützt, da KV-Connect ausschließlich im SNK bereitgestellt wird.
- **Integration im PVS:** Über die Sicherheitsvorteile hinaus ist das Besondere an KV-Connect auch die direkte Kommunikation aus dem PVS heraus. Durch die tiefe Integration in das PVS muss der Anwender seine gewohnte Oberfläche nicht verlassen.
- **Kompatibilität mit anderen PVS:** KV-Connect ist bundesweit in jedem zertifizierten PVS verfügbar und mit anderen PVS kompatibel.

### Vielfältige KV-Connect-Anwendungen

Über KV-Connect sind derzeit folgende Anwendungen möglich:

- **Online-Abrechnung (1-Click-Abrechnung):** Die vom PVS erzeugte Quartalsabrechnung wird über KV-Connect an die KV übermittelt. Für den Versand der Abrechnung muss die Version 2.0 der 1-Click-Abrechnung eingesetzt werden. Welche Softwarehäuser dies in einem Test nachgewiesen haben, lesen Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | [KV | 160232](#)

- **eArztbrief:** Elektronisch erstellte Arztbriefe können über KV-Connect von den unterschiedlichsten KV-Connect-Kommunikationspartnern empfangen oder an diese übermittelt werden. Bei der Auswahl eines Adressaten für den elektronischen Arztbrief muss jedoch einiges beachtet werden, denn die Existenz einer KV-Connect-E-Mail-Adresse ist keine Garantie, dass der zugehörige Empfänger elektronische Arztbriefe empfangen kann. Der Empfänger nutzt vielleicht nur die KV-Connect-Funktion zur Übermittlung der Abrechnung, jedoch nicht die Funktion zur direkten Kommunikation mit anderen Praxen und Einrichtungen. Eine Rückfrage beim Empfänger ist daher beim Erstkontakt immer erforderlich.
- **eDMP:** Elektronisch erstellte Dokumentationen zu Disease-Management-Programmen (DMP) können über KV-Connect an die DMP-Datenstelle übermittelt werden.
- **DALE UV:** Elektronisch erstellte Berichte der Durchgangsärzte (D-Ärzte) können über KV-Connect an die Berufsgenossenschaft übermittelt werden.
- **eHKS, eKoloskopie, eDialyse:** Elektronisch erstellte Dokumentationen zum Hautkrebscreening, zur Koloskopie oder zur Dialyse können über KV-Connect an die KV Nordrhein übermittelt werden.

Für die Freischaltung von KV-Connect-Anwendungen können bei einigen Anbietern Gebühren in unterschiedlicher Höhe anfallen (zum Beispiel 15 Euro pro Monat). Da die einzelnen Anbieter mit sehr unterschiedlichen Preismodellen arbeiten, sollten Praxen sich direkt an ihren Softwareanbieter wenden.

### Der Weg zu KV-Connect

Zunächst benötigen Praxen einen sicheren Zugang zum SNK. Derzeit ist das in Nordrhein der Anschluss über KV-SafeNet. In Zukunft soll der Zugang auch über KV-FlexNet möglich sein. Um KV-Connect im PVS freizuschalten, muss sich die Praxis mit ihrem Softwarehaus in Verbindung setzen. Im nächsten Schritt ist eine Registrierung für KV-Connect bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erforderlich. Informationen zur Anmeldung gibt es unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | **KV|160233**

Die Registrierung ist kostenlos. Zum Schluss implementiert das Softwarehaus alle Anwendungen, die genutzt werden sollen, und schaltet sie frei.

### Wechsel von D2D zu KV-Connect

Alle derzeitigen D2D-Anwendungen werden bis 30. September 2016 in KV-Connect migriert. Die KV Nordrhein wird über den Status der Migration berichten. D2D-Anwender sollten auf die Softwarehersteller ihres PVS zugehen, wenn die bisherigen Anwendungen durch KV-Connect ersetzt werden sollen. ■ CLAUDIA PINTARIC

## IT-Beratung

Telefon 0211 5970 8500 | E-Mail [it-beratung@kvno.de](mailto:it-beratung@kvno.de)



Claudia Pintaric



Franz-Josef Eschweiler



Nicole Elias



Sandra Onckels

## Alltag mit Diabetes – ohne Medikamente

Sie kamen in Schwung, die Gäste bei der Ratgeberveranstaltung der KV Nordrhein und der Rheinischen Post zum Thema Diabetes. Und sie erfuhren von Experten und einer Patientin, wie sie ihre Erkrankung im Alltag in den Griff bekommen können, auch ohne viele Medikamente nehmen zu müssen.



Mit einem aktiven Lebensstil können Typ 2-Diabetiker ihren Insulinbedarf reduzieren.

„Die Arme zur Seite ausstrecken und sie in kleinen Kreisen bewegen“, forderte Personal Trainer Bastian Kreienbaum das Publikum im Saal des Hauses der Ärzteschaft auf. Schnell spürten die Besucher des „Ratgebers Gesundheit“, wie effektiv diese simple Übung war – und so festigte sich die Erkenntnis: Bewegung ist einer der wichtigsten Faktoren, um Diabetes Typ 2 in den Griff zu bekommen.

„Bauen Sie kleine Übungen in den Alltag ein, laufen Sie beim Telefonieren auf der Stelle, nehmen Sie die Treppe statt den Aufzug oder stellen Sie sich beim Zähneputzen auf ein Bein“, riet Kreienbaum. Er machte klar, wie Typ 2-Diabetiker bereits durch einfache Maßnahmen ihren Insulinbedarf reduzieren können. Dazu hatte Waltraud Kennel dem Publikum der Veranstaltung „Diabetes im Griff – auch ohne Medikamente“ bereits einen eindrucksvollen Erfahrungsbericht gegeben.

### Lebensstil ändern

Die Patientin hatte durch eine Umstellung ihrer Ernährung nicht nur mehr als 50 Kilo verloren, sondern auch ihren Bedarf an Arzneimitteln deutlich einschränken können. „Ich fühle mich gut“, erklärte die 49-Jährige strahlend. Sie berichtete, dass auch ihre Mutter, die an Diabetes leidet, mit ihr gemeinsam den Lebensstil geändert habe, und dass sie erkrankte Kollegen gern dabei berät, wie sie es ihr gleich tun können.

Menschen mit Diabetesrisiko gehen oft viel zu spät zum Arzt und wissen häufig nicht um die Möglichkeiten, mit der Krankheit richtig umzugehen. Das stellte Dr. Tarek Othman fest, Internist und Hausarzt aus Neuss, zu dessen Patienten auch Waltraud Kennel gehört.

### Schrittzähler kann helfen

Stephan Martin, Chefarzt für Diabetologie und Direktor des Westdeutschen Diabetes- und Gesundheitszentrums, begleitet ebenfalls viele „Zuckerkrank“ und weiß: „Meist ist der erhöhte Blutzuckerspiegel nicht die einzige Erkrankung. Bei den Menschen mit Übergewicht kommen häufig auch Bluthochdruck und Probleme mit den Gelenken hinzu.“ Sein Rat: unterwegs einfach einen Schrittzähler mitnehmen und überprüfen, wie viele Schritte man an einem Tag geschafft hat. „Dazu kann man zum Beispiel einen Wettbewerb mit Freunden starten. Das macht Spaß und motiviert.“

Weil die Ernährung einen großen Einfluss auf die Insulinproduktion des Körpers hat, empfiehlt Martin vor allem kohlenhydratarme Kost – besonders direkt nach dem Sport. Dass Süßstoff keine gute Alternative für Zucker ist, hat nach Worten des Experten gerade wieder eine aktuelle Studie ergeben. „Das zeigt allein schon die Tatsache, dass Süßstoff unter anderem als Nahrungsmittel in der Schweinemast eingesetzt wird.“ Von sogenannten „light“-Produkten sollte man deswegen besser die Finger lassen. ■ NATASCHA PLANKERMANN

## ARZ Duisburg: Jahresbeginn mit Hindernissen

The same procedure as every year: So sicher, wie „Dinner for one“ in den Weihnachtstagen im Fernsehen läuft, so sicher ist auch, dass die Arztrufzentrale (ARZ) Nordrhein-Westfalen in und an den Weihnachtstagen deutlich mehr Anfragen bewältigen muss als im Normalbetrieb. Fast 44.000 Anrufe hat die ARZ in der Woche vom 24. Dezember 2015 bis zum 3. Januar 2016 angenommen, das sind rund viermal so viele Anrufe wie in einer gewöhnlichen Woche. „Trotzdem lief es Weihnachten weitgehend problemlos“, sagt Dr. Michael Klein, Leiter der Zentrale mit Sitz in Duisburg. Die Anrufer erreichten die ARZ gut, erhielten die Hinweise auf die diensthabenden Notdienstpraxen oder ihnen wurde ein Arzt für einen Hausbesuch vermittelt.

In der Woche darauf habe es allerdings einige technische Probleme gegeben, berichtet Klein, etwa den Ausfall der Telefonanlage im Überlauf-Callcenter, das die ARZ unterstützt, wenn extrem viele Anrufe eingehen. Genau das passierte am 2. Januar. Die Folge: Die ARZ war für Patienten schwer zu erreichen, die Anrufer hingen lange in der Leitung. „Wir hatten besonders am Vormittag extrem viel zu tun, sodass Wartezeiten entstanden, obwohl wir personell schon stark aufgestockt hatten“, so Klein.

Im Verlauf des Jahres 2015 hat die ARZ knapp 850.000 Patientenanfragen aus Nordrhein und Westfalen-Lippe bearbeitet. Die Zahl ist in etwa so hoch wie in den Vorjahren. ■ NAU

## Arthroskopie bei Gonarthrose eingeschränkt

Voraussichtlich ab dem 1. April 2016 dürfen gesetzlich versicherte Patienten mit Gonarthrose nur noch in bestimmten Ausnahmefällen eine Arthroskopie erhalten. Zu den Ausnahmen gehören Patienten mit Traumata, akuten Gelenkblockaden und meniskusbezogenen Indikationen, bei denen die bestehende Gonarthrose lediglich als Begleiterkrankung anzusehen ist. In diesen Fällen kann die Arthroskopie als GKV-Leistung erbracht und über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet werden.

Für alle anderen Fälle hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Risiken des Eingriffs gegenüber dem Nutzen als zu hoch erachtet. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) hatte im Auftrag des G-BA wissenschaftliche Studien zu verschiedenen arthroskopischen Verfahren bei Gonarthrose ausgewertet. Der G-BA hat aufgrund dieser Auswertung entschieden, den Eingriff aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen



Krankenversicherung zu streichen. Die Regelung gilt im vertragsärztlichen und stationären Bereich.

Sobald der Beschluss vom Bundesgesundheitsministerium geprüft wurde, erfolgt eine Veröffentlichung im Bundesanzeiger. Die Änderungen treten dann mit Beginn des Quartals in Kraft, das auf die Veröffentlichung folgt – voraussichtlich am 1. April 2016. ■ MED

Gonarthrose-Patienten erhalten voraussichtlich ab 1. April 2016 nur in Ausnahmefällen eine Arthroskopie.

- Schneller informieren
- Mehr kommunizieren
- Ganz einfach vernetzen
- **Alles online!**

## Extra für MFA:

Unser Newsletter „MFA aktuell“ und  
Facebook-Auftritt „MFA vernetzt“

**Jetzt registrieren!**  
**[www.kvno-newsletter.de](http://www.kvno-newsletter.de)**



**Engagiert für Gesundheit.**  
**Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein**

# AU-Richtlinie und AU-Formulare

## Neuregelung Krankengeld

Bisher mussten die Patienten die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit spätestens am Tag des Ablaufs der attestierten Arbeitsunfähigkeit erneut ärztlich feststellen lassen. Durch die Neuregelung bleibt der Anspruch auf Krankengeld erhalten, wenn sich der Patient bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit spätestens an dem Werktag bei seinem Arzt vorstellt, der auf den letzten Tag der AU-Bescheinigung folgt und dann die Folgebescheinigung ausgestellt wird. Ist die AU-Bescheinigung zum Beispiel bis Dienstag ausgestellt, wäre das der Mittwoch. Endet sie am Freitag, müsste der Patient den Arzt für eine Folgebescheinigung erst wieder am Montag aufsuchen, denn Samstage werden nicht als Werktage gezählt. Diese Bestimmung ist Bestandteil des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes.

Durch die Änderung gilt beim Krankengeld jetzt dieselbe Regelung wie in den ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit. Hiermit werden die Probleme gelöst, die sich in der Praxis bei der verspäteten Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Folgebescheinigungen) in der Vergangenheit ergaben. Bisher mussten die Patienten die Fortdauer der Arbeitsunfähigkeit spätestens am Tag des Ablaufs der bisher attestierten Arbeitsunfähigkeit erneut ärztlich feststellen lassen. Diese Regelung wurde nun auch in die AU-Richtlinie aufgenommen und gilt rückwirkend ab dem 1. Januar 2016.

## Rückdatierung der Arbeitsunfähigkeit

Damit eine Arbeitsunfähigkeit auch für den Zeitraum einer Notfallversorgung beispielsweise über das Wochenende bescheinigt werden kann, wurde vereinbart, dass der Vertragsarzt den Beginn der Arbeitsunfähigkeit drei Tage rückdatieren darf. Bisher waren es nur zwei Tage.

## Formulare zur Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit

Weniger Bürokratie bringt seit Jahresbeginn 2016 ein neues Formular, auf dem Vertragsärzte eine Arbeitsunfähigkeit (AU) sowohl während der Entgeltfortzahlung als auch während der Krankengeldzahlung bescheinigen können. Der sogenannte Auszahlschein für Krankengeld (Muster 17) ist in die klassische AU-Bescheinigung (Muster 1) integriert worden. Neu ist außerdem, dass Patienten nun einen Durchschlag der Krankschreibung erhalten. Bislang bekamen nur die Krankenkasse und der Arbeitgeber eine Kopie.

Ebenfalls zum 1. Januar 2016 wurde die Anfrage zum Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit angepasst (Muster 52). Es handelt sich dabei überwiegend um sprachliche Anpassungen. Der Arzt, der die AU-Bescheinigung ausstellt, muss das Muster 52 auf Anfrage der Krankenkasse ausfüllen, allerdings erst dann, wenn ein Patient 21 Tage hintereinander arbeitsunfähig ist. Erhält der Arzt diese Anfrage früher, muss er sie nicht beantworten.

Die neuen Formulare erhalten die Praxen nun über den KV-Formularversand in Krefeld. Sie sind seit Januar auch in die Praxissoftware integriert, sodass sie am Computer ausgefüllt werden können.

## Kontakt

Serviceteam Düsseldorf



0211 5970 8888

Serviceteam Köln



0221 7763 6666



## Wichtig:

Tritt eine neue Erkrankung auf und hat zwischenzeitlich, wenn auch nur kurzfristig, Arbeitsfähigkeit bestanden, ist „Erstbescheinigung“ anzukreuzen. Dies gilt auch, wenn eine neue AU am Tag nach dem Ende der vorherigen AU beginnt.

### 1 „arbeitsunfähig seit“

In die Zeile „arbeitsunfähig seit“ tragen Sie ein, ab welchem Tag bei dem/der Versicherten nach ärztlichem Befund AU besteht. Grundsätzlich nicht bescheinigt wird AU einer vor der ersten Inanspruchnahme des Vertragsarztes liegenden Zeit. Eine Rückdatierung des Beginns der AU vor dem Behandlungsbeginn ist nur ausnahmsweise nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu drei Tagen zulässig.

### 2 „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“

In das Kästchen „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ ist das Datum einzusetzen, bis zu welchem nach ärztlichem Befund voraussichtlich AU bestehen wird. Die prognostizierte Dauer der AU soll nur für einen zukünftigen Zeitraum bis zu zwei Wochen bescheinigt werden. Sachgerecht kann die AU aufgrund der Art der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs auch bis zur Dauer eines Monats bescheinigt werden.

### 3 „festgestellt am“

Die Feststellung der AU darf weder vor-, noch rückdatiert werden. Hier gilt der Tag, an dem die AU tatsächlich jeweils für den in der aktuellen AU-Bescheinigung angegebenen Arbeitsfähigkeitszeitraum ärztlich festgestellt wurde.

**Wichtig:** Das Feststelldatum ist wichtig für einen lückenlosen Nachweis des Fortbestehens einer AU.

### 4 „ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall“

Sobald die AU durchgehend mehr als sechs Wochen beträgt oder der Arzt über das Vorliegen eines sonstigen Krankengeldfalles (zum Beispiel wegen anrechenbaren Vorerkrankungen oder AU während der ersten vier Wochen des Arbeitsverhältnisses) Kenntnis erlangt, ist in jeder dieser AU folgenden AU-Bescheinigung das Kästchen „ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall“ anzukreuzen. Bei der Angabe handelt es sich um einen Hinweis für die Krankenkasse, dass die aktuelle AU-Bescheinigung in einem potenziellen Krankengeldfall ausgestellt wurde. Der Arzt beurteilt durch die Angabe nicht, ob tatsächlich ein Anspruch auf Krankengeld für den Versicherten gegeben ist.

### 5 „Endbescheinigung“

Liegt ein Krankengeldfall vor und der Arzt kann bei der Feststellung der AU bereits einschätzen, dass diese tatsächlich an dem im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, enden wird bzw. geendet hat, ist das Kästchen „Endbescheinigung“ anzukreuzen.“

Das Bild zeigt ein Muster für eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU-Bescheinigung) auf gelbem Hintergrund. Ein großer, diagonaler Wasserzeichen-Text 'MUSTER' ist über das Formular gelegt.

**Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung**

Erstbescheinigung  
 Folgebescheinigung

Krankenkasse bzw. Kostenträger  
Näms, Vorname des Versicherten  
geb. am

Kostenträgereinigung Versicherten-Nr. Status  
Berufsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit  dem Durchgangsarzt zugewiesen

1 arbeitsunfähig seit  
2 voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit  
3 festgestellt am

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

**AU-begründende Diagnosen (ICD-10)**  
ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code  
ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code

sonstiger Unfall, Unfallfolgen  Versorgungsleiden (z.B. BvG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten  
 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation  stufenweise Wiedereingliederung  
 Sonstige

Im Krankengeldfall  ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall  Endbescheinigung

Muster 18 (1/2016)

Weitere Details zum Ausfüllen des Musters erhalten Sie im Internet unter: [www.kvno.de](http://www.kvno.de)

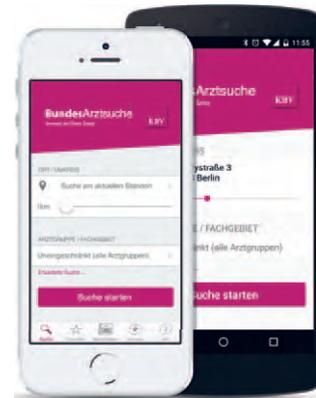
## BundesArztsuche-App mit mehr Funktionen

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat ihre BundesArztsuche-App aktualisiert. Die Smartphone-Applikation bietet detaillierte Informationen zu den rund 165.000 in Praxen ambulant tätigen Vertragsärzten und -psychotherapeuten.

Neben einem aktualisierten Design wartet die App mit neuen Funktionen auf. Bislang standen Suchkriterien wie Standort oder Arztgruppe zur Verfügung, nun lassen sich die Ergebnisse gleich durch mehrere Parameter einschränken. In der Kompaktsuche können Nutzer dazu beispielsweise nach Zusatzbezeichnungen oder Fremdsprachenkenntnissen filtern. Sie haben außerdem die Mög-

lichkeit, ausgewählte Praxen als Favoriten zu speichern und sich Terminerinnerungen einzurichten. Neu ist auch der Vorsorgebereich, in dem die KBV über ihre Präventionsprogramme informiert.

Nicht nur Patienten profitieren von den umfangreichen Suchfunktionen und der übersichtlichen Ergebnisdarstellung in Listen- oder Kartenform. Auch Ärzte selbst können die App zur Kollegensuche nutzen. Die Trefferliste zeigt jeweils den Namen des Arztes oder Psychotherapeuten, die Kontaktdaten der Praxis sowie Fachgebiete und Zusatzbezeichnungen an. Alle Informationen stammen aus dem Bundesarztregister. ■ KBV



Die aktualisierte Version der App kann ab sofort kostenlos im App Store oder bei Google Play heruntergeladen werden.

## Me-too-Liste aktualisiert

Die Me-too-Liste wurde aktualisiert. Das Präparat Faslodex wurde aufgrund des Patentab-

laufs rückwirkend zum 15. Dezember 2015 von der Me-too-Liste gestrichen. ■ KVNO

## Prostataoperation mit Holmium-Laser im EBM

Belegärztlich tätige Urologen können Prostataoperationen mittels Holmium-Laser ab 1. April 2016 über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechnen. Zeitgleich tritt eine neue Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-Vereinbarung) in Kraft, die die fachlichen, apparativen und organisatorischen Anforderungen regelt.

Die Abrechnung des laserendoskopischen urologischen Eingriffs (neue OP-Kategorie RW3) mit einer Schnitt-Naht-Zeit bis 45 Minuten Dauer erfolgt über die Gebührenordnungsposition 36289. Zudem gibt es einen Zuschlag je weitere 15 Minuten Schnitt-Naht-Zeit und weitere Berechnungsmöglichkeiten, unter anderem für die postoperative Überwachung.

Belegärzte benötigen eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung, um die neuen EBM-Leistungen durchführen und abrechnen zu können. Dazu müssen sie unter anderem die Facharztbezeichnung „Urologie“ und Erfahrungen in der Anwendung von 40 Holmium-Laser-Behandlungen unter Anleitung nachweisen.

Eine Übergangsregelung ermöglicht einen erleichterten Zugang für Ärzte, die bereits vor Inkrafttreten der QS-Vereinbarung mit der Lasertechnik gearbeitet haben. Hierzu sind 30 Holmium-Laser-Behandlungen innerhalb von zwei Jahren vor Antragsstellung und eine Mindest-Maximalleistung des Lasers von 50 Watt neben den Anforderungen nach den § 4 und 5 der QS-Vereinbarung nachzuweisen. ■ HEI

Mehr Infos unter  
[www.kvno.de](http://www.kvno.de)  
KV | 160239

Bei uns werden Sie sicher fündig!

# KVbörse

Von Praxisübernahme über  
Kooperationen bis hin zu  
medizinischen Geräten:

[www.kvboerse.de](http://www.kvboerse.de)

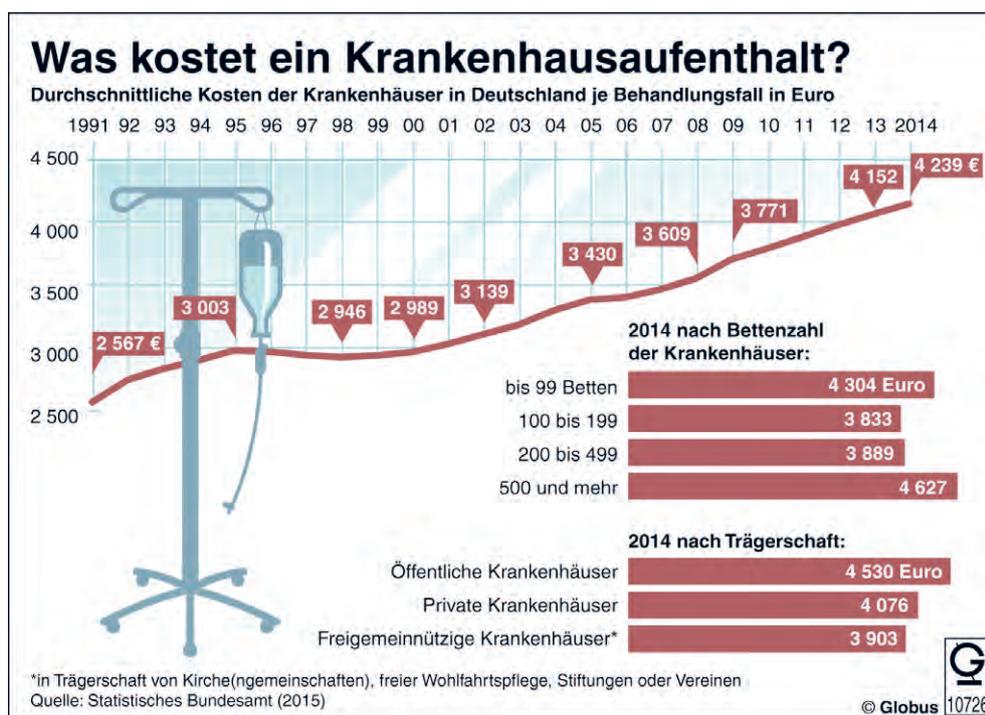


## Neue EBM-Version online verfügbar

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) für das erste Quartal 2016 steht ab sofort auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Der EBM wird jedes Quartal aktualisiert und kann auf der Website der KBV auch als PDF-Dokument heruntergeladen werden – entweder als Gesamtfassung oder für einzelne Arztgruppen. Zudem gibt es Hinweise zu den Änderungen, die vorgenommen wurden.

Neu im EBM sind seit 1. Januar 2016 unter anderem Leistungen für die Tumordiagnostik mittels Positronen-Emissions-Tomografie (PET). Die neuen Gebührenordnungspositionen 34700 bis 34703 können abgerechnet werden für die PET des gesamten Körperstammes und für Teile des Körperstammes – mit oder ohne Computertomografie. ■ KBV

Mehr Infos unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) | KV | 160241



Rund 19,1 Millionen Patienten wurden im Jahr 2014 in Krankenhäusern in Deutschland vollstationär behandelt. Je Behandlungsfall fielen dabei Kosten in Höhe von durchschnittlich 4.239 Euro an.

## Qualitätszirkel suchen Mitglieder

**Thema** Psychotherapie  
Kreis Mettmann

**Kontakt** Michael Botho  
Am Müllebaum 3  
42489 Wülfrath

**Telefon** 02058 895 969

**E-Mail** michael.botho@t-online.de

**Ort** Kreis Mettmann

**Thema** Psychiatrie und Psychotherapie

**Kontakt** Dr. med. Reinhard Lips  
Meckelstraße 3  
42877 Wuppertal

**Telefon** 0202 599 991

**E-Mail** praxis-lips@t-online.de

**Ort** Wuppertal

### Kontakt

**Sabine Stromberg**  
Telefon 0211 5970 8149

**Katharina Ernst**  
Telefon 0211 5970 8361

Telefax 0211 5970 8160

E-Mail [qualitaetszirkel@kvno.de](mailto:qualitaetszirkel@kvno.de)



# Start-up in die Niederlassung – Die Arztpraxis organisiert und sicher

Informationstag für Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassungsphase

Freitag | 26. Februar 2016 | 9 – 14.45 Uhr

Haus der Ärzteschaft | Tersteegenstraße 9 | 40474 Düsseldorf

Moderation: **Dr. med. Oscar Pfeifer**

- 9.00 Uhr** **Begrüßung und Einführung**  
Udo Schneider | Geschäftsführer | KV Nordrhein
- 9.30 Uhr** **Prozesse zuverlässig steuern – Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagement im Niederlassungsalltag**  
Dr. med. Oscar Pfeifer | Facharzt für Allgemeinmedizin | Essen
- 11.00 Uhr** **Pause**
- 11.30 Uhr** **Der Arzt als Ausbilder von Medizinischen Fachangestellten**  
Cornelia Grün | Referentin Ausbildungswesen MFA | Ärztekammer Nordrhein
- 12.00 Uhr** **Datenschutz in der Arztpraxis**  
Dr. med. Oscar Pfeifer | Facharzt für Allgemeinmedizin | Essen
- 12.30 Uhr** **Mittagspause**
- 13.15 Uhr** **Arbeitssicherheit in der Arztpraxis | Aufgaben und Leistungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)**  
Bianca Milde und Dr. med. M. san. Birgit Fillies  
Präventionsberaterinnen | BGW-Bezirksstelle Köln
- 14.15 Uhr** **Hygiene – Schutz für Patienten und Mitarbeiter**  
Anna-Lena Poth | Abteilung Qualitätssicherung | KV Nordrhein
- 14.45 Uhr** **Ende der Veranstaltung**

## Begrenzte Teilnehmerzahl

Anmeldung erforderlich unter  
E-Mail [anmeldung@kvno.de](mailto:anmeldung@kvno.de)  
Fax 0211 5970 9990

**Zertifiziert mit 6 Punkten**



Engagiert für Gesundheit.  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

[www.kvno.de](http://www.kvno.de)

## Prophylaxe von Thrombosen und Schlaganfällen: Was ist neu?

Zum Themenschwerpunkt bietet das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) die Fortbildung „Prophylaxe von Thrombosen und Schlaganfällen und die Therapie thromboembolischer Erkrankungen – was ist neu?“ an. Behandelt werden unter anderem Themen wie der Stellenwert bei der Prophylaxe von Schlaganfällen bei nicht valvulärem Vorhofflimmern und der Therapie venöser Thromboembolien. Mit erfahrenen Kolleginnen und Kollegen können Probleme diskutiert werden.

ZERTIFIZIERT | 4 Punkte

**Termin** 9. März 2016  
16 bis 19.30 Uhr

**Ort** Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstr. 9  
40474 Düsseldorf

**Anmeldung** Institut für Qualität  
im Gesundheitswesen  
Nordrhein

**Telefon** 0211 4302 2751

**E-Mail** iqn@aekno.de

## Medizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen

Ärztinnen und Ärzte sind in besonderer Weise gefragt, wenn es um die Versorgung von Flüchtlingen geht. Informieren Sie sich über die aktuellen Herausforderungen und Möglichkeiten bei der Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Nordrhein. Sie erhalten Infos über Gesundheitszustand, medizinische Besonderheiten und mögliche Erkrankungen der Flüchtlinge. Sie erfahren, wie Sie welche Leistungen erbringen und abrechnen können, wie Sie Sprachbarrieren überwinden und wie Sie mit fluchtbedingten Traumatisierungen umgehen sollten.

ZERTIFIZIERT | 4 Punkte

**Termin** 23. März 2016  
15.30 bis 19 Uhr

**Ort** Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstr. 9  
40474 Düsseldorf

**Anmeldung** Institut für Qualität  
im Gesundheitswesen  
Nordrhein

**Telefon** 0211 4302 2751

**Telefax** 0211 4302 5751

**E-Mail** iqn@aekno.de

## Einführungsworkshop „Rational und rationell verordnen“

Die KV Nordrhein bietet kostenlose Pharmakotherapie-Fortbildungen für neu niedergelassene Ärzte an. Die Seminare finden viermal im Jahr mittwochs von 15 Uhr bis 19 Uhr abwechselnd in Düsseldorf und Köln statt. Auf der Agenda stehen vor allem rechtliche Grundlagen, die Arznei- und Heilmittel-Richtlinien sowie Hinweise zum wirtschaftlichen Verordnen.

ZERTIFIZIERT | 3 Punkte

**Termine** 23. März 2016  
Düsseldorf und  
1. Juni 2016  
Köln

**Orte** Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf  
Bezirksstelle der  
KV Nordrhein  
Sedanstraße 10-16  
50668 Köln

**Anmeldung** KV Nordrhein  
Abteilung Pharmako-  
therapieberatung  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

**Telefon** 0211 5970 8111

**Telefax** 0211 5970 8136

**E-Mail** pharma@kvno.de

Mehr Infos über unsere Veranstaltungen unter ► [www.kvno.de/termine](http://www.kvno.de/termine)

## Veranstaltungen für Mitglieder

19./20.02.2016	Nordrheinische Akademie: Moderatorenttraining Qualitätszirkel (Grundkurs), Düsseldorf
■ 26.02.2016	KV Nordrhein: Start-up in die Niederlassung, Düsseldorf
■ 01.03.2016	KV Nordrhein: Darmgesundheit, Düsseldorf
05.03.2016	Nordrheinische Akademie: Moderatorenttraining Qualitätszirkel (Aufbaukurs), Düsseldorf
09.03.2016	IQN: Verordnungssicherheit (Teil 22): Prophylaxe von Thrombosen und Schlaganfällen und die Therapie thromboembolischer Erkrankungen – was ist neu?, Düsseldorf
23.03.2016	KV Nordrhein: Rational und rationell verordnen für neu niedergelassene Ärzte, Düsseldorf
23.03.2016	IQN: Medizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen, Düsseldorf
■ 08.04.2016	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf
13.04.2016	IQN: Ureterläsionen durch Eingriffe im kleinen Becken, Düsseldorf
15./16.04.2016	Nordrheinische Akademie: Moderatorenttraining Qualitätszirkel (Grundkurs), Düsseldorf
15./16.04.2016	Nordrheinische Akademie: Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen, Düsseldorf
18.05.2016	IQN: Pharmakotherapie bei Multimorbidität – eine Herausforderung für die Patientensicherheit, Düsseldorf
■ 01.06.2016	KV Nordrhein: Rational und rationell verordnen für neu niedergelassene Ärzte, Köln

## Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

24.02.2016	KV Nordrhein: Geriatrisches Basiswissen für MFA – Workshop, Düsseldorf
04.03.2016	KV Nordrhein: „Du gehst mir auf den Geist“ – Umgang mit schwierigen Menschen, Köln
04.03.2016	KV Nordrhein: Diagnosekodierung in der Praxis – Grundkurs, Düsseldorf
09.03.2016	KV Nordrhein: IGeL, Düsseldorf
16.03.2016	KV Nordrhein: IGeL, Köln
06.04.2016	KV Nordrhein: Pharmakotherapie, Köln
06.04.2016	KV Nordrhein: Bundesweite Richtlinien, Düsseldorf
20.04.2016	KV Nordrhein: Pharmakotherapie, Düsseldorf
20.04.2016	KV Nordrhein: Antragsstellung Et Abrechnung für ermächtigte Ärzte, Köln
27.04.2016	KV Nordrhein: Diagnosekodierung in der Praxis – Aufbaukurs, Düsseldorf
29.04.2016	KV Nordrhein: MFA Start-up – Grundlagentraining für Auszubildende und Berufsanfängerinnen, Köln

## Veranstaltungen für Patienten

06.04.2016	KV Nordrhein/Rheinische Post: „Impfen“, Düsseldorf
27.04.2016	KV Nordrhein/VHS Köln: „Diabetes mellitus“, Köln

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter [www.kvno.de/termine](http://www.kvno.de/termine)

# Impressum

## Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

## Redaktion

Frank Naundorf (verantwortlich)

Dr. Heiko Schmitz

Simone Heimann

Marscha Edmonds

## Redaktionsbeirat

Dr. Peter Potthoff, Bernhard Brautmeier,

Frank Naundorf, Dr. Heiko Schmitz

## Druck

Echo Verlag, Köln

## Satz

Heike Merzhäuser | grafik+design | Bonn

## Anschrift der Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

40182 Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8106

Telefax 0211 5970 8100

E-Mail [redaktion@kvno.de](mailto: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](mailto:service.koeln@kvno.de)

## Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888

Telefax 0211 5970 8889

E-Mail [service.duesseldorf@kvno.de](mailto:service.duesseldorf@kvno.de)

## Formularversand

Petersstraße 17-19

47798 Krefeld

Telefon 02151 3710 00

Telefax 02151 9370 655

E-Mail [formular.versand@kvno.de](mailto:formular.versand@kvno.de)

„KVNO aktuell“ erscheint als Mitteilungsorgan für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 24.000

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“ 3+4 | 2016

## ■ Notdienst

Die nächsten Reform-Schritte

## ■ ASV

Änderungen an der Richtlinie

## ■ Servicestellen

Termine zum Vermitteln gesucht

## ■ D2D

Das Ende ist eingeläutet

Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell

erscheint am 16. März 2016.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
40182 Düsseldorf  
E-Mail [redaktion@kvno.de](mailto:redaktion@kvno.de)  
Tel. 0211 5970 0 · Fax 0211 5970 8100

[www.kvno.de](http://www.kvno.de)



**Engagiert für Gesundheit.**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein