

9+10 | 2016

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Hintergrund

Gesundheits-Apps |
Nicht ohne Nebenwirkungen

Schwerpunkt

Betreuungsstrukturverträge |
Auf der Erfolgsspur

Aktuell

Medikationsplan |
Ab drei Arzneien

Praxisinfos

DMP-Dokumentation |
E-Mail-Versand möglich

Infoseite

Influenza-Impfung |
Abrechnen und Verordnen

FLUCH ODER SEGEN?



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Betreuungsstrukturverträge: Erfolgreiche Entwicklung in Nordrhein

Aktuell

- 6 kvno.de: Honorarinfos noch übersichtlicher
- 7 Versichertenbefragung: Großes Vertrauen
- 8 Heil- und Hilfsmittel: Blanko versus Budgets
- 10 Medikationsplan: Anspruch ab drei Arzneien

■ Praxisinfos

- 12 EBM: Herzkatheter-Untersuchung und PCI
- 12 Mammographie: Aufklärungsgespräch
- 12 Anforderungen für PET und PET/CT
- 13 Psychotherapie-Formular PTV 7 vereinfacht

- 13 BKKen: Bessere Vergütung für U10 und U11
- 13 DMP-Dokumentationen per E-Mail senden
- 14 NRW-Polizeibeamte: Einführung der KVK
- 14 TK: Aufwandspauschale „Depression“
- 14 Novitas BKK: Tollwut-Impfung
- 14 Chronikerbescheinigung einfacher
- 15 Schmerztherapievereinbarung

■ Verordnungsinfos

- 16 Quotenziele helfen – kaum Prüfverfahren
- 16 Hinweise zur Verordnung von Entresto
- 18 Sechsfachimpfung: Auch nach 23 Monaten möglich
- 18 Sprechstundenbedarf – neuer Dienstleister
- 19 Neue STIKO-Empfehlungen
- 19 Influenza-Impfung: Vertrag mit der VIActiv

Hintergrund

- 20 Gesundheits-Apps: Nicht ohne Nebenwirkungen

Berichte

- 24 Palliativversorgung: Orientierungshilfe für den Notfall
- 24 Schwerstkranke interprofessionell versorgen
- 26 D2D abgeschaltet
- 27 Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs
- 27 Kampagne: Antibiotika bewusst einsetzen

Service

- 28 Frühe Hilfen: In schwierigen Familiensituationen
- 30 Abrechnung richtig abgeben

Amtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Alle amtlichen Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein – Körperschaft des öffentlichen Rechts – finden Sie im Internet unter www.kvno.de (§ 16 der Satzung).

Dort erfolgen in der Rubrik „Amtliche Bekanntmachungen“ sämtliche Veröffentlichungen insbesondere der Satzung und sonstiger allgemeiner Bestimmungen wie dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) sowie der Verträge und Richtlinien, soweit sie Rechte und Pflichten der Mitglieder betreffen.

www.kvno.de/bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen treten – soweit in der Bekanntmachung kein anderer Zeitpunkt festgesetzt ist – am achten Tage nach der Veröffentlichung (Einstelldatum ins Internet) in Kraft.



Engagiert für Gesundheit.

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

In den amtlichen Bekanntmachungen werden alle im Landesteil Nordrhein nachzubesetzenden Sitze von Vertragsärzten oder Psychotherapeuten mit der geltenden Bewerbungsfrist ausgeschrieben (§ 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V).

Bedarfsplanung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

In den amtlichen Bekanntmachungen wird die Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen auf Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen veröffentlicht (§§ 16 Abs. 7, 16 b Abs. 4 Ärzte-ZV).



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

„Termin-Service floppt“ – so titelten die Redakteure eines großen Radiosenders im Rheinland nach einer Recherche über die Inanspruchnahme unserer Termin-Servicestelle. Damit war nicht gemeint, dass die Einrichtung, die wir Ende Januar gemäß der gesetzlichen Vorgabe gestartet haben, nicht funktioniert – das tut sie! Gemeint war, dass nur relativ wenig Patienten das Angebot in Anspruch nehmen und somit auch nur wenige von der Vermittlung profitieren – ein Ergebnis, das wir erwartet haben. Die Ergebnisse der Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bestätigen unsere Einschätzung.

Dabei hat die geringe Inanspruchnahme nichts mit fehlender Bekanntheit zu tun: In Nordrhein kennen 71 Prozent der Befragten den Service, das ist Spitze im Bundesvergleich. 80 Prozent finden das Angebot gut – aber die Hälfte der Befragten verzichtet auf den Service, wenn nicht der Wunschtermin beim Wunscharzt vermittelt wird. Genau das aber kann die Servicestelle nicht leisten. Muss sie auch nicht.

Herzliche Grüße

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

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender

Was bleibt, ist die Erkenntnis, dass die Terminvergabe in den meisten Facharztgruppen besser funktioniert als kolportiert wird. Dafür spricht auch, dass knapp 50 Prozent der von der KBV Befragten erklärten, maximal drei Tage auf einen Termin gewartet zu haben. Ein weiteres Viertel wartete eine bis drei Wochen. Längere Wartezeiten kann auch die Servicestelle nicht immer vermeiden. Doch nach wie vor gilt: In dringlichen Fällen gibt es zeitnah Termine – in der Regel ohne Eingreifen der Servicestelle.

Lange Wartezeiten durch zu viele Patienten in Krankenhausambulanzen diagnostiziert der vdek in einem Gutachten zur „Reform der ambulanten Notfallversorgung“. Gefordert werden „Portalpraxen“ und „gemeinsame Leitstellen“. Leider finden sich keine Ideen zur konkreten Umsetzung der wohlfeilen Wünsche – außer dem Hinweis, dass die KVen für die Organisation des Konzepts zuständig sind. Richtig ist, dass wir der mangelhaften Patientensteuerung nur durch sinnvolle Kooperationen begegnen können. Den Trend zum direkten Ansteuern der Klinik können wir nicht stoppen.

Erfolgreiche Entwicklung in Nordrhein

Vor zwei Jahren hat die KV Nordrhein mit der AOK Rheinland/Hamburg den ersten Betreuungsstrukturvertrag geschlossen. Verträge mit weiteren Kassen folgten. Heute nehmen mehr als doppelt so viele Ärzte an diesen Verträgen wie vor zwei Jahren teil. Die Patientenzahl hat sich sogar verdreifacht – und das Ärzteonorar ist gestiegen.

Der erste Betreuungsstrukturvertrag, den die KV Nordrhein mit der AOK Rheinland/Hamburg (AOK R/H) im Sommer 2014 geschlossen hat, wurde bereits nach kurzer Zeit um besondere Leistungen erweitert. Hierzu zählten unter anderem Zuschläge für Besuchsleistungen. Damit war der Grundstein für die folgende positive Entwicklung gelegt.

Zum 1. Juli 2015 schloss die KV Nordrhein Betreuungsstrukturverträge mit der Techniker Krankenkasse (TK) und der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH (KKH). Diese binden neben den Hausärzten auch Fachärzte ein, der Vertrag mit der TK zudem psychologische Psychotherapeuten. Neben Erweiterungen der bestehenden Verträge hat die KV Nordrhein zum 1. Juli 2016 auch mit dem BKK-Landesverband Nordwest einen Betreuungsstrukturvertrag geschlossen. Bereits zum

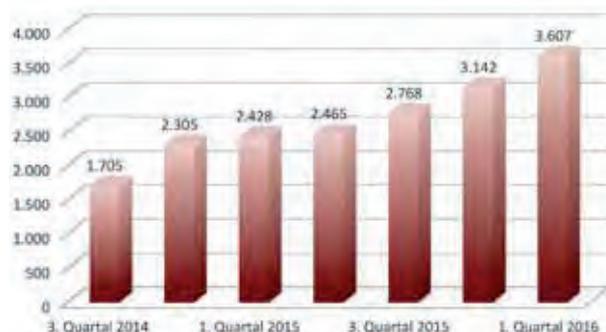
Start des Vertrags nahmen 32 Betriebskrankenkassen mit insgesamt rund 600.000 Versicherten teil.

Mehr teilnehmende Ärzte und Patienten

Sowohl die Zahl der teilnehmenden Ärzte als auch die der geförderten Patienten entwickelten sich seit dem Start der Betreuungsstrukturverträge positiv: Im 3. Quartal 2014 nahmen 1.705 Hausärzte am Betreuungsstrukturvertrag der AOK R/H teil. Im 1. Quartal 2016 hat sich die Zahl auf 3.607 erhöht. Die Zahl der teilnehmenden Ärzte hat sich damit mehr als verdoppelt. Die Zahl der teilnehmenden beziehungsweise geförderten Patienten hat sich in der Zeit vom 3. Quartal 2014 bis zum 1. Quartal 2016 sogar mehr als verdreifacht. Grund hierfür sind unter anderem die neu abgeschlossenen Verträge zum 1. Juli 2015 mit der TK und der KKH.

Zahl der teilnehmenden Ärzte

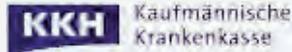
Die Tabelle zeigt die Zahl der Ärzte und Psychotherapeuten, die an den Betreuungsstrukturverträgen mit der AOK R/H, der TK sowie der KKH teilnehmen.



Zahl der Behandlungsfälle

Die Tabelle zeigt die Zahl der Patienten, für die Praxen eine Betreuungspauschale erhalten haben.





Ziele

- Besonderen Betreuungsaufwand bei Patienten mit schwierigen und langwierigen Erkrankungen berücksichtigen
- Ärztliche Versorgung von Patienten in der häuslichen Umgebung und in Pflegeheimen optimieren
- Rolle der Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten bei der Versorgung multimorbider Patienten stärken

Laufzeit

- AOK Rheinland/Hamburg (AOK R/H) zum 1. Juli 2014 (Erweiterung zum 1. Oktober 2014 sowie Optimierung zum 1. April 2016)
- Techniker Krankenkasse (TK) zum 1. Juli 2015 (Erweiterung zum 1. Juli 2016)
- Kaufmännische Krankenkasse – KKH (KKH) zum 1. Juli 2015
- BKK-Landesverband Nordwest zum 1. Juli 2016

Teilnahme der Ärzte und Patienten

Regelung	AOK Rheinland/ Hamburg	Techniker Krankenkasse	Kaufmännische Krankenkasse – KKH	BKK-Landesverband Nordwest
Teilnahme der Ärzte	Hausärzte	Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten	Hausärzte, Fachärzte	Hausärzte, Fachärzte, Psychotherapeuten
Teilnahmeverfahren Ärzte	nicht vorgesehen			
Teilnahme der Patienten	Versicherte der AOK R/H mit Wohnort in Nordrhein, Teilnahme ist freiwillig	Versicherte der TK mit Wohnort in Nordrhein, Teilnahme ist freiwillig	Versicherte der KKH mit Wohnort in Nordrhein, Teilnahme ist freiwillig	Versicherte der teilnehmenden BKKen mit Wohnort in Nordrhein (s. hierzu die Übersicht), Teil- nahme ist freiwillig
Teilnahmeverfahren Patienten	derzeit ausgesetzt	nicht vorgesehen	vorgesehen (Anlage 1)	nicht vorgesehen

Abrechnung und Vergütung

Betreuungspauschalen, Zuschläge zu den Besuchsleistungen sowie Überleitungsmanagement und Arzneimittelcheck werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet.

Den Behandlungsfall muss die Praxis nur mit der Symbolnummer 91324 (Patienten, die im häuslichen Umfeld leben) bzw. 91324P (Patienten, die im Pflegeheim leben) kennzeichnen.

Voraussetzung für die Abrechnung der Betreuungspauschalen und Aufwandspauschalen ist, dass der Arzt gesicherte Diagnosen entsprechend der jeweiligen Anlage des Vertrags kodiert hat. Für eine Abrechnung der Zuschläge zu den Besuchsleistungen, zum Überleitungsmanagement sowie Arzneimittelcheck ist eine Kodierung gesicherter Diagnosen entsprechend der jeweiligen Anlage des Vertrages nicht erforderlich.

Die Betreuungspauschalen sowie die Zuschläge zu den Besuchsleistungen werden von der KV Nordrhein automatisch zuge-
setzt; die SNR für das Überleitungsmanagement und den Arzneimittelcheck sind vom Arzt einzutragen (keine automatische Zusetzung).



Merkblatt | Betreuungsstrukturverträge

Leistungen	AOK Rheinland/ Hamburg	Techniker Krankenkasse	Kaufmännische Krankenkasse – KKH	BKK-Landesverband Nordwest
Betreuungspauschalen*				
Betreuungspauschale 1	91320 (2,20 €)	91500 (3,00 €)	91400 (4,00 €)	91600 (3,00 €)
Betreuungspauschale 2	91321 (3,00 €)	91501 (6,00 €)	91401 (6,00 €)	91601 (6,00 €)
Betreuungspauschale 3	91322 (4,50 €)	91502 (9,00 €)	91402 (8,00 €)	91602 (9,00 €)
Betreuungspauschale 4	nicht vorgesehen		91403 (12,00 €)	nicht vorgesehen
einmalige kontakt- abhängige Aufwands- pauschale	91319 (5,00 €)	91319 (5,00 €); nur Indikation „Depression“	nicht vorgesehen	
Hausbesuche*, Dringlichkeitsbesuche*, Pflegeheimbesuche*				
Hausbesuch nach der GOP 01410 bis ein- schließlich 10 km	91325 (15,00 €)			
Hausbesuch nach der GOP 01410 ab 10,1 km	91326 (17,50 €)			
Dringlichkeitsbesuch nach der GOP 01411	91327 (40,00 €)			
Dringlichkeitsbesuch nach der GOP 01412	91328 (40,00 €)			
Dringlichkeitsbesuch nach der GOP 01415	91329 (40,00 €)			
Pflegeheimbesuch I bis einschließlich 10 km	91330 (15,00 €)			
Pflegeheimbesuch II ab 10,1 km	91331 (17,50 €)			
Pflegeheimbesuch III (Betreuung weiterer Patienten) nach der GOP 01413	nicht vorgesehen	91337 (12,50 €)		
Überleitungsmanagement				
persönlich	91332 (40,00 €)	nicht vorgesehen	91332 (40,00 €)	nicht vorgesehen
telefonisch	91333 (18,00 €)		91333 (18,00 €)	
Arzneimittelcheck				
Arzneimittelcheck I	91334 (80,00 €)	nicht vorgesehen		
Arzneimittelcheck II	91335 (40,00 €)			

Ausgeschlossen ist die parallele Abrechnung inhaltsgleicher Leistungen (zum Beispiel Betreuungspauschalen und Hausbesuche) oder von Leistungen aus anderen Verträgen, insbesondere spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V, Strukturverträge gemäß § 73a SGB V, hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V, besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V und Integrationsverträge gemäß § 140ff. SGB V.

* Die Symbolnummern setzt die KV Nordrhein automatisch zu.

Anstieg des Honorars

Die Betreuungsstrukturverträge haben auch zu einem Anstieg des Honorars der nordrheinischen Ärzteschaft beigetragen. Denn sie verbessern die Versorgung multimorbider Patienten und sehen darüber hinaus vor, die ärztliche Versorgung von Patienten in der häuslichen Umgebung und in Pflegeheimen zu optimieren. Über alle Verträge gesehen hat sich das Honorar mehr als versechsfacht.

Ein Großteil des Honoraranstiegs entfällt hierbei auf die Förderung der Besuchsleistungen, die in allen geschlossenen Betreuungsstrukturverträgen verankert ist und eine Besonderheit in Nordrhein darstellt. Hierbei handelt es sich um einen Beitrag zur besseren Versorgung der immer älter werdenden Bevölkerung.

Die Betreuungsstrukturverträge tragen außerdem dazu bei, dass das bestehende Vergütungssystem durch zusätzliche, extrabudgetäre Zuschläge ergänzt wird. Denn die Verträge über die hausarztzentrierte Versorgung (HZV-Verträge) ersetzen lediglich die Regelversorgung.

Der Fokus bei den Betreuungsstrukturverträgen liegt auf der Behandlung chronisch kranker und betreuungsintensiver Patienten und erfordert keine weiteren zusätzlichen Teilnahmevoraussetzungen von den Ärzten, wie es beispielsweise die HZV-Verträge vorsehen, (zum Beispiel Blutdruckmessgeräte oder Spirometer mit FEV1-Bestimmung). Auch die unbürokratische Abrechnung trägt dazu bei, dass die extrabudgetäre Vergütung durch die Betreuungsstrukturverträge steigt.

Entwicklung der Verträge hält an

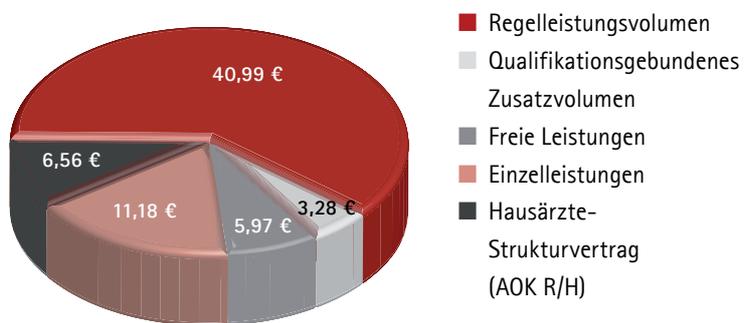
Zum 1. April und 1. Juli 2016 hat die KV Nordrhein mit der AOK Rheinland/Hamburg und der TK die Aufnahme einer zusätzlichen Aufwandspauschale vereinbart: für die erstmalig gesicherte Kodierung von Diagnosen. Dies wird mit 5 Euro je Behandlungsfall vergütet. Der Abschluss des Betreuungsstrukturvertrages mit den BKKen wird sich zusätzlich posi-

tiv auf die Umsätze der teilnehmenden Ärzte auswirken. Darüber hinaus bleibt abzuwarten, ob weitere Krankenkassen Betreuungsstrukturverträge mit der KV Nordrhein abschließen.

■ ANJA TIETJE

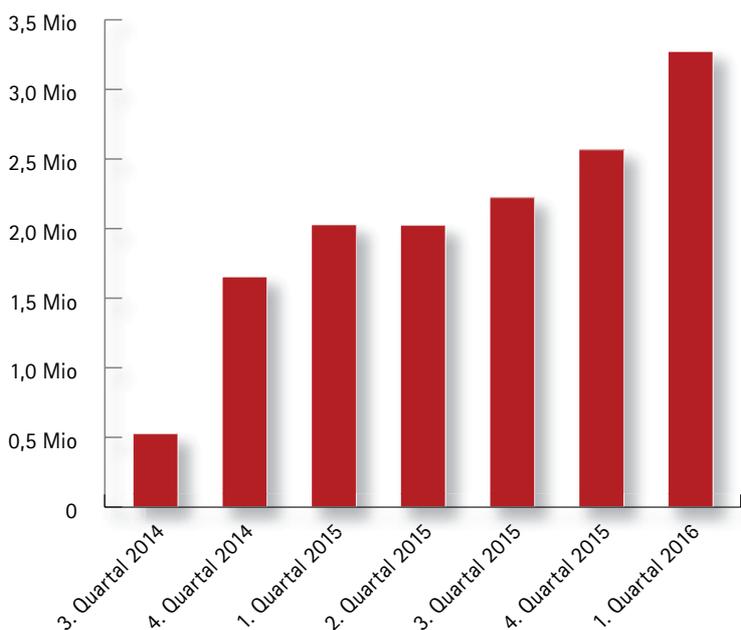
Honorar der Hausärzte

Die Darstellung zeigt, wie sich die Vergütung der Hausärzte für Versicherte der AOK R/H im 1. Quartal 2016 zusammensetzt. Fast zehn Prozent der gesamten Vergütung resultieren aus dem Hausärzte-Strukturvertrag.



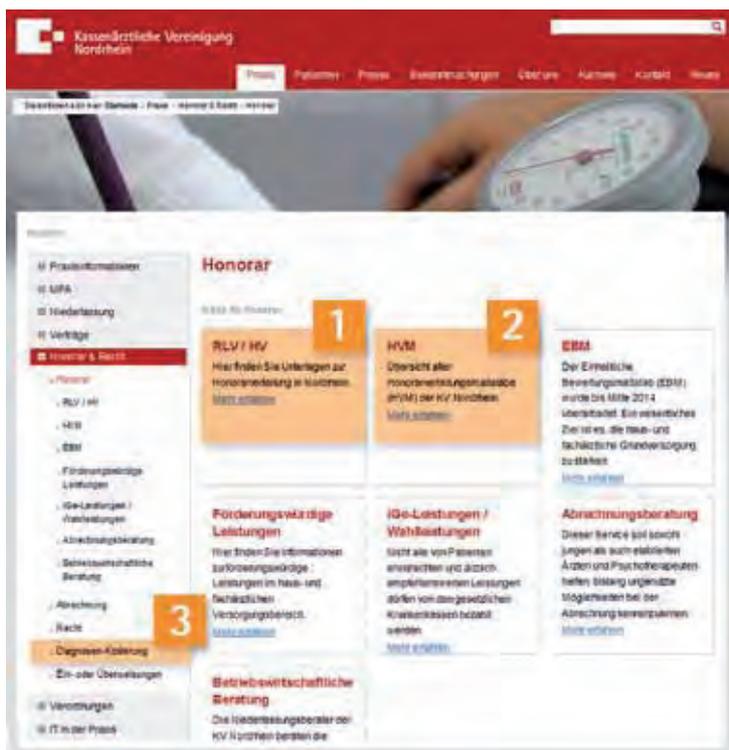
Verträge steigern Honorar

Die Tabelle zeigt die Entwicklung des Honorars über alle Betreuungsstrukturverträge. Darin enthalten sind Betreuungspauschalen, Zuschläge zu Besuchen, Überleitungsmanagement und Arzneimittelcheck.



kvno.de: Honorarinfos noch übersichtlicher

Von den aktuellen Fallwerten über den Katalog förderungswürdiger Leistungen bis hin zur Abrechnungsberatung: Die KV Nordrhein hat die Honorarinformationen auf der Homepage unter dem Menüpunkt „Praxis → Honorar & Recht“ neu gestaltet. Drei wesentliche Änderungen:



1 In der Rubrik „RLV/HV“ sind die Punktwerte/Quoten, Fallwerte und weitere Dateien jetzt quartalsweise zusammengefasst. Damit sind alle Dokumente der letzten zwei Jahre im Überblick sichtbar. Weitere Quartale sind im Unterpunkt „Archiv“ zusammengefasst. Außerdem neu: In dieser Rubrik werden ab dem ersten Quartal 2016 auch die endgültigen Fallwerte veröffentlicht.

2 Ähnlich strukturiert ist die Rubrik „HVM“. Hier wurde als erster Punkt das Dokument „Grundsätze und Versorgungsziele des HVM der KV Nordrhein“ eingefügt. Danach folgen der HVM der einzelnen Quartale und das Archiv am Ende der Seite.

3 Der Punkt „Diagnose-Kodierung“ ist jetzt eine gesonderte Rubrik unter „Honorar & Recht“.

Damit Sie noch leichter zu den Informationen rund ums Honorar gelangen, finden Sie auf der Startseite unter dem Reiter „Themen“ die Rubrik „Informationen zum Honorar“. Von hier aus kommt man mit einem Klick auf die neustrukturierte Seite. ■ HEI

Korrektur

In KVNO aktuell 08 | 2016 haben wir über die Ergebnisse der Wahlen zur Vertreterversammlung (VV) berichtet und auch die Namen der neuen Vertreterinnen und Vertreter veröffentlicht. Leider fehlte aufgrund eines Übertragungsfehlers ein Mitglied im Bereich der Hausärzte: Martin Graduszus ist auf der Liste „Unabhängige Hausärzte Nordrhein“ in die VV gewählt worden.



Großes Vertrauen

Die Ärzte und Psychotherapeuten im Rheinland genießen eine hohe Wertschätzung bei ihren Patienten – dies ist eines der Ergebnisse der aktuellen Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. 92 Prozent der Befragten aus Nordrhein haben ein „gutes“ bis „sehr gutes“ Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt (Bund: 91 Prozent) und beurteilten auch dessen Fachkompetenz zu 90 Prozent mit „gut“ bis „sehr gut“ (Bund: 93 Prozent).

„Das sind herausragende Werte. Sie zeigen, dass die Patienten nach wie vor großes Vertrauen zu ihren Ärzten und Therapeuten haben und deren Arbeit hoch schätzen“, sagt Bernhard Brautmeier, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein.

Termin-Servicestelle bekannt

Ein wesentlicher Aspekt der diesjährigen Befragung sind die Wartezeiten auf Arzttermine, die öffentlich immer wieder als großes Problem dargestellt werden – nicht umsonst hat die Bundesregierung in diesem Jahr von den KVen die Einrichtung von Termin-Servicestellen gefordert. Die Servicestellen kennen inzwischen 68 Prozent der Deutschen – in Nordrhein sind es sogar über 70 Prozent.

80 Prozent der nordrheinischen Befragten begrüßen grundsätzlich die Möglichkeit, sich bei Bedarf von der Servicestelle helfen zu lassen, wobei dieser Bedarf nicht allzu groß zu sein scheint: Rund 80 Prozent hatten in den vergangenen zwölf Monaten keine Schwierigkeiten, einen Arzttermin zu bekommen. 31 Prozent in Nordrhein bekamen sofort einen Termin, 14 Prozent warteten ein bis drei Tage. Rund 27 Prozent warteten zwischen einer und drei Wochen.

Bemerkenswert: Die Hälfte der Befragten (Bund 52 Prozent, Nordrhein 49 Prozent) gab an, den Termin-Service nicht nutzen zu wollen, wenn sie sich den Facharzt nicht selbst aussuchen kann – genau das ist bei der Ser-

vicestelle aber der Fall. „Die Servicestelle kann keine Wunschtermine beim Wunscharzt vermitteln“, sagt Brautmeier. „Insgesamt zeigt das Ergebnis der Befragung, wie gering der Nutzen der Termin-Servicestelle ist, obwohl sie in Nordrhein gut funktioniert.“

Praxen meist barrierefrei

Punkten können die Praxen in Nordrhein bei der Barrierefreiheit: 69 Prozent gaben im Bundeschnitt an, die zuletzt von ihnen besuchte Praxis sei auch für Gehbehinderte barrierefrei erreichbar – im Rheinland waren es 74 Prozent. Schlechter als im Bundesvergleich schneiden die nordrheinischen Praxen hingegen beim Thema Vertraulichkeit ab: 38 Prozent stuften die Möglichkeit, bei der Anmeldung ungestört mit dem Praxispersonal sprechen zu können, als „gut“ oder „sehr gut“ ein. Bundesweit fällt diese Beurteilung mit 48 Prozent besser aus.

■ CHRISTOPHER SCHNEIDER

Mehr Infos unter
www.kbv.de
KV | 161007

Wartezeiten

Wie lange hat es gedauert, bis Sie für Ihren letzten Praxisbesuch einen Termin bekommen haben?



Blankoverordnungen hier, Budgets da

Ende August hat das Bundeskabinett die Vorlage des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes beschlossen. Mit dem Entwurf, der im Herbst in die parlamentarischen Beratungen geht, adressiert Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) einen Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, der mit rund 14 Milliarden Euro jährlich zu Buche schlägt.

Nachdem die Heil- und Hilfsmittelversorgung zehn Jahre weitgehend vom Reformfeuer verschont blieb, reklamiert der Entwurf jetzt einen erheblichen „Weiterentwicklungsbedarf“ mit möglichen Folgen auch für die vertragsärztlichen Praxen. Die wichtigsten Punkte:

Ausweitung der Modellvorhaben zur „Blankoverordnung“: Die Krankenkassen werden verpflichtet, mit den Verbänden der Heilmittelerbringer flächendeckend Verträge über Modellvorhaben zur sogenannten „Blankoverordnung“ abzuschließen. Vorgesehen ist, dass Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Logopäden nach einer ärztlichen Diagnose und Indikationsstellung selbstständig Form, Dauer und Frequenz der Therapie bestimmen. Dabei können sie sogar von der Heilmittel-Richtlinie abweichen. Die Modellprojekte sollen künftig kassenartübergreifend abgeschlossen werden und alle Heilmittelerbringer umfassen.

Verbandmittel klar abgegrenzt: Der Gesetzesentwurf stellt klar, dass klassische Verbandmittel weiterhin voll erstattungsfähig sind, während „Mittel der modernen Wundversorgung“ dem üblichen Verfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss unterliegen. Daraus folgt, dass die neuen, oft teuren Wundheilungsprodukte erst nach dem erbrachten Wirksamkeitsnachweis erstattungsfähig sind.

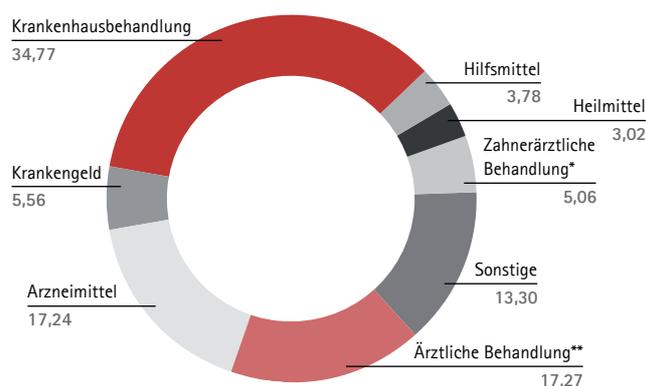
Medizinprodukte – Praxissoftware künftig mit Verordnungsinfos: Vertragsärzte will der Gesetzgeber bei der Verordnung von Medizin-

produkten verpflichten, nur noch Praxissoftware einzusetzen, die aktuelle Informationen zur Verordnungsfähigkeit für das jeweilige Produkt enthält.

Häusliche Wundversorgung auch in Wundzentren: Die Versorgung chronischer und schwer heilender Wunden für immobile Patienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege soll im Einzelfall auch in spezialisierten Einrichtungen – sogenannten Wundzentren – möglich sein. Ziel ist, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden.

GKV-Ausgaben 2015

Nach Leistungsbereichen, in Prozent



* ohne Zahnersatz

** Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemalige Sonstigen Hilfen und Dialyse-Sachkosten.

Quelle: Amtliche Statistiken KJ 1

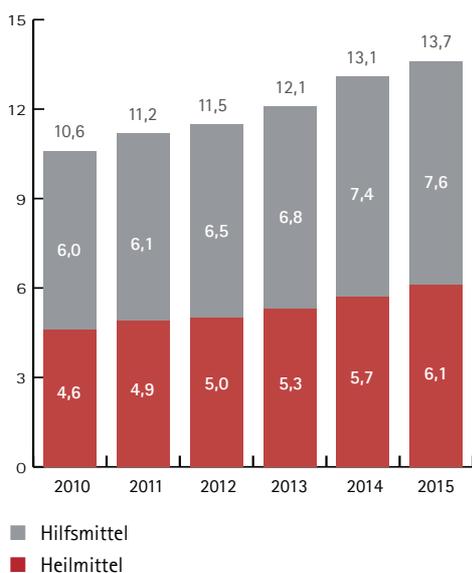
Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnis: Der GKV-Spitzenverband wird verpflichtet, das Hilfsmittelverzeichnis bis Anfang 2019 vollständig zu überarbeiten und danach fortlaufend zu aktualisieren. In dem Verzeichnis gelistet sind die Hilfsmittel, die die gesetzlichen Kassen prinzipiell bezahlen dürfen. So sollen GKV-Patienten künftig besser am technischen Fortschritt in diesem Bereich teilhaben können.

Qualitätswettbewerb in der Hilfsmittelversorgung: Seit der Gesetzgeber im Jahr 2007 die Hilfsmittelversorgung wettbewerblich gestaltet hat, reißt die Kritik an den Folgen des „Preiswettbewerbs“ nicht ab. Daher sollen die Krankenkassen bei Ausschreibungen künftig neben dem Preis auch qualitative, soziale und umweltbezogene Kriterien wie Zweckmäßigkeit, Zugänglichkeit oder Betriebskosten des jeweiligen Produkts einbeziehen.

Mehr Information und Wahlmöglichkeiten bei Hilfsmitteln: Hilfsmittelerbringer und

Heil- und Hilfsmittelausgaben

In Milliarden Euro, Bundesgebiet



Quelle: Eigene Darstellung nach: BMG, KJ 1

■ SIMONE GRIMMEISEN

Krankenkassen sollen dazu verpflichtet werden, Versicherte künftig besser zu beraten, welche Hilfsmittel geeignet und erstattungsfähig sind. Zudem müssen die Kassen den Versicherten eine Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen zuzahlungsfreien Hilfsmitteln gewähren.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt die Beseitigung bestehender Verordnungsunsicherheiten für die neuen Wundheilungsprodukte. Positiv bewertet sie auch die geplanten Anpassungen in der Hilfsmittelversorgung. Diese könnten künftig viele Konflikte zwischen Patienten und Krankenkassen wegen Qualitätsmängeln von Hilfsmitteln vermeiden – und damit auch die verordnenden Ärzte entlasten.

Deutliche Kritik übt die KBV an den geplanten Regelungen zur „Blankverordnung“: Hier bestehe Unklarheit in Bezug auf die konkrete Rolle der Ärzte. So sei offen, ob der Arzt die Möglichkeit habe, Heilmittel als kontraindiziert auszuschließen beziehungsweise eine Beendigung der Therapie zu veranlassen, wenn er diese als nicht mehr medizinisch geboten erachtet.

„Die Regelung für die Physiotherapeuten führt unsere Budgetierung völlig ad absurdum“, sagt Dr. Roland Tenbrock, Vorsitzender des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie in Nordrhein. „Wir Ärzte sollen für Höchstgrenzen bei Heilmitteln haften, die Physiotherapeuten via ‚Blankorezept‘ nach Belieben erbringen dürfen.“ Der Düsseldorfer Orthopäde fürchtet „unkontrollierte Therapieverläufe“, die die Patientensicherheit bedrohen – und am Ende in juristischen Auseinandersetzungen um die Haftung enden.

Änderungen an den Regelungen sind möglich. Es stehen noch die Beratungen im Plenum des Bundestags und im Gesundheitsausschuss an. Das Gesetz soll im März 2017 in Kraft treten.

Anspruch ab drei Arzneien

Gesetzlich Versicherte haben ab 1. Oktober 2016 einen Anspruch auf einen Medikationsplan, wenn sie drei oder mehr Medikamente gleichzeitig anwenden. Den Plan gibt es zunächst nur auf Papier.



In einem Medikationsplan können Patienten auf einen Blick sehen, welche Arzneimittel sie wann einnehmen sollen. Dies sorgt für mehr Sicherheit bei der Medikamenteneinnahme – bedeutet aber für die Praxen mehr Aufwand.

Der Medikationsplan soll eine Übersicht über die verschreibungspflichtigen und frei verkäuflichen Arzneimittel (Grünes Rezept) eines Patienten enthalten. Die Praxen sollen unter anderem Wirkstoff, Dosierung, Einnahmegrund und sonstige Hinweise zur Einnahme aufführen (wir berichteten). Die Hinweise soll die Praxissoftware automatisch liefern. Die Inhalte des Medikationsplans haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer und der Deutsche Apothekerverband festgelegt.

Die Ausgabe eines Medikationsplans ist ab 1. Oktober 2016 Pflicht, das schreibt das E-Health-Gesetz vor. Vor allem die Hausarztpraxen dürften die Pläne erstmalig erstellen. Die Aktualisierung soll sich dann auf mehr Schultern verteilen, auch Apotheken und Krankenhäuser sind dazu aufgerufen.

Bis 31. März 2017 können Ärzte die bisherigen Medikationspläne aus der Praxissoftware einsetzen, ab April kommenden Jahres muss diese die vereinbarten Standards erfüllen. Auf

dem dann einzusetzenden Medikationsplan ist ein Barcode aufgedruckt. Er enthält die Informationen des Plans in digitaler Form und ermöglicht, dass dieser unabhängig von der jeweiligen Praxis- oder Apothekensoftware per Scanner eingelesen und aktualisiert werden kann. Auf diesem Weg ist eine unkompliziertere Aktualisierung möglich. Dazu sind Ärzte immer dann verpflichtet, wenn sie die Medikation ändern oder davon erfahren.

Verhandlung über Vergütung

Mit den Medikationsplänen kommt ein zusätzlicher Aufwand auf die Praxen zu. Die KBV fordert eine angemessene Vergütung – und verhandelt diese zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieser Ausgabe mit den Krankenkassen. „Die Höhe der Vergütung ist noch offen“, berichtet die stellvertretende KBV-Vorstandsvorsitzende Dipl.-Med. Regina Feldmann. Sollten sich KBV und GKV-Spitzenverband nicht einigen, müsste das Bundeschiedsamt entscheiden.

Ärzte und Apotheker haben die gesetzliche Vorgabe heftig kritisiert, zum Beispiel wegen der Haftung. Denn der behandelnde Arzt muss sich vielfach auf Angaben der Patienten verlassen – wenn sich der Patient an Arzneien nicht erinnert oder die Einnahme verschweigt, dann sind die Daten auf dem Medikationsplan lückenhaft. Kurios erscheint auch, dass das E-Health-Gesetz den Medikationsplan auf Papier vorschreibt. Immerhin: Ab 2018 soll es eine digitale Version geben, die auf der eGesundheitskarte gespeichert werden soll.

■ FRANK NAUNDORF

Mehr Infos unter www.kbv.de | KV | 161010

KVNO twittert

Kurz gefasst,
bestens informiert



Fotos: Antonio Guillem / Shutterstock.com



Engagiert für Gesundheit.
Kassennärztliche Vereinigung
Nordrhein



Folgen Sie uns auf [Twitter/kvno_aktuell](#)



EBM-Regelung für Herzkatheter-Untersuchung und PCI

Kardiologen sind seit dem Start der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung am 1. Januar 2016 verpflichtet, jede Herzkatheter-Untersuchung und perkutane Koronarintervention (PCI) zu dokumentieren. Der Bewertungsausschuss hat nun eine Einigung zur Vergütung des Mehraufwands erzielt und im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildet. Die Regelung gilt ab 1. Oktober 2016 und sieht Folgendes vor:

Die Abrechnung der Datenerfassung, Dokumentation und Datenübermittlung erfolgt über die Gebührenordnungsposition (GOP) 34291, „Herzkatheter-Untersuchung mit Koronarangiographie“.

Zudem wird eine Kostenpauschale 40306 in den EBM aufgenommen. Sie beinhaltet alle Kosten, die im Zusammenhang mit der Datenerfassung, Dokumentation und Datenübermittlung entsprechend der GOP 34291 entstehen. Hierzu gehören sämtliche Kosten für die EDV-technische Ausstattung und Verarbeitung (Dokumentationssoftware einschließlich deren Einrichtung, Updates, Export).

Zur Finanzierung der GOP 34291 und 40306 liegt zurzeit nur eine Empfehlung des Bewertungsausschusses vor. Inwieweit die Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, muss mit den Krankenkassen noch verhandelt werden.

Alle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomie-Vertrag – 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 | **KV | 161012**

Mammographie-Screening: Aufklärungsgespräch im EBM

Im Rahmen des Mammographie-Screenings haben Frauen Anspruch auf ein ärztliches Aufklärungsgespräch vor der Mammographie. Für diese Leistung gibt es ab 1. Oktober die neue GOP 01751 im EBM.

Diese sieht einen persönlichen Arzt-Patientin-Kontakt und ein Gespräch von mindestens fünf Minuten mit der Patientin vor. Das Gespräch muss vor der Mammographie (GOP 01750) erfolgen und soll über Hintergründe, Ziele, Inhalte und Vorgehensweise des Früherkennungsprogramms informieren. Findet das Gespräch am selben Tag wie die Mammographie statt, müssen jeweils die Uhrzeiten bei der Abrechnung angegeben werden.

Der programmverantwortliche Arzt sowie von ihm beauftragte Ärzte des Mammographie-Screening-Programms können die neue GOP 01751 abrechnen. Beauftragte Ärzte müssen berechtigt sein, mindestens eine der GOP 01750 bis 01759 abzurechnen.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV | 161012**

Praxisinfo erläutert Anforderungen für PET und PET/CT

In einer neuen Praxisinformation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfahren Radiologen und Nuklearmediziner detailliert, welche Voraussetzungen sie für eine Abrechnungsgenehmigung zur Tumordiagnostik mittels PET und PET/CT erfüllen müssen.

Seit Anfang des Jahres können Nuklearmediziner und Radiologen die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und PET mit Computertomographie (PET/CT) zur Tumordiagnostik bei Lungenkarzinom oder Hodgkin-Lymphom über den EBM-Abschnitt 34.7 abrechnen. Dafür benötigen sie eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung.

Seit Juli 2016 gilt für diese Leistung eine Qualitätssicherungsvereinbarung. Sie enthält die fachlichen, apparativen und organisatorischen Anforderungen.

Die Praxisinformation der KBV finden Sie zum Herunterladen unter www.kvno.de | [KV | 161013](#)

Psychotherapie-Formular PTV 7 vereinfacht

Für das Muster PTV 7 entfällt zum 1. Oktober 2016 der Durchschlag „b“. Alte Vordrucke können aufgebraucht werden. Mit dem Formular PTV 7 unterrichten die Krankenkassen die Therapeuten darüber, ob sie eine beantragte Psychotherapie genehmigt haben.

Die Bescheinigung wird bisher in drei Ausführungen ausgestellt. Da die KV die Angaben zu den genehmigten Therapiestunden auch durch die Abrechnungsdaten des Psychotherapeuten erhält, kann auf den Durchschlag PTV 7b verzichtet werden. Der Durchschlag PTV 7a wird von der Krankenkasse an den behandelnden Therapeuten geschickt. Bei der Krankenkasse verbleibt die Durchschrift PTV 7c. Die Regelung ist neu in der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) verankert.

Mehr Infos unter www.kvno.de | [KV | 161013](#)

BKKen: Bessere Vergütung für U10 und U11

Der seit 2009 bestehende Präventionsvertrag U10 und U11 mit dem BKK-Landesverband Nordwest wurde zum 1. Oktober 2016 angepasst. Die Änderungen beinhalten unter anderem eine Anhebung der Vergütung auf insgesamt 55 Euro und erfolgten im Einvernehmen mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ). Darüber hinaus wurde – analog zu Verträgen mit anderen Kassen – eine Gebühr von 1,7 Prozent an die BVKJ-Service GmbH für deren Leistungen



© Leo | Fotolia.com

mit aufgenommen. Hierzu zählt unter anderem die Bereitstellung der Untersuchungshefte. Zudem wird die Abrechnung vereinfacht, indem Untersuchung und Dokumentation in einer Symbolnummer (SNR) zusammengefasst wurden. Ab dem 1. Oktober 2016 müssen Ärzte für BKK-Versicherte daher nur noch die SNR 91705 (U10) oder 91706 (U11) für die jeweilige Präventionsuntersuchung abrechnen. Die bisherigen Nummern (91710, 91711, 91712, 91713) entfallen künftig für BKK-Versicherte.

Mehr Infos unter www.kvno.de | [KV | 161013](#)

Für die U10 und U11 erhalten Ärzte bei BKK-Versicherten 55 Euro.

DMP-Dokumentationen per E-Mail senden

Ab sofort können Praxen in Nordrhein DMP-Dokumentationen auch per E-Mail an die Datenannahmestelle senden. Übertragen werden dann die beiden durch das DMP-Modul erstellten Dateien, die an der Endung *.zip.xkm beziehungsweise *.idx zu erkennen sind. Weiterhin können Praxen die Daten im Zusammenhang mit den Disease-Management-Programmen (DMP) mittels KV-Connect oder auf CD/DVD versenden. Wenn Sie den E-Mail-Versand wählen, senden Sie die Dateien an die Adresse DMP-Nordrhein@dmpservices.de

Wer die DMP-Dokumentationen per E-Mail versendet, sollte die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundessärztekammer bezüglich Datenschutz und Datensicherheit beachten. Sie finden diese unter www.kbv.de und www.bundesaerztekammer.de [KV | 161013](#)

NRW-Polizeibeamte: Einführung der KVK verschiebt sich

Die Einführung der Krankenversicherungskarte (KVK) für Polizeibeamte in Nordrhein-Westfalen (NRW) verzögert sich. In der letzten Ausgabe von KVNO aktuell hatten wir berichtet, dass Polizeibeamte zum 1. Oktober 2016 eine KVK erhalten sollten.

Das Land NRW hat nun mitgeteilt, dass die KVK erst mit Beginn des nächsten Jahres eingeführt werden soll. Bis dahin werden Polizeibeamte – wie bisher – mit einem Krankenschein ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen.

TK-Betreuungsstrukturvertrag: Aufwandspauschale „Depression“

Der Betreuungsstrukturvertrag mit der Techniker Krankenkasse (TK) enthält seit 1. Juli 2016 eine zusätzliche Aufwandspauschale „Depression“. Sie umfasst die Betreuung und Behandlung von Patienten mit depressiven Erkrankungen. Die kontaktabhängige Pauschale kann mit der Symbolnummer (SNR) 91319 für den besonderen Betreuungs- und Koordinierungsaufwand bei dem Krankheitsbild Depression (erstmalige Kodierung folgender ICD-10-Codes: F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3 sowie F33.4) abgerechnet werden. Die SNR 91319 setzt die KV Nordrhein automatisch zu und muss nicht von den Ärzten abgerechnet werden.

Voraussetzung ist, dass in den vergangenen vier Quartalen vor dem Behandlungsfall durch den behandelnden Arzt keine Diagnose aus der Indikationsgruppe Depression der Anlage 1 des Betreuungsstrukturvertrages mit der TK gesichert dokumentiert wurde. Dies bedeutet, dass die neue Aufwandspauschale „Depression“ einmalig abgerechnet werden kann, wenn einer der genannten ICD-10-Codes erstmalig gesichert dokumentiert wurde.

Die Aufwandspauschale „Depression“ wird mit 5 Euro vergütet und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert.

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV | 161014

Novitas BKK: Tollwut-Impfung als Satzungsleistung

Zum 1. Oktober 2016 wird der Vertrag mit der Novitas BKK über die Durchführung und Abrechnung von Impfungen als Satzungsleistung um die Tollwut-Impfung erweitert. Dies bedeutet, dass Ärzte für Versicherte der Novitas BKK die Tollwut-Impfung neben weiteren Impfungen nunmehr als Satzungsleistung gegenüber der KV Nordrhein abrechnen können.

Mit anderen Krankenkassen bestehen bereits Verträge über die Durchführung und Abrechnung der Tollwut-Impfung als Satzungsleistung. Bei Versicherten der Novitas BKK können Ärzte die Tollwut-Impfung – wie auch bei anderen Krankenkassen – mit der Symbolnummer 89709 abrechnen. Die Tollwut-Impfung wird mit 15 Euro je Impfung vergütet. Die Finanzierung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV | 161014

Chronikerbescheinigung einfacher

Das neue Formular Muster 55 zur „Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gemäß § 62 SGB V“ umfasst ab 1. Oktober 2016 nur noch die Angabe der Dauerdiagnose, den Behandlungsbeginn und ob eine Weiterbehandlung erforderlich ist. Praxen können es am Computer ausfüllen, es soll im Praxisverwaltungssystem hinterlegt sein.

Die Praxen halten ab Oktober 2016 dieses bundeseinheitliche Muster vor, sodass es für alle gesetzlichen Krankenkassen identisch ist. Es



wird dann nicht mehr von den Krankenkassen ausgegeben. Die Abrechnung erfolgt unverändert über die hausärztliche Versichertenpauschale, alternativ über die arztgruppenübergreifende GOP 01610 im EBM.

Das Muster 55 können Praxen über den Bestellschein für Formulare beim Formularversand in Krefeld beziehen. Eine Erstaussstattung der Praxen ist derzeit nicht vorgesehen.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV | 161015**

Schmerztherapie-Vereinbarung überarbeitet

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten wurde überarbeitet. Die geänderte Fassung tritt am 1. Oktober 2016 in Kraft.

Die Anforderungen an die fachliche Befähigung wurden an die aktuellen Vorgaben der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ angepasst. Dies bedeutet für den antragstellenden Arzt im Wesentlichen eine Absenkung der vorab nachzuweisenden Patienten- beziehungsweise Untersuchungszahlen. Weiterhin entfällt das bisher obligatorische Eingangskolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission, wenn die mündliche oder schriftliche Prüfung zur Erlangung der Anerkennung der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ nicht länger als 48 Monate zurückliegt.

Die Vorgabe, dass an vier Tagen pro Woche mindestens je vier Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorgehalten werden müssen, bleibt bestehen. Diese Vorgabe bezieht sich künftig aber nicht mehr auf den Arzt, sondern die Einrichtung, was sämtliche Praxisstandorte einschließt und abdeckt. So können Schmerztherapeuten künftig an einem Tag beispielsweise zwei spezielle Sprechstunden in ihrer Hauptbetriebsstätte und die anderen zwei in einer Zweigpraxis anbieten.

Gänzlich neu in der Schmerztherapie-Vereinbarung ist die Überprüfung der Dokumentation bei Ärzten, denen erstmals eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung schmerztherapeutischer Leistungen erteilt wurde.

Außerdem wurden die Anforderungen an eine schmerztherapeutische Ausbildungseinrichtung geändert. Demnach müssen Einzelpraxen nur noch zehn und nicht wie bislang zwölf interdisziplinäre Schmerzkonferenzen pro Jahr durchführen. Da es sich hierbei oft um Schmerzpraxen niedergelassener Ärzte handelt, bedeutet dies eine Erleichterung für den Praxisinhaber, etwa bei der Urlaubsplanung.

Die neue Schmerztherapie-Vereinbarung finden Sie in Kürze auf www.kvno.de | **KV | 161015**

Serviceteams

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

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666 Telefax 0221 7763 6450

E-Mail service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888 Telefax 0211 5970 8889

E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Formularversand

Telefon 02151 3710 00 Telefax 02151 9370 655

E-Mail formular.versand@kvno.de

Quotenziele helfen – kaum Prüfverfahren

Die große Mehrheit der Praxen in Nordrhein hält die Quotenziele bei Arzneimittelverordnungen ein. Das führt dazu, dass es für das Jahr 2014 deutlich weniger Prüfverfahren gibt als in den Jahren zuvor: 25 Praxen fordert die Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen in Nordrhein zur Stellungnahme im Rahmen der Richtgrößenprüfung für Arzneimittel-Verordnungen auf.

Das heißt nicht, dass diese Praxen einen Regress zahlen müssen. Die Praxen haben drei Wochen Zeit zu begründen, warum ihre Arzneimittelverordnungen nach Abzug von Praxisbesonderheiten mehr als 25 Prozent über dem Richtgrößenvolumen liegen. Zum Vergleich: Für das Prüfbjahr 2013 hat die Prüfungsstelle noch 50 Praxen aufgefordert, eine Stellungnahme abzugeben. Einen Regress musste letztlich nur eine Praxis zahlen.

Bei den Verordnungen 2014 haben knapp 190 Praxen ihr Richtgrößenvolumen nach Abzug der Praxisbesonderheiten überschritten. Davon hat die Prüfungsstelle 25 um Stellungnahme gebeten. Der Großteil der überschreitenden Praxen kann sich diesen Schritt sparen, weil sie

alle für ihre Fachgruppe vereinbarten Quoten eingehalten haben oder weil die Prüfungsstelle vorab bereits Besonderheiten anerkannt hat, die aus Prüfungen der Vorjahre bekannt sind.

Praxen, die ihr Richtgrößenvolumen um mehr als 25 Prozent überschreiten, fordert die Prüfungsstelle auf, in einer Stellungnahme ihre Verordnungen zu begründen. Dabei können die Praxen weitere Praxisbesonderheiten angeben, um einen Regress abzuwenden. Zudem sind seit 2009 Praxen von der Richtgrößenprüfung befreit, wenn sie alle für ihre Fachgruppe vereinbarten Quoten einhalten.

Die Richtgrößenprüfung soll ab 2017 durch andere Prüfmethode abgelöst werden. Auf jeden Fall gilt: Praxen, die ihre Quotenziele einhalten, müssen keinen Regress fürchten.

Von der Regelung sind die Anträge auf sonstigen Schaden wegen Verstoß gegen die Arzneimittel-Richtlinie nicht betroffen. Hier können Kassen weiterhin Einzelanträge stellen. Im laufenden Jahr waren dies bereits mehrere Hundert.

Mehr Infos unter www.kvno.de | **KV | 161016**

Hinweise zur Verordnung von Entresto

Die Fixkombination Valsartan/Sacubitril ist unter dem Handelsnamen Entresto seit Januar 2016 zur Behandlung der Herzinsuffizienz zugelassen. Das Präparat ist vielfach teurer als die bisherige Standardtherapie, sodass häufig die Frage nach dem wirtschaftlichen

Einsatz gestellt wird. Die Europäische Kardiologische Gesellschaft hat die Wirkstoffkombination schon in ihre Leitlinie aufgenommen und deutlich gemacht, dass das Präparat erst eingesetzt werden sollte, wenn die Standardtherapie nicht ausreicht.

In der neuesten Ausgabe des Newsletters VIN fasst die KV Nordrhein die Empfehlungen zusammen. Den VIN finden Sie unter www.kvno.de
KV | 161016

Kontakt

Hilfsmittelberatung

Telefon 0211 5970 8070

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail patricia.shadiakhy@kvno.de

Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111

Telefon 0211 5970 8666 (SSB)

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail pharma@kvno.de

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396

Telefax 0211 5970 9396

E-Mail margit.karls@kvno.de

Übersicht Influenza-Impfung 2016/2017 in Nordrhein

Der Grippeimpfstoff ist in Nordrhein für die Saison 2016/2017 für die Standard- und Indikationsimpfungen erneut ein Ausschreibungsimpfstoff. Apotheken müssen in dieser Saison Influvac-Fertigspritzen mit feststehender Kanüle bzw. Afluria ohne Kanüle liefern, wenn Grippeimpfstoff über den Sprechstundenbedarf verordnet wurde. Ausnahmen bestehen nur in medizinisch begründeten Einzelfällen und für Kinder von zwei bis sechs Jahren, für die in der Regel der nasale Impfstoff Fluenz empfohlen ist.

Praxen haben etwa die Hälfte ihres Saisonbedarfes für die beiden Grippeimpfstoffe vorbestellt. Die Apotheken sind schon im August beliefert worden. Weitere Dosen können nach Bedarf während der laufenden Grippesaison bezogen werden. Bei Satzungsleistungen, die einzelne Kassen zusätzlich zur Pflichtleistung anbieten, wird der Impfstoff auf den Namen des Patienten verordnet. Praxen brauchen in diesem Fall nicht vorrangig Influvac oder Afluria zu wählen.

Standard- und Indikationsimpfung gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie (alle Kassen)

	SNR	Impfstoff	Bezugsweg
Standardimpfung über 60 Jahre	89111	Influvac bzw. Afluria	SSB
Indikationsimpfung*	89112	Influvac bzw. Afluria	SSB
2 bis 6 Jahre nasal**	89112N	Fluenz	SSB

Satzungsimpfung (1. Oktober 2016 bis 31. März 2017)

Unter 60 Jahre ohne erhöhte gesundheitliche Gefährdung: TK, KKH, pronova BKK, BKK 24, actimonda krankenkasse, VIACTIV Krankenkasse	89112T	Grippeimpfstoff 2016/2017 (nicht nasal)	Einzelverordnung auf den Namen des Patienten
Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre ohne erhöhte gesundheitliche Gefährdung: AOK Rheinland/Hamburg	89112T	Grippeimpfstoff 2016/2017 (nicht nasal)	Einzelverordnung auf den Namen des Patienten

* Indikationsimpfung

- Alle Schwangeren ab 2. Trimenon, bei erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens ab 1. Trimenon
- Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens, zum Beispiel:
 - chronische Krankheiten der Atmungsorgane (inklusive Asthma und COPD)
 - chronische Herz-Kreislauf-, Leber- und Nierenkrankheiten
 - Diabetes und andere Stoffwechselkrankheiten
 - Multiple Sklerose mit durch Infektionen getriggerten Schüben sowie weitere in Schwere vergleichbare chronische neurologische Krankheiten, die zu respiratorischen Einschränkungen führen können
 - Personen mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion
 - HIV-Infektion
- Bewohner in Alters- oder Pflegeheimen
- Personen, die als mögliche Infektionsquelle für von ihnen betreute Risikopersonen fungieren können

** Ausgenommen von der nasalen Impfung sind Kinder mit

- klinischer Immunschwäche aufgrund von Erkrankungen oder infolge einer Therapie mit Immunsuppressiva (zum Beispiel akute und chronische Leukämie, Lymphom, symptomatische HIV-Infektion, zelluläre Immundefekte und hochdosierte Kortikosteroid-Behandlung),
- schwerem Asthma oder
- akutem Giemen.

Sechsfachimpfung: Auch nach 23 Monaten möglich

Die Sechsfachimpfstoffe Infanrix hexa und Hexyon können laut den aktuellen Fachinformationen für die Grundimmunisierung und Auffrischimpfung von Säuglingen und Kleinkindern verwendet werden. Ein konkretes Höchstalter wird nicht (mehr) aufgeführt.

Die Präparate können sowohl für die empfohlene Grundimmunisierung im Alter von 2 bis 23 Monaten als auch für Nachholimpfungen für Kinder bis 5 Jahre eingesetzt werden. Für die Grundimmunisierung älterer Kinder und Erwachsener gibt die Ständige Impfkommission (STIKO) keine Empfehlung.

Die Abrechnung von Impfungen und die Verordnungsfähigkeit von Impfstoffen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gibt die Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss vor. Die Richtlinie orientiert sich an den Empfehlungen der STIKO.

Für diese Pflichtimpfungen sind meist Altersgrenzen angegeben, es werden aber auch Nachholimpfungen zur Vervollständigung des Impfschutzes erfasst.

In den STIKO-Empfehlungen werden besonders für die im Kleinkindalter empfohlenen Standardimpfungen Hinweise gegeben, bis zu welchem Alter sie mit welchem Impfstoff nachgeholt werden können. Dabei ist zu beachten, dass beispielsweise für Diphtherie und Pertussis im Alter bis 5 Jahre höhere Antigenkonzentrationen eingesetzt werden als bei älteren Kindern.

Wenn beispielsweise die Impfung mit Diphtherie, Pertussis, Tetanus nach 24 Monaten noch nicht vollständig ist, empfiehlt die STIKO die Grundimmunisierung bis 5 Jahre mit einem Impfstoff mit höherem Antigengehalt (Infanrix), für ältere Kinder mit einem Impfstoff mit kleinerem Antigengehalt (Boostrix).

Sprechstundenbedarf – neuer Dienstleister

Den Sprechstundenbedarf (SSB) in Nordrhein rechnet ab 1. Oktober 2016 die Rezeptprüfstelle Duderstadt (RPD) ab. Für die Praxen in Nordrhein bedeutet dies: Bitte geben Sie für Bestellungen des Sprechstundenbedarfs ab dem 4. Quartal 2016 „SSB Nordrhein“ als Kostenträger und das Institutionskennzeichen (IK) 102091710 auf dem SSB-Rezept an. Die neue Vertragskassennummer veröffentlichen wir sobald sie feststeht unter www.kvno.de

Kennzeichnen Sie die Rezepte mit der „9“ im Statusfeld, wenn SSB bestellt wird, und mit der „8“ und „9“, wenn Sie Impfstoffe als SSB bestellen. Bitte vermeiden Sie Mischrezepte. Die Angabe des Abrechnungsquartals ist nicht mehr nötig. Die Rezepte werden anhand des Ausstellungsdatums dem entsprechenden Quartal zugeordnet. Den SSB für das 3. Quartal 2016 können Sie noch bis zum 14. Oktober

2016 (Verordnungsdatum) auffüllen. Für diese Rezepte verwenden Sie bitte wie bisher „SSB Nordrhein“ als Kostenträger und das Institutionskennzeichen (IK) 107204056. Verordnungen für das 4. Quartal 2016 können ab dem 15. Oktober 2016 (Verordnungsdatum) gestellt werden. Praxen, die ihren SSB direkt abrechnen senden ihre Abrechnung künftig an:

Rezeptprüfstelle Duderstadt GmbH (RPD)
Adenauerring 25
37115 Duderstadt

Für die Praxen in Nordrhein bleibt die KV Nordrhein selbstverständlich Ansprechpartner zu Verordnungsfragen im SSB:

Telefon 0211 5970 8666
Telefax 0211 5970 8136
E-Mail ssb@kvno.de

Neue STIKO-Empfehlungen

Die Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut hat Ende August 2016 ihre Empfehlungen für die Impfsaison 2016/2017 aktualisiert. Die Änderungen betreffen besonders die Empfehlungen für die Pneumokokken-Impfungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat drei Monate Zeit, die Schutzimpfungs-Richtlinie anzupassen.

Für Personen ab 60 Jahre empfiehlt die STIKO weiter die Pneumokokken-Standardimpfung mit dem 23 valenten Polysaccharidimpfstoff (Pneumovax 23). Nach Auswertung aktueller klinischer Studien lag die Effektivität gegen invasive Pneumokokken-Erkrankungen (IPD) und Pneumokokken-Pneumonien durch beliebige Serotypen beim Polysaccharidimpfstoff höher als beim Konjugatimpfstoff.

Bei den Indikationsimpfungen gegen Pneumokokken unterscheidet die STIKO: Patienten mit nicht immunkompromittierender Grundkrankheit wie COPD sollten mit dem Polysaccharid-Impfstoff Pneumovax 23 geimpft werden, um eine möglichst breite Serotypenabdeckung zu erreichen.

Patienten mit angeborenen oder erworbenen Immundefekten bzw. Immunsuppression und Patienten mit anatomischen und Fremdkörper-assoziierten Risiken für Pneumokokken-Meningitis wie Liquorfistel oder Cochlea-Implantat sollten zuerst die sequenzielle Impfung mit dem Konjugatimpfstoff PCV13 (Prevenar 13) erhalten. Nach sechs bis zwölf Monaten empfiehlt die STIKO die Impfung mit



dem Polysaccharidimpfstoff PPSV23 (Pneumovax 23).

Zur sequenziellen Impfung rät die STIKO auch bei beruflichen Tätigkeiten wie Schweißen und Trennen von Metallen, die zu einer Exposition gegenüber Metallrauchen einschließlich metalloxidischem Schweißrauchen führen.

Weitere Änderungen der STIKO-Empfehlungen betreffen

- die Gelbfieber-Impfung,
- die Berücksichtigung geänderter Altersgrenzen in den Zulassungen mehrerer Impfstoffe und
- Ergänzungen in den Hinweisen zur Durchführung von Schutzimpfungen.

Die neuen STIKO-Empfehlungen sowie ausführliche Begründungen zur Anpassung der Pneumokokken-Empfehlungen wurden im Epidemiologischen Bulletin veröffentlicht unter www.rki.de | [KV | 161019](#)

Die STIKO hat ihre Empfehlungen für die Pneumokokken-Impfung aktualisiert.

Influenza-Impfung: Vertrag mit der VIACTIV

Für die Influenza-Impfsaison 2016/2017 hat auch die VIACTIV-Krankenkasse Satzungsimpfungen beschlossen. Das heißt, dass deren Versicherte auch außerhalb der in der Schutzimpfungs-Richtlinie genannten Indikationen

gegen Grippe auf Kassenkosten geimpft werden können. Die Satzungsleistung können Praxen über die Symbolnummer 89112T abrechnen (siehe Übersicht Seite 17).

Mehr Infos unter www.kvno.de | [KV | 161019](#)

Nicht ohne Nebenwirkungen

Tinnitus-Therapie, mobiles EKG, Hautscreening oder Kalorienzähler: Gesundheits-Apps erfreuen sich großer Beliebtheit – doch der Markt ist unübersichtlich. Nutzen sehen Experten bei der Betreuung chronisch Kranker. Risiken gibt es bei Qualität und Datenschutz.

Einstige Bewegungsmuffel legen sich Schrittzähler und Fitness-Tracker ums Handgelenk. Allergiker lassen sich den Pollenflug für acht Uhr morgens auf ihrem Smartphone anzeigen. Diabetiker berechnen die nächste Insulin-Dosis in Sekunden: Gesundheits-Apps sind für viele Menschen tägliche Begleiter.

Laut einer im April 2016 vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten Studie nutzen mittlerweile 29 Prozent der Deutschen mindestens eines dieser aktuell rund 100.000 Mini-Programme, die Körperdaten sammeln, Hautveränderungen überprüfen, die Medikamenteneinnahme steuern und vieles mehr. Die Vorteile: Patienten kümmern sich aktiv um ihre Gesundheit, können besser mit ihren (chronischen) Krankheiten umgehen und erleichtern am Ende sogar ihren Ärzten die Arbeit.

Fehlende Standards

Doch es ist nicht leicht, aus der Vielzahl der Angebote jene Anwendungen herauszufinden, die zuverlässig funktionieren und wirklich helfen, gesünder zu leben oder sogar eine Krankheit besser in den Griff zu bekommen. Denn Qualitätsstandards sind in dem noch relativ jungen Markt der mobilen Applikationen Mangelware. Lediglich Apps, die die Hersteller als Medizinprodukte einstufen, durchlaufen einen Zertifizierungsprozess, in dem unter anderem Sicherheit und Leistungsfähigkeit überprüft werden.

Das sind Anwendungen wie das mobile EKG „Cardiosecur“, bei dem die Elektroden durch

ein Kabel mit dem Smartphone verbunden werden, oder die Tinnitus-Therapie-App „Tinnitracks“, die aus der Lieblingsmusik von Tinnitus-Patienten deren individuelle Tinnitusfrequenz herausfiltert. Der Hersteller Sonormed aus Hamburg hat es geschafft, die Techniker Krankenkasse (TK) zu überzeugen, sodass diese „Tinnitracks“ seit einem Jahr erstattet. Die Therapie, die für Selbstzahler 19 Euro im Monat kostet, wird auch von Gothaer, Axa, Union Krankenversicherung (UKV) und der Versicherungskammer Bayern übernommen.

„Ich bin zuversichtlich, dass wir die App unseren Patienten in NRW noch in diesem Jahr auf Rezept anbieten können“, sagt Dr. Joachim Wichmann aus Krefeld, Vorsitzender des Berufsverbands der HNO-Ärzte in Nordrhein. „Tinnitus-Patienten haben einen langen Leidensweg. Dass die Krankenkassen eine mobile Anwendung, die auf medizinisch-wissenschaftlicher Forschung basiert und diesen Patienten wirklich helfen kann, unterstützen, ist ein absolutes Novum.“ Wichmann ist froh, dass die Krankenkassen das Potenzial seriöser Apps entdeckt haben – und mit der Kostenübernahme zumindest einzelner zertifizierter Anwendungen beginnen.

Helfer der Krankenkassen?

Vor allem die großen Kassen haben Apps für sich entdeckt. So sagt die Allergie-App „Husttblume“ Versicherten der TK, mit welchen Pollen sie wann und wo zu rechnen haben. Die AOK stellt auf ihrer Internetseite eine ganze Palette von Gesundheits-Apps bereit, von

„Abnehmen mit Genuss“ bis zum „Vorsorge-manager“. „Persönliche Rückmeldungen von Nutzern zeigen, dass sie gut ankommen“, sagt Ellen von Itter von der Pressestelle der AOK Rheinland/Hamburg.

Besonders beliebt seien Programme zu Ernährung, Vorsorge und Service, von denen aber keines als Medizinprodukt zertifiziert ist. „Mit den angebotenen Apps möchten wir die Gesundheitskompetenz unserer Versicherten stärken“, so von Itter. Die Nutzerdaten seien der AOK nicht zugänglich, ebenfalls plane die Kasse keine Integration der Apps in ein Bonusprogramm. Somit werde die Nutzung einer mobilen Anwendung, die Gesundheitsverhalten fördere, nicht von der AOK honoriert.

Im Bonusprogramm der TK könnten Apps künftig sehr wohl von Bedeutung sein. Aufgrund der weit verbreiteten Nutzung kann sich TK-Chef Jens Baas „durchaus vorstellen, dass in Zukunft auch Fitness-Tracker in unserem Bonusprogramm eine Rolle spielen“. Immerhin sind 37 Prozent der Bürger nicht abgeneigt, ihre Gesundheitsdaten an ihre Krankenkasse weiterzuleiten, so das Ergebnis einer Umfrage des Bitkom. Bei über 65-Jährigen liegt diese Bereitschaft sogar bei 47 Prozent.

Apps für Ärzte

Die kleinen Programme können nicht nur Patienten helfen, sondern auch Ärzten ihren Arbeitsalltag erleichtern, indem sie Datenbanken für die Zusammenarbeit mit Kollegen schaffen, Teile der Kommunikation mit dem Patienten übernehmen und die ärztliche Beratung via Internet ermöglichen. Dr. Matthias Kaltheuner, Vertreter des Berufsverbands der diabetologischen Schwerpunktpraxen in Nordrhein, schwört wie viele seiner Kollegen etwa auf den medizinischen Formelrechner „MedCalc“.

Thieme Compliance will Ärzten mit der App „Das Aufklärungsgespräch“ Hilfestellung in kritischen Situationen bieten. HNO-Arzt Wichmann setzt auf „aVOR“, eine App, die es ihm



ermöglicht, seinen Patienten den „vestibulo-ocular reflex (VOR)“ und damit assoziierte Krankheiten zu erklären. „Sieht der Patient das bewegte Bild am Bildschirm, prägt er sich gewisse Mechanismen viel besser ein als bei ausschließlich mündlichen Erklärungen“, sagt Wichmann.

Im Gegensatz zu Ärzten können Patienten den gesundheitlichen Nutzen einer App oft nur schwer einschätzen. Immerhin lassen sich mithilfe von Medizin-Apps unter anderem Hörtests durchführen, psychische Beschwerden einschätzen, Migränetagebücher erstellen, das Sehen trainieren, etwa mit der App „Caterna“, einer Sehschule für Kinder mit Amblyopie, oder das „Diabetes-Management einfacher“ gestalten, wie es die – mit dem CE-Zeichen zertifizierte – Diabetes-App „mysugar“ verspricht.

Problem: Vielen Apps mangelte es an inhaltlicher und technischer Qualität, sagt Wich-

Mit dem Smartphone können Nutzer mittlerweile nicht nur Fotos schießen und im Internet surfen, sondern auch ihre Gesundheitsdaten erheben. Das bietet jedoch nicht nur Vorteile.

mann, auch weil die meisten Gesundheits-Apps und selbst zertifizierte Medizinanwendungen nicht von Medizinern, sondern von Technologie-Unternehmen entwickelt würden. „Patienten nutzen Gesundheits-Apps häufig unreflektiert. Daher ist es wichtig, dass die Praxen sinnvolle und seriöse Apps empfehlen“, fügt Wichmann an.

Keine Kooperation

Apps, die Hautveränderungen überprüfen, werde in dermatologischen Praxen wenig Bedeutung und Seriosität zugesprochen, sagt Dr. Klaus Strömer aus Mönchengladbach, Präsident des Berufsverbands der Deutschen Dermatologen (BVDD). Gefährlich seien „falsch negative Befunde, auf die sich die Nutzer verlassen und nicht mehr zur Kontrolle in die Praxis kommen“. Auch falsch positive Befunde, die Nutzer in Angst und Schrecken versetzen, seien ein Risiko, so der Dermatologe. Aus berufsrechtlichen Gründen kooperiere er mit keinem der App-Anbieter, bei denen Dermatologen die an die Praxis weitergeleiteten Smartphone-Fotos von Leberflecken begutachten. „Es ist immer von Nachteil, den Pa-

tienten bei einer Diagnose nicht bei sich zu haben“, sagt er. Im Herbst veröffentlicht der BVDD ein Positionspapier zu telemedizinischen Anwendungen in der Dermatologie.

Auch die Diabetologen streben eine Klassifizierung der zahllosen Apps an. Darum kümmere sich seit fünf Jahren eine Gruppe von Ärzten aus diabetologischen Schwerpunktpraxen in Nordrhein, erklärt Kaltheuner. „Alle haben das gleiche Problem: Licht in den Dschungel der Angebote zu bringen“, erläutert er. „Wir versuchen, Diabetes-Verbände dazu zu bringen, Apps gemeinsam mit Technologie-Partnern auf ein höheres Niveau zu bringen und ein Diabetes-Siegel zu entwickeln“, fügt Kaltheuner an.

Das Programm „Go-Carb“ sei eine sinnvolle App. Sie berechnet den Kohlenhydrat-Gehalt abfotografierten Essens und ermöglicht es Diabetikern, ihre Mahlzeiten besser zu planen und ihren Blutzucker einfacher zu kontrollieren. Getestet werden auch Apps, die die Insulinpumpe via Bluetooth steuern, und solche, die mit einem künstlichen Pankreas als „closed loop system“ (CLS) funktionieren.

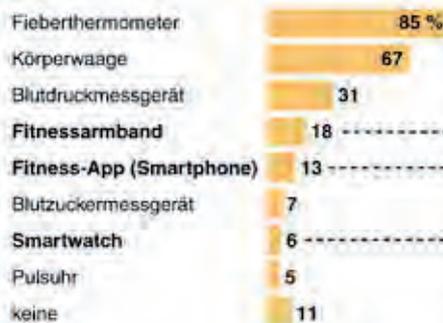
Wie viele Kalorien habe ich heute zu mir genommen? Wie viele Schritte bin ich heute gegangen? Wie hoch ist mein Stresslevel? Immer mehr Menschen möchten diese und noch mehr Daten rund um ihre Fitness und Gesundheit messen und sammeln. Heutzutage dienen dazu nicht mehr nur Waage und Pulsuhr, sondern Smartphone und Smartwatch.

Selbstvermessung

Immer mehr Menschen in Deutschland sammeln Daten rund um ihre Fitness und Gesundheit.

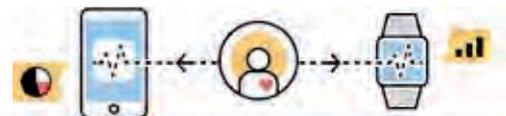
Welche Geräte nutzen Sie, um Gesundheits- oder Fitnessdaten zu erfassen?

(Antworten in Prozent der Befragten)



repräsentative Befragung von insgesamt 1.236 Personen ab 14 Jahren in Deutschland im Januar 2016

Quelle: Birkom (2016)



Welche Gesundheits- oder Fitnessdaten erfassen bzw. sammeln Sie?

(Die häufigsten Antworten der Nutzer von Fitness-Trackern in Prozent)



Befragung der 378 Nutzer von Fitness-Trackern

© Globus 10838

Apps als Medizinprodukte

Einige Diabetes-Apps werden als Medizinprodukte eingestuft und unterliegen dem Medizinproduktegesetz. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte bietet seit 2015 auf seiner Homepage eine Orientierungshilfe zu „medical Apps“, die besondere Anforderungen hinsichtlich Risiko, Sicherheit, Qualität, Regulierung und Überwachung erfüllen müssen.

Entscheidend für die Klassifizierung als Medizinprodukt ist die Zweckbestimmung durch den Hersteller: Medizin-Apps müssen der Diagnose oder Therapie von Krankheiten dienen. Bei solchen Apps, etwa einem Broteinheiten-Zähler für Diabetiker mit integriertem Vorschlagsrechner für eine Insulingabe, müssen sich die Anwender auf die Ergebnisse verlassen können.

In Sachen Standards hinkt der deutsche Markt anderen weit hinterher. In den USA hat die Lebens- und Arzneimittelbehörde (FDA) für Hersteller Leitlinien für Medizin-Apps veröffentlicht. Solange diese Kriterien zum Nutzen nachweis hierzulande fehlen, wird es schwierig bleiben, Medizin-Apps in die reguläre Patientenversorgung aufzunehmen und auf Erstattung durch die Versicherer zu hoffen. Zudem sind App-Nutzer gesundheitlichen Risiken ausgesetzt, vor allem durch Fehldiagnosen.

Besonders problematisch sind Apps, die eine Diagnose versprechen, etwa durch die Beurteilung von Hautveränderungen. Anbieter können sich von jeder Haftung frei sprechen, wenn sie angeben, ihr Produkt sei nicht zur Therapie oder Diagnose von Krankheiten geeignet. Noch beinhalten Apps, die medizinische Messwerte über Messfühler oder gekoppelte Messgeräte erfassen, ein hohes Risiko. Denn bei falsch gemessenen oder übertragenen Werten können falsche Schlüsse gezogen werden. Der Arztbesuch kann dadurch (noch) nicht ersetzt werden.

Achtung, Datenschutz

Auch beim Datenschutz fehlen verlässliche Standards. Unklar ist, wie die Hersteller mit den Nutzerdaten verfahren – und wie der digitale Austausch von Patientendaten mit der Praxis sicher funktionieren kann. Die Herausforderung: unter Beachtung des Datenschutzes patientenbezogene Werte in seriösen und nützlichen Apps miteinander vernetzen und daraus qualitätsgesicherte Empfehlungen ableiten.

Bis dahin versucht sich die Politik selbst in der Entwicklung von Applikationen, die die Gesundheitskompetenz stärken sollen: „Super Dad“, die neueste App des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter, soll „vor allem sehr junge Väter und werdende Väter dabei unterstützen, die Schwangerschaft aktiv zu begleiten und verantwortungsvolle Fürsorge für das Kind zu übernehmen“.

■ JULIA ROMMELFANGER | STEPHANIE THEISS

Die Studie „Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps“ finden Sie unter www.charismha.de | KV | 161023

Self Tracking

Das „quantified self“ ist ein Phänomen unserer Zeit. App-Nutzer beobachten ihren Körper den ganzen Tag. Es wird gemessen und optimiert. Dadurch werden immer mehr Daten zur Verfügung stehen. Es wird möglich werden, Analysen über die Wirksamkeit von Medikamenten und weiteren Therapien vorzunehmen.

Befürworter des Self-Tracking sehen die Chance, dass Zivilisationskrankheiten wie Asthma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Übergewicht erfolgreich besiegt werden können.

Skeptiker führen an, dass der Lebensstil nicht allein durch eine App verändert wird und die Wahrnehmung des eigenen Körpers verloren gehen könnte. Der Patient traue zum Beispiel nicht mehr seinem eigenen Hungergefühl, sondern überließe es der Anwendung, Mahlzeiten zu beenden oder weiterzuführen. Die ständige Selbstbeobachtung könne auch zu hypochondrischen Verhaltensweisen führen.

Orientierungshilfe für den Notfall

Seit Frühjahr 2016 gibt es in Duisburg den so genannten „Palliativausweis“. Ziel des neuen Dokumentes: Klarheit über den Patientenwillen und Rechtssicherheit für den Arzt in Notfallsituationen – und das kurz und bündig.

Über eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht verfügen bereits viele schwerkranke Patienten. Doch in der Hektik eines Notfalls fehlt häufig die Zeit, diese Dokumente zu lesen, oder sie liegen nicht vollständig gesichert vor. Gemeinsam mit den Partnern der Kommunalen Gesundheitskonferenz haben Duisburger Ärzte deshalb den Palliativausweis eingeführt. Vorbild ist ein Essener Konzept, das ein solches Dokument bereits seit einiger Zeit erfolgreich einsetzt.

„Ziel des Palliativausweises ist es, dem behandelnden Arzt in Akutsituationen schnell und kompakt die wesentlichen Informationen zu geben, wie und wo der Patient nach sei-

nem Willen versorgt werden möchte“, erklärt Dr. Martin Geiger, Hausarzt und Koordinator des Palliativnetzes Duisburg (PanDu). Vor allem Notärzte oder Notfallärzte, die den zu versorgenden Patienten nicht kennen, sollen so eine auch rechtlich belastbare Basisinformation erhalten. „Es dient dem Notarzt als Entscheidungsgrundlage für weitere medizinische Maßnahmen“, so Geiger.

Patientenwillen in Kurzform

Der gelbe Ausweis im Format eines Impfpases gibt darüber Auskunft, welche Ärzte den Patienten regelhaft betreuen und welche pflegerischen und psychosozialen Dienste an seiner Versorgung beteiligt sind. Auch Ansprech-



Nützliches Dokument im Impfpass-Format: der Palliativausweis für den Bereich Duisburg.

Schwerstkranke interprofessionell versorgen

Gerade bei der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender ist eine gute und einfühlsame Kommunikation und eine abgestimmte interprofessionelle Versorgung wichtig. Ärzte, Pflegende und Medizinische Fachangestellte (MFA) stellt das häufig vor besondere Herausforderungen. Ein Pilotprojekt in der Region Nettetal trägt dazu bei, den Bedürfnissen von Patienten und ihren Angehörigen auch dann gerecht werden zu können, wenn diese sich in Grenzsituationen befinden. Das Projekt soll jetzt ausgeweitet werden.

Kern sind interprofessionelle Fortbildungen. Am Projekt beteiligt sind: der Pflegerat NRW,

der Verband medizinischer Fachberufe, die Ärztekammer und die KV Nordrhein. Das Anfang 2016 gestartete Pilotprojekt wurde von der Robert-Bosch-Stiftung im Rahmen ihres Förderprogramms „Operation Team – Interprofessionelle Fortbildungen in den Gesundheitsberufen“ unterstützt.

Drei Ziele verfolgt das Projekt:

1. die Förderung der berufsgruppenübergreifenden Fortbildungen, um Einsicht in die Sicht-, Denk- und Handlungsweisen der anderen Gesundheitsprofessionen zu erhalten, noch mehr Verständnis und Respekt vor den Leistungen der anderen Berufe zu ent-

partner aus dem Umfeld des Patienten können vermerkt werden.

Um die vom Patienten gewünschte Versorgung einleiten zu können, enthält der Palliativausweis auch Angaben über abgelehnte Notfallmaßnahmen wie etwa eine künstliche Beatmung. Damit lassen sich zum Beispiel Krankenhauseinweisungen vermeiden, wenn der Patient zu Hause oder im Pflegeheim sterben möchte. „Lehnt der Patient durch eine Notiz im Ausweis eine Krankenhauseinweisung explizit ab, kann sich der Notarzt auf eine Symptomlinderung und Stabilisierung des Patienten beschränken“, sagt Palliativmediziner Dr. Geiger.

Zum Einsatz kommen soll das Papier deshalb vor allem bei unheilbar Erkrankten, die bereits in die letzte Phase ihres Lebens eingetreten sind. „Idealerweise füllt der sterbenskranken Patient den Ausweis im Rahmen eines Gespräches zusammen mit seinem behandelnden Haus- oder Palliativarzt aus“, empfiehlt Dr. Helmut Gudat, Vorsitzender der KVNO-Kreisstelle Duisburg. Der behandelnde Arzt trägt im Palliativausweis die Diagnose und Prognose ein, der Patient bzw. sein Bevollmächtig-

ter bestätigt die Therapiewünsche mit seiner Unterschrift. Wichtig ist dabei jederzeit, dass der geäußerte Patientenwille nicht im Konflikt mit der geltenden Gesetzeslage steht. So lange der Patient allerdings seinen Willen selbst bilden und aktiv äußern kann, ist der direkt ausgedrückte Wille das entscheidende Maß.

Schulungen für Notfallmediziner

Das Palliativnetz Duisburg hat in diesem Sommer Schulungen für die im Stadtgebiet zum Notarztdienst eingeteilten Ärzte gestartet. Nach und nach sollen darin im Laufe der kommenden Monate die über 200 Notfallmediziner der Duisburger Krankenhäuser über die Funktion des Ausweises informiert werden.

„Ich wünsche mir, dass auch möglichst viele meiner niedergelassenen Duisburger Kolleginnen und Kollegen am Projekt teilnehmen und den Ausweis bei ihren Patienten einsetzen. Auch Angehörige sollten auf dieses sinnvolle Angebot hingewiesen werden“, so Gudat. Denn schließlich ermögliche es der Palliativausweis, die letzten Wünsche eines sterbenden Menschen zu respektieren und zu erfüllen.

■ CHRISTOPHER SCHNEIDER

Mehr Infos zum Palliativausweis und kostenlose Vordrucke unter www.palliativ-duisburg.de

KV | 161025

- wickeln und eine konstruktive Teamarbeit bei der Versorgung der Patienten zu fördern
2. die Förderung der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen gerade in schwierigen Situationen
 3. die Stärkung der Selbstfürsorge bei den beteiligten Berufsgruppen

Das Projekt soll auf weitere Regionen Nordrhein ausgedehnt werden. Sind Sie interessiert? Dann wenden Sie sich an:

Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN)

Dr. Martina Levartz, MPH

Dr. Dagmar David, MPH

E-Mail iqn@ackno.de

Telefon 0211 4302 2750

■ LEV

Fallbezogenes Fortbildungskonzept

Die Fortbildungsinhalte hat eine interprofessionell besetzte Arbeitsgruppe konzipiert. Um die Schulungen problemorientiert und fallbasiert durchführen zu können, wurden anhand der Krankengeschichte von „Herrn Nette“ verschiedene Fortbildungsthemen herausgearbeitet.



Praxen mussten umsteigen

D2D abgeschaltet

Am 30. September 2016 endete der Kommunikationsdienst D2D: Er ist nach 15 Jahren Laufzeit technisch veraltet. Viele Praxen sind rechtzeitig auf KV-Connect umgestiegen – oder nutzen zum Beispiel das KVNO-Portal, um die Abrechnung an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.

Wer in Zukunft weiter in die Praxissoftware integrierte Anwendungen wie den Versand von DMP-Dokumentationen oder BG-Berichten nutzen will, musste bis Ende September 2016 auf KV-Connect umsteigen. Auch die Online-Abrechnung über D2D war für das 3. Quartal nur bis 30. September 2016 möglich.

Ab 1. Oktober 2016 müssen Praxen, die bis zuletzt auf D2D gesetzt haben, eine Alternative nutzen. Sehr bequem ist die Abrechnung via KV-Connect, denn damit können Ärzte und Psychotherapeuten direkt aus der Praxissoftware heraus ihre Abrechnung mit einem Klick an ihre KV schicken. Alternativ ist die Online-Abrechnung auch über das KVNO-Portal möglich, dafür benötigen Praxen Zugangsdaten und einen eToken.

Der Versand von DMP aus der Praxissoftware heraus ist über KV-Connect möglich, per CD/DVD an die Datenannahmestelle oder – ganz neu – per E-Mail (siehe hierzu die Meldung auf Seite 13). Eine Versandmöglichkeit über das

KVNO-Portal besteht nicht. Der Versand von Berichten an die Gesetzliche Unfallversicherung (DALE-UV) läuft ab 1. Oktober 2016 nur noch über KV-Connect. Einige weitere Anwendungen von KV-Connect: eHKS, eKoloskopie und eDiagnose zur Übermittlung der Dokumentationen an die KV Nordrhein.

Und wenn ab 1. Oktober 2016 eine Praxis noch einmal etwas via D2D erledigen muss? In begründeten Ausnahmefällen können Praxen noch maximal zweimal ihren D2D-Zugang für zwei Wochen reaktivieren lassen. Dann sind die D2D-Server für immer abgeschaltet.

KV-Connect haben die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die KV Telematik GmbH bereits seit 2012 parallel zu D2D implementiert. Via KV-Connect können Ärzte, Psychotherapeuten und Krankenhäuser auch Daten sicher austauschen, zum Beispiel eArztbriefe. ■ FRANK NAUNDORF

Infos zur begründeten Reaktivierung des D2D-Accounts unter www.kv-telematik.de | [KV | 161026](https://www.kv-telematik.de/kv/161026)

IT-Beratung

Telefon 0211 5970 8500 | E-Mail it-beratung@kvno.de



Claudia Pintaric



Franz-Josef Eschweiler



Nicole Elias



Sandra Onckels

Prävention sexuellen Kindesmissbrauchs

Beschäftigen sich Praxen mit dem Thema „Prävention von sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen“? Wo gibt es dabei Unterstützungsbedarf? Der Missbrauchsbeauftragte der Bundesregierung befragt hierzu im Oktober und November 2016 deutschlandweit rund 1.000 Praxen. Die Beantwortung des Fragebogens ist anonym und nimmt maximal 15 Minuten in Anspruch.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) unterstützt die Umfrage und bittet alle Ärzte

und Psychotherapeuten, die den Fragebogen erhalten, teilzunehmen. Die KBV setzt sich seit Längerem für die Prävention sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ein. So beteiligt sie sich auch aktiv an der Initiative „Kein Raum für Missbrauch“.

Mehr Infos unter www.kbv.de

KV | 161027



Kampagne: Antibiotika bewusst einsetzen

Die im Jahr 2015 vom Gesundheitsministerium des Landes Nordrhein-Westfalen gestartete Kampagne „Nur wenn's Sinn macht – Antibiotika bewusst einsetzen!“ läuft weiter. Gerade in der beginnenden Erkältungssaison ist es nach Mitteilung des Ministeriums im Praxistag wichtig, den Patientinnen und Patienten zu erklären, dass Antibiotika nicht immer

angebracht sind. Auf der Kampagnenhomepage, auf Flyern und Plakaten informiert das Gesundheitsministerium über den verantwortungsvollen Einsatz von Antibiotika und was jede und jeder Einzelne tun kann, um die Entstehung resistenter Bakterien zu vermeiden.

Interessierte können Broschüre und Plakate kostenlos anfordern unter www.antibiotika.nrw.de | KV | 161027

CIRS-NRW-Gipfel

Alles gesagt – alles verstanden?
28. Oktober 2016, 12.00 – 18.00 Uhr

Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstr. 9, 40474 Düsseldorf

Anmeldung & Programm unter:
www.cirsgipfel.org/anmeldung

www.cirs-nrw.de

CIRS NRW

Patientensicherheit
gemeinsam
fördern



In schwierigen Familiensituationen

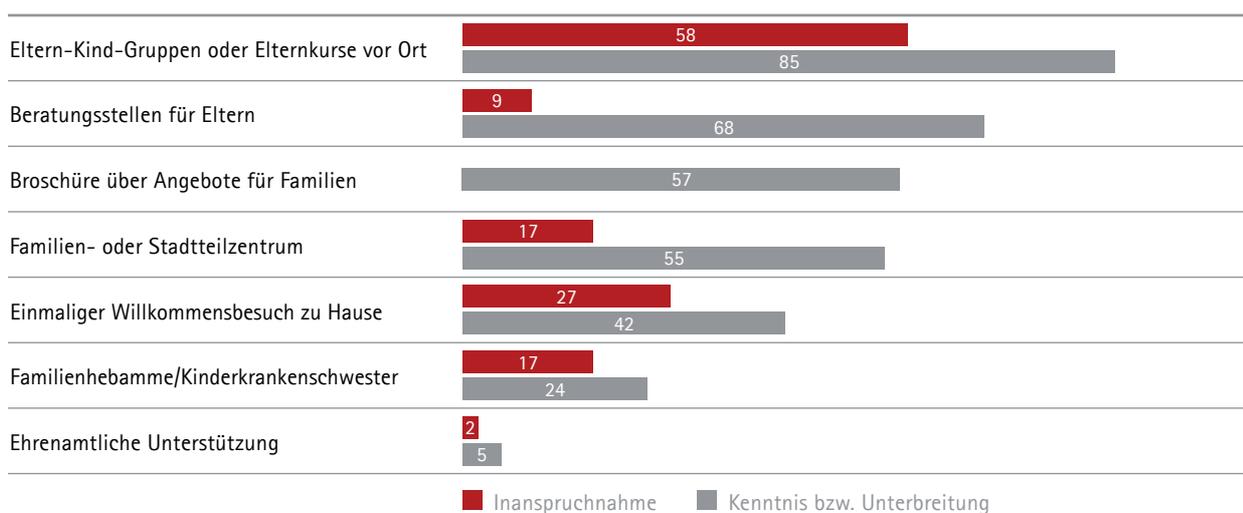
Kinder aus sozial benachteiligten Familien haben schlechtere Gesundheitschancen und entwickeln eine geringere Gesundheitskompetenz als andere Kinder. Das geht aus Untersuchungen des Robert Koch-Instituts hervor. Präventionsangebote können hier entgegengewirken, aber sie sind nicht immer bekannt.

Ärzte und Therapeuten behandeln in ihren Praxen auch Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Das Risiko, psychische Auffälligkeiten zu entwickeln, ist bei diesen Kindern erhöht. Sie sind häufig übergewichtig und ihre Lebenssituation ist oft durch Belastungen wie Armut, Gewalt oder Suchterkrankungen im Elternhaus gekennzeichnet. Viele Eltern sind mit der Erziehung überfordert. Die Ausmaße können bis zur Kindeswohlgefährdung reichen. Ärzte und Therapeuten erkennen zwar die Anzeichen dafür, aber es ist nicht immer leicht, eine adäquate Unterstützung zu vermitteln.

Flächendeckendes Netzwerk in NRW

Unter dem Begriff „Frühe Hilfen“ versteht man abgestimmte Unterstützungsangebote für Eltern und Kinder in den ersten Lebensjahren. Darüber hinaus gibt es Angebote, die sich bereits an werdende Eltern ab Beginn der Schwangerschaft richten. Die Vermittlung erfolgt über Netzwerke, in denen Fachkräfte des Gesundheitswesens sowie der Kinder- und Jugendhilfe zusammenarbeiten. Das Netzwerk ist in NRW flächendeckend. Die einzelnen Initiativen vor Ort koordiniert das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). In den Koordinierungsstellen

Kenntnis/Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen in Deutschland



Quelle: Datenreport Frühe Hilfen, NZFH

können Interessierte das gewünschte Angebot erfragen und Einzelfälle anonymisiert besprechen.

Aus dem Datenreport des NZFH geht hervor, dass es zum 30. Juni 2014 bundesweit in fast allen befragten Kommunen ein oder mehrere Netzwerke Frühe Hilfen gab. Davon existieren 186 in NRW, und zwar in allen Kommunen mit einem Jugendamt, wo die Netzwerkkoordinatoren in der Regel auch ihren Standort haben. Die Städte Düsseldorf und Essen sind am längsten mit dabei. Hier gibt es Präventionsangebote bereits seit 2005.

Breite Palette an Hilfsangeboten

Im Rahmen der Hilfsangebote erhalten Eltern Informationen zur Entwicklung des Kindes und zu den Unterstützungsangeboten vor Ort. Sie werden motiviert, an Vorsorgeuntersuchungen teilzunehmen, und in schwierigen sozialen Lebenslagen begleitet. So können Familienhebammen junge Familien bis zu einem Jahr unterstützen. Der sogenannte Elternführerschein „Starke Eltern – Starke Kinder“ zeigt Wege auf, um Konflikte zu bewältigen und zu lösen. Auch in Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen können Erziehungsprobleme besprochen werden. Alle Maßnahmen stärken die Erziehungskompetenzen der Eltern und wirken sich positiv auf die Gesundheit der Familie aus.

Ist das Wohl des Kindes gefährdet, sind Maßnahmen der Jugendhilfe einzuleiten. Ein Beispiel ist die Sozialpädagogische Familienhilfe. Speziell ausgebildete Fachkräfte suchen die Familien zu Hause auf. In der Kennenlernphase kann der Einsatz bei bis zu 20 Stunden pro Woche liegen. So können die Familienhelfer die Probleme in der Familie rasch erkennen und praktische Hilfen vermitteln. Diese beziehen sich häufig auf Fehler in der Kindererziehung, die Versorgung des Haushalts oder auf eine hohe Verschuldung. Aufgrund der guten Erfolge ist dieses Feld der Erziehungshilfe schnell gewachsen.

Mangelnde Inanspruchnahme

Was in der Theorie gut klingt, ist leider in der Praxis oft nicht bekannt. Viele Angebote werden nicht entsprechend wahrgenommen. Möglicher Grund: ein mangelndes Problembewusstsein in den sozial belasteten Familien. Der Datenreport des NZFH weist außerdem darauf hin, dass die Inanspruchnahme nach Bildungsgrad stark variiert. Es ist aber auch möglich, dass die Angebote aus Scham nicht genutzt werden.

Deshalb sind Ärzte und Therapeuten in besonderem Maße gefragt. Eltern bringen ihrem Kinderarzt großes Vertrauen entgegen und haben in den ersten Lebensjahren des Kindes noch ein offenes Ohr für ärztliche Empfehlungen. Auch Gynäkologen sind im Rahmen der Schwangerenbetreuung nah bei den Patientinnen. Die Angebote „Frühe Hilfen“ sowie „Kinderschutz“ hat die KOSA als Flyer für Sie zusammengestellt.

■ STEPHANIE THEISS

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV | 161029

Flyer

- Kinder fördern von Anfang an
- Kinder brauchen besonderen Schutz
- Häusliche Gewalt



Die Flyer verweisen auf Institutionen, Ansprechpartner und Links, die Ärzte im Rahmen der Beratung und Betreuung empfehlen können. Bestellung bei der KOSA telefonisch unter 0211 5970 8090 oder per E-Mail an kosa@kvno.de

Selbsthilfe

Auch bei der Selbsthilfe steht die Familie im Fokus. Es gibt Gruppen für Alleinerziehende oder für Kinder suchtkranker Eltern. Die Themen erfragen Sie bitte bei der KOSA.

Mehr Infos unter www.kvno.de | KV | 161029

Abrechnung richtig abgeben

Zum Quartalswechsel erreichen die Serviceteams der KV Nordrhein viele Fragen rund um die Abrechnungsabgabe.

Wie ist die Frist für die Online-Abrechnung?

Sie übermitteln uns die Abrechnung für das 3. Quartal 2016 vom 20. September bis zum 12. Oktober 2016.

Gilt diese Frist auch für die Sammelerklärung?

Sollten Sie die Sammelerklärung nicht zusammen mit der Abrechnung elektronisch an uns schicken, reicht es, wenn Sie die unterschriebene Papier-Sammelerklärung per Brief innerhalb von sieben Tagen nach Senden der Abrechnung an Ihre zuständige Bezirksstelle senden.

Sie können die Sammelerklärung auch vorab faxen:

Bezirksstelle Düsseldorf 0211 5970 8613
Bezirksstelle Köln 0221 7763 6300

Wo finde ich die Sammelerklärung ?

Seit Anfang dieses Jahres wird die Sammelerklärung nicht mehr per Post an Sie verschickt. Sie finden die Sammelerklärung zum Herunterladen auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Das geht über unser Downloadcenter, das Sie unten auf unserer Homepage finden. Dort geben Sie einfach den Suchbegriff „Sammelerklärung“ ein; dann erscheinen die Sammelerklärungen für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser und zugelassene Ärzte in alphabetischer Reihenfolge – Sie können die für Sie zutreffende einfach per Klick auswählen. Sie können die Sammelerklärungen auch direkt über den Link erreichen: kvno.de/sammelerklaerung

Welche Behandlungsscheine müssen bei der Abrechnung mit eingereicht werden?

Als Vertragsarzt müssen Sie keine Behandlungsscheine mit der Abrechnung einreichen.

Was mache ich denn mit den erhaltenen Behandlungsscheinen?

Erhaltene Behandlungsscheine, Überweisungen und selbstausgestellte Vertreter- oder Notfallscheine bewahren Sie vier Quartale in der Praxis auf. Einzig im Rahmen des Asylvertrages mit dem Land NRW gilt eine andere Aufbewahrungsfrist: Vom Regierungspräsidenten ausgestellte Berechtigungsscheine sind zwei Jahre aufzubewahren.

Können wir Fälle nachreichen? Und wenn ja, wie lange?

Wenn der komplette Fall noch nicht abgerechnet wurde, können Sie ihn bis zu vier Quartale als Nachzügler abrechnen. Das können verspätet vom Vertreter erhaltene Notfälle sein oder Privatpatienten/BG-Fälle, bei denen sich im Nachhinein herausstellt, dass sie über die gesetzliche Krankenversicherung abzurechnen sind. Einen solchen Fall aus dem 3. Quartal 2015 können Sie also spätestens noch mit der Abrechnung des 3. Quartals 2016 einreichen.

Das Prüfmodul moniert die GOPen 40240 und 40260, was ist damit?

Diese Leistungen sind jetzt nach der Gebührenordnungsposition 38100 und 38105 abzurechnen; der Einheitliche Bewertungsmaßstab wurde zum 1. Juli 2016 entsprechend geändert.

»Sie soll nicht alles
anders machen.
Aber manches moderner.«

Christiane Worm
Dr. Christiane Worm
NOCH HAUSÄRZTIN

Julia Schütze
Julia Schütze
BALD HAUSÄRZTIN



Alle Infos zur
Niederlassung:

www.lass-dich-nieder.de

Der Arzt wechselt – aber Qualität und persönliche Nähe bleiben.
Wir niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten garantieren
durch eine intensive Einarbeitung, dass die Patienten auch bei den
neuen Kollegen von den gewohnten Behandlungsmethoden
profitieren. www.ihre-aerzte.de

**Die Haus- und
Fachärzte**

Wir arbeiten für Ihr Leben gern.



Bild oben (v. l.): Für Musik und Tanz sorgte das „Bernd Lier Swing Ensemble“ | Kammer-Präsident Rudolf Henke, NRW-Landesgesundheitsministerin Barbara Steffens und Dr. Peter Potthoff, Vorsitzender der KV Nordrhein

Bilder unten (v. l.): Prof. Susanne Schwalen, Geschäftsführende Ärztin der Ärztekammer Nordrhein, und Angelika Haus, Mitglied der VV der KVNO. (v. l.)

Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe (l.), und Günter Garbrecht (Mdl), Vorsitzender des Landtagsausschusses für Gesundheit.

Günter van Aalst, Leiter der TK-Landesvertretung, im Gespräch mit Dr. Georg Kippels (MdB).

Dr. Peter Potthoff (l.) im Gespräch mit Ulrich Langenberg, Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Nordrhein

Sommerempfang im Haus der Ärzteschaft

Der Sommerempfang von Ärztekammer und KV Nordrhein ist und bleibt ein Publikumsmagnet: Rund 500 Besucher kamen am 31. August 2016 ins Haus der Ärzteschaft, um über Gesundheitsthemen zu debattieren.

Kammer-Präsident Rudolf Henke begrüßte neben NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens zunächst Dr. med. Peter Potthoff und Bernhard Brautmeier als KVNO-Vorstand und Mit-Gastgeber. Auch zahlreiche Gäste aus Westfalen-Lippe waren vertreten, darunter die KVWL-Vorstände Dr. Gerhard Nordmann und Dr. Thomas Kriedel sowie ÄKWL-Präsident Theodor Windhorst.

Bei ihren Grußworten gingen Henke und Steffens unter anderem auf die Allgemeinmedizin ein. Deren Stellenwert müsse steigen, wobei sich der Kammer-Präsident gegen „abschreckende Zwänge“ wie beispielsweise Pflichttertiale aussprach. Klar sei, dass an den medizinischen Fakultäten mindestens zehn Prozent mehr Mediziner ausgebildet werden müssten und es besserer Auswahlverfahren bedürfe. Steffens bezweifelte, dass durch mehr Medizinstudenten auch signifikant mehr Allgemeinmediziner gewonnen werden: „Wir brauchen Allgemeinmedizin als Fach an jeder Fakultät, vor allem aber ein besseres Image der Allgemeinmedizin.“



© Fotos: Jochen Rolfes

vdek veröffentlicht Gutachten zur Notfallversorgung

Der Verband der Ersatzkassen (vdek) hat Pläne für eine Reform der ambulanten Notfallversorgung vorgestellt. Kernpunkte sind die Einrichtung von Portalpraxen an Krankenhäusern sowie eine gemeinsame Organisation der Rettungsleitstellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Rettungsdienste. Hauptgründe für die steigenden Patientenzahlen in Krankenhausambulanzen seien unklare Sprechstundenzeiten und Anlaufstellen der niedergelassenen Ärzte, unklare Aufgabenteilung zwischen ambulantem und stationärem Notdienst und die Unsicherheit der Patienten.

Den zunehmenden Trend zum direkten Aufsuchen der Krankenhausambulanzen bestätigt Dr. med. Peter Potthoff, Vorsitzender der

KV Nordrhein: „Immer mehr Menschen ignorieren den von der Politik postulierten Grundsatz ‚ambulant vor stationär‘ und suchen auch mit Bagatellerkrankungen direkt die Klinik auf. Das ist eine für unser System ungute und teure Entwicklung.“

Richtig sei auch, dass es beim Angebot an Sprechstundenzeiten und bei Anlaufstellen im ambulanten Notdienst an Einheitlichkeit fehle. Die Aufgabenteilung sei jedoch klar: „Es gilt ‚ambulant vor stationär‘ – es sei denn, es handelt sich um akute Notfälle, bei denen der Rettungsdienst aktiv werden muss.“ Darüber hinaus „entscheiden die Patienten immer noch selbst, ob sie eines der 170 Krankenhäuser in Nordrhein aufsuchen oder den ambulanten Notdienst in Anspruch nehmen.“ ■ HSCH

Qualitätszirkel: Moderatorentag 2016

Die Tutoren der Kassenärztlichen Vereinigung bieten in Kooperation mit der Akademie für Fort- und Weiterbildung eine Fortbildungsveranstaltung für Qualitätszirkelmoderatoren und alle Interessierten an. In diesem Jahr wird es ein Forum zu zunehmender Interkulturalität und Menschen auf der Flucht geben. Außerdem geplant sind Kleingruppen zu folgenden Themen: Häusliche Gewalt, Patientenfallkonferenz, Im Spannungsfeld zwischen interner und externer Evidenz, Der fidele Kunstfehler, Coachingmethoden im QZ, Gendermedizin, Schwierigkeiten im QZ. Jeder Teilnehmer kann an zwei Gruppen teilnehmen.

ZERTIFIZIERUNG | beantragt

Termin 5. November 2016, 9.00–16.30 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft

Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Kosten für Mitglieder kostenfrei

Anmeldung KV Nordrhein

Hauptstelle Qualitätssicherung

Sabine Stromberg

Tersteegenstraße 9

40474 Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8149

E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Therapeutisches Arbeiten

Kontakt Antonio Pascai

Telefon 0203 994 329

E-Mail apascai@yahoo.de

Ort Duisburg

Thema QZ Intervention sucht

TPIler/VTler

Kontakt Petra R. Nietz

Telefon 0221 732 5675

E-Mail info@petra-nietz.de

Ort Köln

Kontakt

Sabine Stromberg

Telefon 0211 5970 8149

Telefax 0211 5970 8160

E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de

17. Nordrheinischer Praxisbörsentag

Informationen rund um Praxisabgabe und Nachfolge

Samstag, 12. November 2016

9.00-15.00 Uhr | Bezirksstelle Köln | Sedanstr. 10-16 | 50668 Köln



Quelle: Fotolia

Programm

- 9.00-9.30 Uhr | Begrüßung | Perspektiven der Niederlassung | Bernhard Brautmeier, Vorstand KV Nordrhein
- 9.30-10.15 Uhr | Ablauf der Praxisabgabe | Dr. jur. Horst Bartels, Justitiar der KV Nordrhein
- 10.15-10.45 Uhr | Interview mit den Beratern | Dr. Heiko Schmitz, Leiter Bereich Presse und Medien der KV Nordrhein
- 10.45-11.15 Uhr | Kaffeepause
- 11.15-11.45 Uhr | Schritte in die Niederlassung | Alexander Konrad, Niederlassungsberater KV Nordrhein
- 11.45-12.15 Uhr | Praxiswertermittlung – Strategien für Einsteiger und Praxisabgeber | Thomas Karch, VPMed
- 12.15-12.45 Uhr | Meet and Greet – Abgeber trifft Nachfolger
- 12.45-13.30 Uhr | Mittagspause

Vorträge für Praxisabgeber | großer Sitzungssaal

- 13.30 – 14.15 Uhr | Finanzplanung vor der Praxisabgabe | David Bienbeck, Regionalfiliale Köln der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank
- 14.15 – 15.00 Uhr | Steuerliche Gestaltungsmöglichkeiten beim Praxisverkauf | Dr. Rolf Michels, Michels, Laufenberg und Partner

Vorträge für Praxiseinsteiger | Raum E-19

- 13.30-13.50 Uhr | Fördermöglichkeiten | Lara Bäumer, Praxisstark
- 13.50-14.10 Uhr | Abrechnungsinformationen für Ärzte und Psychotherapeuten | Jasmin Krahe und Michael Sybertz, Abrechnungsberatung, Bezirksstelle Köln, KV Nordrhein
- 14.10-14.30 Uhr | Existenzgründung: Der sichere Weg in die eigene Praxis – betriebswirtschaftlich und steuerlich | Sylvia Dilg, Bender und Kollegen, Steuerberatungsgesellschaft
- 14.30-15 Uhr | Interview: Erfahrungsbericht – Startphase der Niederlassung | Dr. med. Bärbel Bremers, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Königswinter



Engagiert für Gesundheit.

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

www.kvno.de

Praxismarketing

Die Veranstaltung bietet einen Einstieg ins Praxismarketing. Die Referentinnen zeigen unterschiedliche Möglichkeiten der Implementierung des Praxismarketings und geben Tipps zur Erstellung eines praxisindividuellen Marketingkonzepts. Das Thema „Onlinemarketing“ übernimmt Elke Ruppert, Leiterin der Unternehmenskommunikation der jameda GmbH.

Termin 28. Oktober 2016
14.00–18.00 Uhr

Ort KV Nordrhein
Tersteegenstraße 3
40474 Düsseldorf

Anmeldung Tatjana Plum
E-Mail niederlassungsberatung.
kv27@kvno.de
Telefon 0221 7763 6504

Nordrheinischer Praxisbörsentag in Köln

Der 17. nordrheinische Praxisbörsentag findet am Samstag, 12. November 2016, von 9.00–15.00 Uhr in der Bezirksstelle Köln der KV Nordrhein statt. Er bietet Praxisabgebern und potenziellen Nachfolgern die Möglichkeit, persönlich in Kontakt zu treten. Besucher können sich zudem von Experten der KV Nordrhein in Niederlassungsfragen umfangreich beraten lassen. Eine Anmeldung ist nicht nötig.

Termin 12. November 2016
9.00–15.00 Uhr

Ort Bezirksstelle Köln
Sedanstraße 10–16
50668 Köln

Kontakt KV Nordrhein
Britta Schnur
Telefon 0211 5970 8305
E-Mail anmeldung@kvno.de

EBM-Grundlagen für Ärzte

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist Grundlage der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen. Ziel dieses Fortbildungsseminars ist es, die alltägliche Anwendung des EBM für die Vertragsärzte zu erleichtern. Hierzu wird die Struktur aufgezeigt und die Abrechnungsbestimmungen anhand von Beispielen erläutert. Weitere Themen sind die allgemeinen Bestimmungen und die arztgruppenübergreifenden Gebührenordnungspositionen.

Termin 16. November 2016
15.00–17.30 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung Bezirksstelle Köln
Sven Bemelmans
Telefon 0221 7763 6236
Telefax 0221 7763 5236
E-Mail akademie-kvno@kvno.de

Medizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen

Vollständig überarbeitet bietet das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) zum dritten Mal die Veranstaltung zur medizinischen Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen an. In der aktuellen Fortbildung geht es neben sprachlichen und kulturellen Hürden, die das ärztliche Behandlungsmanagement beeinflussen können, um zwei weitere Faktoren: körperliche Gewalterlebnisse und mögliche psychische Traumareaktionen. Beide Aspekte sollten bei der Interpretation von Symptomen und deren Behandlung berücksichtigt werden.

Termin 22. November 2016
18.00–21.15 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung IQN
Telefon 0211 4302 2751
Telefax 0211 4302 5751
E-Mail iqn@aekno.de

ZERTIFIZIERT | 4 Punkte

Mehr Infos über unsere Veranstaltungen unter ► www.kvno.de/termine

Mitgliederversammlung

10.11.2016 | 19.30 Uhr | KV Nordrhein | Mitgliederversammlung der Kreisstelle Mülheim
23.11.2016 | 18.00 Uhr | KV Nordrhein | Mitgliederversammlung der Kreisstelle Essen

Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten

■	08.10.2016	KV Nordrhein: konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung, Düsseldorf
	19.10.–25.11.2016	Nordrheinische Akademie: Palliativmedizin Basiskurs, Essen
	22.10.2016	Nordrheinische Akademie: Impfen für niedergelassene Vertragsärzte, Düsseldorf
■	28.10.2016	KV Nordrhein: Praxismarketing, Düsseldorf
	28.10.2016	CIRS-NRW-Gipfel, Düsseldorf
	29.10.2016	Nordrheinische Akademie: Arzt, Patient und Internet, Düsseldorf
	05.11.2016	Qualitätszirkel: Moderatorentag 2016, Düsseldorf
	09.11.2016	Nordrheinische Akademie: Optimierte Praxisübergabe im Kontext sich verändernder Rahmenbedingungen, Düsseldorf
■	12.11.2016	KV Nordrhein: 17. Nordrheinischer Praxisbörsentag, Köln
	12.11.2016	Nordrheinische Akademie: Evidenzbasierte medizinische Internetrecherche für Mediziner, Düsseldorf
	14.–17.11.2016	MEDICA 2016, Düsseldorf
■	16.11.2016	KV Nordrhein: Einführungsworkshop „Rational und rationell verordnen“ für neu niedergelassene Ärzte, Düsseldorf
■	16.11.2016	KV Nordrhein: Grundlagenseminar EBM, Düsseldorf
	18.–19.11.2016	Nordrheinische Akademie: QEP-Einführungsseminar® – Qualität und Entwicklung in Praxen, Düsseldorf
	19.11.2016	Ärztammer Nordrhein: Kammerversammlung, Düsseldorf
	22.11.2016	IQN: Medizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen, Düsseldorf
■	25.11.2016	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf
■	25.11.2016	KV Nordrhein: Praxismarketing, Köln

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

■	07.10.2016	KV Nordrhein: „Du gehst mir auf den Geist“ – Umgang mit schwierigen Menschen, Köln
■	26.10.2016	KV Nordrhein: Workshop EBM Wiedereinsteiger (Teil 2), Köln
■	27.10.2016	KV Nordrhein: Kommunikation – verstehen und verstanden werden, Düsseldorf
■	28.10.2016	KV Nordrhein: Stress lass nach – der Weg zu mehr Gelassenheit, Köln
	29.10.2016	Nordrheinische Akademie: Arzt, Patient und Internet, Düsseldorf
	18.–19.11.2016	Nordrheinische Akademie: QEP-Einführungsseminar® – Qualität und Entwicklung in Praxen, Düsseldorf

Veranstaltungen für Patienten

■	30.11.2016	KV Nordrhein VHS Köln: Gesundheit im Gespräch: „Winterschlaf statt Weihnachtsstress – warum guter Schlaf so wichtig ist“, Köln
---	------------	---

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter 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

Ansprechpartner

Montag bis Donnerstag von 8 bis 17 Uhr

Freitag von 8 bis 13 Uhr

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666

Telefax 0221 7763 6450

E-Mail service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888

Telefax 0211 5970 8889

E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Formularversand

Petersstraße 17-19

47798 Krefeld

Telefon 02151 3710 00

Telefax 02151 9370 655

E-Mail formular.versand@kvno.de

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 24.600

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“ 11 | 2016

■ Wahl

Der neue KVNO-Vorstand

■ Praxislotsen

KVNO hilft neu Niedergelassenen

■ Offline

Wenn die Praxis nicht erreichbar ist

■ Verordnen

Blutzuckermessgeräte und -teststreifen

■ Mit Praxiskalender 2017

**Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell
erscheint am 10. November 2016.**

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts
40182 Düsseldorf
E-Mail redaktion@kvno.de
Tel. 0211 59700 · Fax 0211 5970 8100

www.kvno.de



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein