

3+4 | 2017

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Hintergrund

NRW | Wahlen
am 14. Mai 2017

Schwerpunkt

Psychotherapie | Richtlinie
strukturiert Versorgung neu

Aktuell

Hausärzte | Land fördert
Niederlassung noch stärker

Praxisinfos

Darmkrebs | Ab 1. April ist
iFOBT-Stuhltest abrechenbar

Beilage

Mitglieder der KVNO-
Vertreterversammlung

Gesundheitspolitik der Parteien



© Shutterstock | PhuShutter



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Psychotherapie: Versorgung neu strukturiert
- 7 Standpunkt: Chancen und Risiken

Aktuell

- 8 Telemedizin kommt im EBM an
- 11 Neues Führungstrio für die KBV
- 12 Land weitet Förderprogramm aus
- 12 Fördermöglichkeiten für Hausärzte
- 16 TSS: Auch für Psychotherapie-Termine

■ Praxisinfos

- 18 Stuhltest iFOBT ab 1. April abrechenbar
- 18 Allergologievertrag beendet
- 18 Real-Time-Messgerät: Anleitung wird vergütet
- 19 Neue Pauschale für Kinderneurologie
- 19 Pflegeheimversorgung: Kooperationsvertrag
- 20 „Gesund schwanger“: Weitere Teilnahmen

- 20 Kataraktvertrag Ersatzkassen: Kontingent erhöht
- 20 U10/U11-Vertrag: E.ON BKK ist raus
- 20 Betreuungsstrukturvertrag mit der KKH
- 21 Viele Vordrucke online verfügbar
- 21 IZOM: Nicht mehr für belgische Versicherte

■ Verordnungsinfos

- 22 Cannabis künftig auf Rezept
- 23 KVNO extra „Sprechstundenbedarf 2017“
- 23 Medikationsplan: Pflicht ab 1. April 2017
- 23 Nasale Influenza-Impfung gestrichen
- 24 Regelung zu Reiseschutzimpfungen erweitert
- 24 RESIST-Projekt läuft an
- 25 Freiburger Einsilbertest
- 25 Verwechslungssichere Luer-Verbinder

Meinung

- 26 Schluss mit der Influenza

Hintergrund

- 28 Wahlen: Wohin führt die NRW-Gesundheitspolitik?
- 30 Positionen der Parteien

Berichte

- 32 Hygiene: Achtung, Stolpersteine!
- 32 Allergien: KVNO-Patientenveranstaltung
- 33 Gegen Alkoholabusus bei Jugendlichen

Service

- 35 Tipps für Heilmittel-Verordnungen

In Kürze

- 36 Neue Broschüre: Soziotherapie
- 36 Feierstunde für neue Fachwirtinnen
- 37 Forum Kammerpraxis mit KVNO-Vorstand
- 37 Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Veranstaltungen

- 39 Veranstaltungen | Termine

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

die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat einen neuen Vorstand. Das Wahlergebnis stimmt mich zuversichtlich, dass der Neustart in Berlin gelingen kann. Der Düsseldorfer Andreas Gasen wurde als Vorstandsvorsitzender mit 46,34 Ja-Stimmen im Amt bestätigt, Stephan Hofmeister aus Hamburg mit 51,83 Stimmen zum ersten, Thomas Kriedel aus Dortmund mit 49,15 von 60 Stimmen zum zweiten Stellvertreter gewählt. Die Stellen hinter dem Komma ergeben sich aus der vom Gesetzgeber verlangten Stimmengewichtung in der Vertreterversammlung (VV). Obwohl in der KBV-VV mehr Fach- als Hausärzte vertreten sind, soll eine rechnerische Parität zwischen haus- und fachärztlichen Mitgliedern hergestellt werden – eine Vorgabe, die man mit viel gutem Willen noch als Kuriosum bezeichnen kann.

Ein echtes Ärgernis hingegen ist die Verpflichtung der Hausärzte zur Erstellung eines Medikationsplans. Neben der mangelhaften Vergütung für diese Leistung stößt unseren Mitgliedern besonders auf, dass sie auf den Kosten für die neuen Funktionen in der Praxissoftware sitzen bleiben sollen. Einige Softwarehersteller verlangen viel Geld für die Implementierung und den Support. Dass Ärztinnen und Ärzte für die Umsetzung einer gesetzlichen Vorgabe so zur Kasse gebeten werden, ist inakzeptabel – kein Wunder, dass die KBV über eine eigene Software nachdenkt. Statt nun über Wettbewerbsverzerrung zu klagen, sollten die Softwareanbieter besser ihre Preispolitik kritisch prüfen.

Der nächste Schildbürgerstreik ist das Modellvorhaben zum „Blankorezept“ im Heil- und Hilfsmittelversor-

gungsgesetz – ein von interessierter Seite veranlasstes Geschenk der Politik, das beim Spitzenverband der Heilmittel-Erbringer Jubel ausgelöst hat. Die Politik lässt die Heilmittel-erbringer künftig auf Grundlage einer ärztlichen Indikation selbst über Auswahl, Menge und Dauer der Heilmittelbehandlung entscheiden. Zunächst im Rahmen von Modellprojekten, aber es ist kaum zu erwarten, dass das Rad wieder zurückgedreht wird. Es mag legitim sein, das Berufsbild von Physio- und Ergotherapeuten, Podologen und Logopäden attraktiver zu machen – aber bitte nicht zulasten der Versorgungsqualität.

Ex cathedra fordert die Politik gern Vernetzung und Kooperation. Mit dem Blankorezept wird dieses Ziel nicht erreicht.



Herzliche Grüße

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

Versorgung neu strukturiert

Sprechstunden, Akutbehandlung, weniger Bewilligungsschritte: Die ambulante psychotherapeutische Versorgung wird neu strukturiert. Patienten sollen zeitnah einen Termin erhalten und das Versorgungsangebot flexibler werden. Die neue Richtlinie tritt am 1. April in Kraft, ebenso die geänderte Psychotherapie-Vereinbarung. Die wichtigsten Neuerungen haben wir für Sie zusammengefasst.

Die Vergütung der neuen Leistungen wie die Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung standen bis zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe noch nicht fest. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband müssen sie im Bewertungsausschuss bis April 2017 festlegen. Sobald die Vergütungen vereinbart sind, informieren wir unter anderem auf kvno.de

Psychotherapeutische Sprechstunde

In bis zu drei Gesprächen à 50 Minuten bzw. sechs Gesprächen à 25 Minuten (Erwachsene) klärt der Psychotherapeut ab, ob ein Verdacht auf eine psychische Krankheit vorliegt, der Patient eine Richtlinienpsychotherapie benötigt oder ob ihm andere Unterstützungs- und Beratungsangebote (zum Beispiel eine Familienberatungsstelle) helfen können.

Das Angebot ist verpflichtend: Alle ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, die eine Genehmigung zur Abrechnung von Richtlinienpsychotherapie haben, müssen ab April diese Sprechstunden anbieten. Dies gilt auch für Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

Umfang: Therapeuten müssen pro Woche mindestens 100 Minuten Sprechstunden anbieten, bei halbem Versorgungsauftrag 50 Minuten.

Weiterführende Behandlung: Sie muss nicht durch den Therapeuten erfolgen, der die Sprechstunde durchgeführt hat.

Organisation: Sprechstunden können entweder als offene Sprechstunde oder als Sprechstunde mit Terminvergabe durchgeführt werden. Therapeuten entscheiden selbst, wie sie die Sprechstunde organisieren.

Mitteilung an die KVNO: Die KV Nordrhein hat alle Therapeuten in der zweiten März-Woche angeschrieben und gebeten, über ein Online-Formular mitzuteilen, ob sie eine Psychotherapeutische Sprechstunde mit oder ohne Terminvereinbarung anbieten.

Neue Formulare: Das Formular PTV 10 ist eine allgemeine Patienteninfo; der Psychotherapeut händigt sie dem Patienten in der Sprechstunde aus. Zudem erhält jeder Patient via PTV 11 einen Befundbericht mit Ergebnissen und Empfehlungen für das weitere Vorgehen.

Akutbehandlung

Die Akutbehandlung soll zur Besserung akuter psychischer Krisen beitragen. Patienten, für die eine Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen so stabilisiert werden, dass sie auf eine Psychotherapie vorbereitet sind oder ihnen andere Maßnahmen empfohlen werden können.

Die Akutbehandlung ist nicht genehmigungspflichtig, die Kasse muss aber via Formular PTV 12 informiert werden. Soll nach der Akutbehandlung eine Richtlinienpsychotherapie erfolgen, sind mindestens zwei probatorische Sitzungen nötig.

Probatorische Sitzungen

Vor Beginn einer Kurz- oder Langzeittherapie müssen probatorische Sitzungen durchgeführt werden: mindestens zwei, maximal vier bei Erwachsenen, maximal sechs bei Kindern und Jugendlichen. Ein Antrag auf Kurz- oder Langzeittherapie ist bereits nach der ersten probatorischen Sitzung möglich, wenn für die zweite Sitzung ein Termin vereinbart ist. Die restlichen probatorischen Sitzungen können bis zum Beginn der beantragten Therapie durchgeführt werden.

Kurzzeittherapie

Kurzzeittherapien umfassen bis zu 24 Therapieeinheiten. Die Beantragung erfolgt in zwei Schritten für jeweils ein Kontingent von 12 Therapieeinheiten. Kurzzeittherapien sind nicht mehr gutachterpflichtig, es sei denn, innerhalb der vergangenen zwei Jahre fand bereits eine Therapie statt oder die Krankenkasse fordert ein Gutachten an.

Antrag: Die Beantragung bei der Kasse erfolgt möglichst schon während der probatorischen Sitzungen. Der Patient füllt den Antrag (PTV 1) aus; der Therapeut reicht diesen zusammen mit seinen Angaben zu Erkrankung und geplanter Therapie (PTV 2) ein.

Bewilligung: Anträge gelten nach Ablauf einer Drei-Wochen-Frist auch ohne Bescheid als bewilligt. Im Regelfall erhält der Patient aber eine formlose Bewilligung von seiner Kasse. Die Formulare PTV 6, 7 und 9 fallen weg.

Umwandlung in Langzeittherapie: Eine Kurzzeittherapie kann in eine Langzeittherapie umgewandelt werden. Dies muss spätestens mit der achten Therapieeinheit erfolgen, in der Regel etwa vier bis fünf Wochen vor dem Ende der Kurzzeittherapie.

Langzeittherapie

Für die Langzeittherapie wurde das erste Sitzungskontingent für die Verhaltenstherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

erweitert. Es gibt zudem nur noch zwei Bewilligungsschritte: Mit dem Fortführungsantrag wird direkt das Höchstkontingent beantragt.

Der erste Bewilligungsschritt bleibt antrags- und gutachterpflichtig. Dem Antrag ist ein verschlossener Umschlag für den Gutachter (PTV 8) beizufügen. Ob Anträge auf Fortführung der Psychotherapie gutachterpflichtig sind, liegt im Ermessen der Krankenkassen. Wenn ja, fordert die Kasse unverzüglich vom Therapeuten einen Bericht an den Gutachter an.

Rezidivprophylaxe

Nach Ende einer Langzeittherapie ist eine Rezidivprophylaxe möglich, die mit niederfrequenter therapeutischer Arbeit zur Stabilisie-

weiter auf Seite 4 ►

Die neuen PTV-Formulare

Alle PTV-Formulare wurden angepasst, sie gelten ab 1. April 2017. Gleich bleiben nur die Überweisung an einen Vertragsarzt zur Abklärung somatischer Ursachen vor Aufnahme einer Psychotherapie (Muster 7) und der Konsiliarbericht (Muster 22). Formulare, die Therapeuten vorhalten müssen, sind in der Übersicht gefettet und über den Formularversand der KV Nordrhein erhältlich. Alle Formulare sind ab April in der Praxissoftware hinterlegt.

PTV 1 (B)	Antrag des Versicherten auf Psychotherapie
PTV 2 (B)	Angaben des Therapeuten zum Antrag des Versicherten
PTV 3	Leitfaden für den Therapeuten zur Erstellung des Berichts an den Gutachter
PTV 4	Auftrag der Krankenkasse zur Begutachtung/Ausstellung nur durch die Krankenkasse
PTV 5	Stellungnahme des Gutachters (in der Regel vorausgefüllt von der Krankenkasse)
PTV 8	Briefumschlag zur Weiterleitung der Unterlagen an den Gutachter/ Versand des Berichts gemäß PTV 3 durch den Therapeuten
PTV 10	Allgemeine Patienteninformation (im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde)
PTV 11 (B)	Individuelle Patienteninformation (am Ende der Psychotherapeutischen Sprechstunde)
PTV 12 (B)	Anzeige der Akutbehandlung oder der Beendigung einer Psychotherapie
(B)	Blankoformularbedruckung möglich

zung beitragen und Rückfälle verhindern soll. Dafür werden sogenannte Reststunden genutzt, also vom bewilligten Langzeittherapiekontingent verbliebene Stunden. Die Rezidivprophylaxe ist bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie möglich.

Gruppentherapie

Gruppentherapien können immer dann eingesetzt werden, wenn sie förderlich für das prognostizierte Behandlungsergebnis sind. Sie gelten als gleichwertige, bei der Indikationsstellung zu berücksichtigende Anwendungsform. Die Gruppengröße hat der Gemeinsame Bundesausschuss in allen Verfahren auf drei bis neun Personen festgesetzt.

Bei der Beantragung einer Therapie kreuzt der Therapeut auf dem PTV 2 an, ob ausschließlich Einzel- oder Gruppentherapie oder eine Kombinationsbehandlung vorgesehen ist. Bei einer Kombinationsbehandlung gibt er an, ob die Einzel- oder Gruppentherapie überwiegend durchgeführt wird und ob eventuell zwei Therapeuten die Behandlung übernehmen.

Telefonische Erreichbarkeit

Psychotherapeuten müssen organisieren, dass ihre Praxis vor allem für eine Terminkoordination telefonisch erreichbar ist, und zwar

- 200 Minuten/Woche bei vollem Versorgungsauftrag,
- 100 Minuten/Woche bei hälftigem Versorgungsauftrag.

Therapeuten müssen der KV mitteilen, zu welchen Zeiten sie die Erreichbarkeit anbieten. Die KV Nordrhein hat alle Therapeuten in der zweiten März-Woche angeschrieben und gebeten, diese Zeiten über ein Online-Formular mitzuteilen.

Die Zeiten sollten auch auf dem Anrufbeantworter der Praxis angegeben werden. Die Krankenkassen erhalten diese Zeiten von der KV, um ihre Versicherten zu informieren.

Wie Therapeuten die telefonische Erreichbarkeit organisieren, ist ihnen freigestellt. So kann ein Praxismitarbeiter den Dienst übernehmen oder das Telefon umgeleitet werden. Entscheidend ist, dass jemand den Anruf persönlich entgegennimmt.

Kinder und Jugendliche

Alle Regelungen gelten auch für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Doch es gibt einige spezifische Besonderheiten und Neuerungen:

Soziales Umfeld: Neu ist, dass künftig „relevante Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld“ in die Behandlung einbezogen werden können. Damit sind zum Beispiel neben den Eltern auch Lehrer oder Erzieher gemeint.

Altersgrenzen: Nach der Richtlinie sind Kinder Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind; Jugendliche sind Personen, die 14, aber noch nicht 21 Jahre alt sind. Eine Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie muss nicht mit dem 21. Geburtstag enden. Sie kann fortgeführt werden, wenn sie dem Therapieerfolg dient.

Übergangsregelung

Für Psychotherapien, die vor dem 1. April 2017 beantragt wurden, gelten die alte Psychotherapie-Richtlinie und die alte Psychotherapie-Vereinbarung weiter. Die neuen Vorgaben gelten für diese Psychotherapien nur dann, wenn der Therapeut eine Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie umwandeln oder eine Langzeittherapie verlängern möchte.

■ KBV | FRANK NAUNDORF

Alle Infos zu den neuen Behandlungsoptionen und den neuen Formularen finden Sie unter kbv.de/psychotherapie. Die Bundespsychotherapeutenkammer stellt die „Praxis-Info Psychotherapie-Richtlinie“ zunächst auf ihrer Homepage als PDF-Dokument zur Verfügung unter bptk.de. Wenn die Regelungen zur Vergütung der neuen Leistungen feststehen, ist die Broschüre auch als Printversion bei der Geschäftsstelle erhältlich: bestellungen@bptk.de

KV | 170404

Psychotherapie-Richtlinie: Details der Änderungen ab 1. April 2017 für Erwachsene

Versorgungsangebote		Bewilligungsschritte für Einzeltherapie/ Gruppentherapie bei Erwachsenen in Therapieeinheiten		Schritt 1	Schritt 2	Erläuterungen
<p>Sprechstunde</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ bis zu 6 x à 25 Min. ■ Einheiten von 25 oder 50 Min. <p>Hinweis: 50 Min. Sprechstunde ab 1. April 2018 verpflichtend für weitere psychotherapeutische Behandlung</p>	<p>Akutbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ bis zu 24 x à 25 Min. ■ Einheiten von 25 oder 50 Min. 	anzeigepflichtig	Schritt 1	Schritt 2	Erläuterungen	
	<p>Kurzzeittherapie (VT, TP oder AP)</p> <p>Verhaltenstherapie (VT)</p> <p>Langzeittherapie</p> <p>Probandik</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ verpflichtend für Einleitung einer Kurz- oder Langzeittherapie ■ 2 bis 4 x à 50 Min. 	<p>bis zu 12 antragspflichtig; grundsätzlich nicht mehr gutachterpflichtig</p> <p>bis zu 60 antrags- und gutachterpflichtig</p> <p>bis zu 60 antrags- und gutachterpflichtig</p> <p>bis zu 160/Gruppe: 80 antrags- und gutachterpflichtig</p>	<p>bis zu 24 antragspflichtig; grundsätzlich nicht mehr gutachterpflichtig</p> <p>bis zu 80 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen</p> <p>bis zu 100/Gruppe: 80 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen</p> <p>bis zu 300/Gruppe: 150 antragspflichtig; Gutachterpflicht liegt im Ermessen der Krankenkassen</p>	<p>Erbrachte Stunden der Akutbehandlung sind mit einer ggf. anschließenden Kurz- oder Langzeittherapie zu verrechnen.</p> <p>Umwandlung in Langzeittherapie ist gutachterpflichtig</p> <p>Rezidivprophylaxe Ein begrenzter Anteil noch nicht in Anspruch genommener Sitzungen aus dem Langzeit-Kontingent kann zwei Jahre zur Rezidivprophylaxe genutzt werden (Anzeige des Therapeuten erforderlich).</p>		
<p>Andere Beratungs- und Unterstützungsangebote (z. B. Schuldnerberatung, Ehe- und Familienberatungsstelle)</p>						

Chancen und Risiken

Barbara Lubisch

Die neue Psychotherapie-Richtlinie kommentiert Barbara Lubisch. Die Aachener Diplom-Psychologin ist Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV), Mitglied der Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein und seit März 2017 stellvertretende Vorsitzende der VV der KBV.

Die reformierte Richtlinie ist ein Kompromiss zwischen den Vorstellungen der Krankenkassen und den Forderungen der Ärzte und Psychotherapeuten. Die Reform verlangt von den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen Umstellungsbereitschaft, bietet aber auch Möglichkeiten, den Patientinnen und Patienten ein differenzierteres Behandlungsangebot zu machen und sich deutlicher als bisher an der niedrighwelligen Versorgung psychisch erkrankter Menschen zu beteiligen. Allerdings blieb bis wenige Tage vor Inkrafttreten unklar, ob die Vergütung so ausgestaltet wird, dass die Psychotherapeuten die Leistungen überhaupt wirtschaftlich erbringen können.



Barbara Lubisch ist als psychologische Psychotherapeutin in Aachen tätig. Berufspolitisch ist sie unter anderem aktiv als Beisitzerin im Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW, als Vorsitzende der DPtV und Mitglied in der VV der KV Nordrhein.

Positiv für die Patienten – allerdings mit Aufwand für die Psychotherapeu-

ten verbunden – sind die Verpflichtung der Praxen zur besseren Erreichbarkeit und ein schnellerer Zugang zu einem ersten Kontakt mit einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten. Nicht immer wird eine psychotherapeutische Behandlung nötig sein, es kann dann gegebenenfalls frühzeitig auf andere angemessene Angebote verwiesen werden, zum Beispiel im Beratungs- oder Selbsthilfebereich, auf andere Facharztgruppen oder stationäre Behandlung.

Positiv ist auch die Einführung einer Akutbehandlung zu sehen, mit der in dringenden Fällen unbürokratisch und zeitnah geholfen werden kann. Eine weitere Erleichterung ist die Verschlinkung des Gutachterverfahrens mit der begutachtungsfreien Kurzzeittherapie, der Einsparung eines Bewilligungsschrittes und der Möglichkeit der Krankenkassen, bei Fortführung auf das Gutachterverfahren zu verzichten.

Die Zweiteilung der Kurzzeittherapie in Blöcke von je zwölf Sitzungen ist dagegen zusätzlicher bürokratischer Aufwand ohne fachliche Begründung und erscheint ebenso wie die Reduzierung des Umfangs der probatorischen Sitzungen Einsparungswünschen der Krankenkassen geschuldet.

Abrechnungsdaten zeigen, dass im Rahmen einer Kurzzeittherapie 65 Prozent aller Patienten mehr als 12 Sitzungen benötigen. Die fraktionierte Behandlungsplanung kann sich zudem schädlich auf den Therapieverlauf auswirken.

Die Regelungen für den Bereich der Gruppentherapien sehen deutliche Erleichterungen bei einer kombinierten Behandlung von Einzel- und Gruppentherapie vor, insgesamt fällt die Förderung der Gruppentherapie aber etwas mager aus.

Eine sachgerechte Umsetzung der Rezidivprophylaxe fehlt allerdings völlig, schon bisher war es möglich, das letzte Kontingent einer Psychotherapie niederfrequent zu gestalten.

Durch die Reform der Richtlinie entsteht keine größere Behandlungskapazität, diese dürfte sich aufgrund der neuen Leistungen sogar verringern. Es könnte dadurch zu einem neuen Flaschenhals und Wartezeiten auf einen Therapieplatz kommen. Die vom Gesetzgeber zeitgleich mit der Reform der Richtlinie vorgesehene Überprüfung der Bedarfsplanung „insbesondere mit Blick auf die psychotherapeutische Versorgung“ ist daher dringend anzumahnen.

Telemedizin kommt im EBM an

Telekonsile zwischen Ärzten bei der Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen und Online-Videosprechstunden sind ab 1. April 2017 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Ab 1. Juli können Praxen digitale Vordrucke nutzen.



Die Digitalisierung der Medizin spiegelt sich inzwischen auch im EBM wider. Ab April sind Telekonsile und Videosprechstunden abrechenbar.

Telekonsile

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband haben sich auf die Vergütung zur telemedizinischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen geeinigt. Die Gebührenordnungspositionen (GOP) sind in den EBM aufgenommen.

Ärzte können Telekonsile durchführen, wenn die medizinische Fragestellung nicht in das Fachgebiet des Arztes fällt, der das Telekonsil einholt. Eine telekonsiliarische Zweitbefundung ist abrechenbar, wenn eine besonders komplexe medizinische Fragestellung vorliegt. Nicht berechnet werden können diese Leistungen innerhalb Medizinischer Versorgungszentren, Apparategemeinschaften und ähnlicher Einrichtungen sowie im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms.

Die Vergütung im Überblick

- Einholen einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung:
 - GOP 34800
Vergütung 9,58 Euro (91 Punkte)
- Telekonsiliarische Befundung der Aufnahmen:
 - GOP 34810
(ausgewählte Röntgenaufnahmen),
Vergütung 11,58 Euro (110 Punkte)
 - GOP 34820
(CT-Aufnahmen nach den GOP 34310, 34311, 34320, 34350, 34351)
Vergütung 29,06 Euro (276 Punkte)
 - GOP 34821
(CT-Aufnahmen nach den GOP 34312, 34321, 34322, 34330, 34340 bis 34344)
Vergütung 40,96 Euro (389 Punkte)

Mehr Infos zur Vergütung und zu den technischen Anforderungen unter kbv.de | [KV | 170408](http://kv.170408.de)

Videosprechstunde

Ab 1. April ist auch die Vergütung für die Online-Videosprechstunde geregelt. Zur Förderung von Videosprechstunden erhalten Ärzte ab April nun einen Zuschlag bis zu 800 Euro jährlich. Mit der Hälfte des Betrags sollen die Kosten gedeckt werden, die für einen Videodienstanbieter anfallen.

Die Anbieter müssen einige Anforderungen erfüllen. Sie müssen zum Beispiel gewährleisten, dass alle Inhalte der Sprechstunde verschlüsselt sind und keine Inhalte vom Anbieter eingesehen werden können.

Die teilnehmenden Ärzte müssen bei der für sie zuständigen KV nachweisen, dass sie die technischen Voraussetzungen erfüllen. Praxen, die Videosprechstunden anbieten, sollten sich von ihrem Videodienstleister bestätigen lassen, dass er die Anforderungen erfüllt. Es reicht aber auch schon ein einfacher Beleg (zum Beispiel eine Rechnung) des Anbieters, auf dem der Name der betreffenden Praxis erscheint.

Senden Sie den Beleg an:

KV Nordrhein

Silke Schlick

E-Mail silke.schlick@kvno.de

Telefax 0211 5970 8160

Telefon 0211 5970 8856

Mehr Infos zu den Anforderungen und technischen Voraussetzungen unter kbv.de | [KV | 170409](#)

Eine Videosprechstunde bietet sich beispielsweise bei der visuellen Verlaufskontrolle von Operationswunden oder der Überwachung chronischer Wunden an. Folgende Fachgruppen können die Videosprechstunde einsetzen und abrechnen: Hausärzte, Pädiater, Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, HNO-Ärzte, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Neurologen, Nervenärzte und Neurochirurgen, Orthopäden, Gynäkologen, Dermatologen, Internisten, Psychiater, Urologen, Phoniater und Pädaudiologen sowie Reha-Ärzte.

Technik- und Förderzuschlag im Überblick

GOP 01450: 4,21 Euro (Bewertung: 40 Punkte), je Arzt-Patienten-Kontakt für bis zu 50 Videosprechstunden im Quartal

- Die GOP 01450 wird als Zuschlag zur Versichertenpauschale, zu den meisten Grundpauschalen, zu den Konsiliarpauschalen des Kapitels 25, zur schmerztherapeutischen Pauschale (GOP 30700) und zur neuen GOP 01439 gezahlt. Die neue GOP 01439 ist berechnungsfähig, wenn ein Arzt-Patienten-Kontakt in einem Quartal ausschließlich per Video stattfindet.

- Den Zuschlag gibt es für maximal 50 Videosprechstunden pro Arzt und Quartal (= 1.899 Punkte). Er ist damit auf rund 200 Euro begrenzt. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.
- Die GOP 01450 ist nur abrechnungsfähig, sofern es sich bei der Verlaufskontrolle in der Videosprechstunde um eine Folgebegutachtung handelt; das heißt, der Patient muss in demselben Quartal wegen der Beschwerden mindestens einmal in der Praxis gewesen sein.

Konsultation

Videosprechstunden können eine persönliche Vorstellung in der Praxis ersetzen. Die Konsultation ist deshalb Inhalt der Versichertenbeziehungsweise Grundpauschale und somit nicht gesondert berechnungsfähig. Für Fälle, bei denen der Patient in einem Quartal nicht die Praxis aufsucht, wurde eine analoge Regelung zum telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt vereinbart und eine neue GOP ab 1. April in den EBM aufgenommen:

GOP 01439: 9,27 Euro (Bewertung: 88 Punkte), einmal im Behandlungsfall

- Auf diese GOP wird der Technikzuschlag für die Videosprechstunde (GOP 01450) gezahlt.
- Die GOP 01439 kann abgerechnet werden, wenn der Arzt-Patienten-Kontakt nur im Rahmen einer Videosprechstunde stattfindet und folglich im Quartal keine Versichertenbeziehungsweise Grundpauschale abgerechnet wird.
- Eine weitere Voraussetzung ist, dass der Patient in den vorangegangenen zwei Quartalen mindestens einmal in der Praxis persönlich vorstellig geworden ist und die Verlaufskontrolle durch dieselbe Praxis erfolgt wie die Erstbegutachtung.

- Die GOP ist – mit Ausnahme der GOP 01450 – nicht neben anderen GOP berechnungsfähig.

Außerdem wurde für eine Reihe von GOP, die mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall voraussetzen, vereinbart, dass einer dieser persönlichen Kontakte auch im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden kann. Dies gilt für folgende GOP: 02310, 07310, 07311, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18330, 18340.

Der Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD) kritisiert die Vereinbarung. „Die ärztliche Leistung wurde in die Grundpauschale bzw. den Ordinationskomplex integriert“, bemängelt Dr. med. Klaus Strömer, Hautarzt aus Mönchengladbach und Präsident des BVDD. Es fehlten somit Anreize, in die Technik zu investieren und die Patienten dafür zu interessieren. Strömer bedauert dies. Denn wie viele andere Dermatologen bietet er in Zusammenarbeit mit der Techniker Krankenkasse schon seit Oktober 2015 Videosprechstunden an – und sieht die Vorteile des „virtuellen Sprechzimmers“.

Mehr Infos zur Vergütung unter kbv.de | [KV | 170410](http://kv.170410.de)

Digitale Vordrucke

Praxen können nun auch digitale Vordrucke nutzen. KBV und GKV-Spitzenverband haben dazu eine Vereinbarung geschlossen. Aufträge, Überweisungen oder Bescheinigungen können künftig elektronisch erstellt, versendet und empfangen werden. Im Gegensatz zur Blankoformularbedruckung ist bei der Nutzung digitaler Vordrucke kein Drucker mehr nötig.

Bereits ab 1. April gibt es den digitalen Überweisungsschein (Muster 6), jedoch ausschließlich, um ein radiologisches Telekonsil zu beauftragen (siehe oben). Die Beauftragung muss elektronisch erfolgen, da auch die Röntgenbilder elektronisch übermittelt werden.

Ab 1. Juli gehören dann die Laborüberweisung (Muster 10) und die Anforderung von Laboruntersuchungen bei Laborgemeinschaften (Muster 10A) zu den ersten digitalen Vordrucken. Mit jährlich rund 94 Millionen Überweisungs- und Anforderungsscheinen zählen diese zu den am häufigsten genutzten Vordrucken. Weitere Vordrucke sollen folgen.

■ SIMONE HEIMANN



- Abrechnung online
- Abrechnungsunterlagen
- Kennzahlen der Praxis
- Honorardifferenzierung
- eQualitätszirkel
- eDokumentationen
- Vordrucke bestellen
- Praxisdaten ändern

Kontakt
 KV Nordrhein
 IT-Hotline
 Telefon 0211 5970 8500
 Telefax 0211 5970 9500
 E-Mail portal@kvno.de

www.kvno-portal.de
 Der Online-Dienst für die Praxen in Nordrhein

Neues Führungstrio für die KBV

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hat am 3. März einen neuen Vorstand gewählt, der erstmals aus drei Mitgliedern besteht. Vorsitzender bleibt Dr. med. Andreas Gassen, seine Stellvertreter heißen Dr. med. Stephan Hofmeister und Dr. Thomas Kriedel.

„Neuanfang bei Ärztelobby“, „Neuer Kurs“, „Noch eine Chance für die Kassenärzte“: Die Überschriften der Berichte über die Vorstandswahlen der KBV machen deutlich, vor welcher entscheidenden Amtsperiode die Spitzenorganisation der Vertragsärzte und -psychotherapeuten steht.

Nach jahrelangen Querelen und Skandalen herrscht zu Beginn des Wahljahres 2017 Aufbruchsstimmung. Mit großen Mehrheiten und ohne Gegenkandidaten wählte die ebenfalls zu großen Teilen neu besetzte KBV-VV ihr Führungspersonal für die kommenden sechs Jahre.

Drittes „neutrales“ Vorstandsmitglied

Vorstandsvorsitzender bleibt der seit drei Jahren als KBV-Chef amtierende Düsseldorfer Orthopäde Dr. med. Andreas Gassen. Zum stellvertretenden Vorsitzenden wählten die Delegierten Dr. med. Stephan Hofmeister als hausärztliches Vorstandsmitglied. Hofmeister war zuletzt stellvertretender Vorsitzende der KV Hamburg.

Komplettiert wird das Führungstrio durch Dr. Thomas Kriedel als zweiten stellvertretenden Vorsitzenden. Der Volkswirt war Vorstandsmitglied der KV Westfalen-Lippe. Die Wahl eines dritten Mitglieds, das weder in der haus- noch in der fachärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung aktiv sein darf, war eine Vorgabe des GKV-Selbstverwaltungsstärkungsgesetzes.

Die neuen Vorstände betonten ihren Willen zum Teamwork. Inhaltlich bezogen sie sich mit

Blick auf die Bundestagswahl vor allem auf das Konzept „KBV 2020“: „Wir können offen in die Debatten gehen – jeder weiß, was man inhaltlich von uns zu erwarten hat. Nun kommt es darauf an, dass wir gemeinsam in die Politik hineinwirken und jene Durchschlagskraft zurückgewinnen, die wir aufgrund vieler Querelen in den vergangenen Jahren eingebüßt haben“, sagte Gassen.

Auch KBV-VV mit neuer Führung

Bereits am 2. März hatte die VV die neue Amtsperiode mit der Wahl ihrer Vorsitzenden und der Mitglieder wichtiger Ausschüsse begonnen. Die Allgemeinmedizinerin Dr. med. Petra Reiskowicz aus Bayern wählten die 60 Delegierten zu ihrer neuen Vorsitzenden. Zu ihrer ersten Stellvertreterin wurde die Diplom-Psychologin Barbara Lubisch gewählt. Die in Aachen niedergelassene psychologische Psychotherapeutin ist unter anderem Beisitzerin im Vorstand der Psychotherapeutenkammer NRW und Mitglied in der VV der KV Nordrhein. Zum zweiten Stellvertreter bestellten die Delegierten Dr. med. Rolf Englisch. Der Gynäkologe ist in Bielefeld niedergelassen und Mitglied der VV der KV Westfalen-Lippe.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Mehr Infos unter kbv.de | KV170411



Das neue Vorstandstrio der KBV (v. li.): Dr. Thomas Kriedel, (2. Stellv. Vorsitzender), Dr. med. Andreas Gassen (Vorstandsvorsitzender) und Dr. med. Stephan Hofmeister (1. Stellv. Vorsitzender).

In fast 200 Gemeinden gibt es Geld für neue Hausärzte

Land weitet Förderprogramm aus

Das Land Nordrhein-Westfalen weitet sein „Hausarztaktionsprogramm“ noch einmal aus: In über 190 Städten und Gemeinden können jetzt von Hausärztinnen und Hausärzten Einzelförderungen von bis zu 50.000 Euro als nicht rückzahlbarer Zuschuss aus dem Programm beantragt werden. Gefördert wird auch die Beschäftigung angestellter Ärzte, Weiterbildungen im hausärztlichen Bereich und nun auch die Ausbildung von nicht ärztlichen Praxisassistentinnen.

„Etwa jede zweite Kommune in Nordrhein-Westfalen kann jetzt durch die Weiterentwicklung vom Hausarztaktionsprogramm profitieren“, sagt Gesundheitsministerin Barbara Steffens. Neben der finanziellen Förderung von Niederlassungen, Praxisübernahmen und Weiterbildungen unterstützt das Land nunmehr auch die Ausbildung nicht ärztlichen Praxispersonals zu Versorgungsassistentin-

nen. „Dadurch können Ärztinnen und Ärzte bei Hausbesuchen entlastet und Patientinnen und Patienten Wege zur Praxis erspart werden“, so Steffens.

67 Kommunen in Nordrhein

Die Landesregierung fördert nun auch die Niederlassung von Hausärzten in größeren Städten und Gemeinden: Die Grenze steigt

Noch mehr Fördermöglichkeiten

In den kommenden Jahren geben viele Ärzte in Nordrhein ihre Praxis aus Altersgründen auf. Potenzielle Nachfolger in Hausarzt-Praxen können von verschiedenen Förderungen profitieren.

Stipendieninitiative Allgemeinmedizin

Die KV Nordrhein fördert seit 2012 Studierende im Praktischen Jahr gemeinsam mit den Krankenkassen im Rheinland mit bis zu 2.400 Euro. Bis zu vier Monate erhalten die Studierenden monatlich 600 Euro. Die KV Nordrhein vergibt maximal 100 Stipendium an angehende Ärztinnen und Ärzte pro Jahr.

Voraussetzung ist, dass sich die Stipendiaten im Wahlbereich innerhalb ihres Praktischen Jahres für das Fach Allgemeinmedizin entscheiden. Zudem müssen sie ihr Praktikum in einer nordrheinischen akademischen Lehrpraxis mit Lehr-

befähigung absolvieren und an einer nordrhein-westfälischen Universität Medizin studieren.

Förderung der Weiterbildung

Seit 1. Juli 2016 erhalten angehende Allgemeinmediziner im ambulanten Bereich einen Gehaltszuschuss von monatlich 4.800 Euro; zuvor waren es 3.500 Euro. Auf die Erhöhung haben sich Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft verständigt.

Zum 1. Juli 2016 ist auch die Zahl der Förderstellen gestiegen. In der Weiterbildung Allgemeinmedizin werden jetzt bundesweit 7.500 Plätze pro Jahr angeboten, 2.500 mehr als zuvor. Die neue Vereinbarung regelt außerdem die Förderung von 1.000 ambulanten Weiterbildungsstellen weiterer Facharztgrup-

von bisher 25.000 auf nun 40.000 Einwohner. Dadurch erhöht sich die Zahl der Kommunen, die vom Förderprogramm profitieren können, von bisher 140 auf 191. In Nordrhein gibt es die Förderung in 67 Kommunen.

Gewährt werden die Förderungen dort, wo künftig die hausärztliche Versorgung aufgrund der Altersstruktur der Hausärzteschaft durch das Ausscheiden von Ärzten bedroht ist bzw. mittelfristig gefährdet sein kann. Um in das Programm aufgenommen werden zu können, müssen zwei Kriterien erfüllt werden:

1. Einwohnerzahl: Die Kommunen dürfen nicht mehr als 40.000 Einwohnerinnen und Einwohner haben.
2. Altersstruktur der Hausärzteschaft: Der Versorgungsgrad unter alleiniger Berücksichtigung der vertragsärztlich tätigen Hausärztinnen und Hausärzte, die jünger als 60 Jahre alt sind, muss unter 75 Prozent liegen.

Die Höhe der Förderung ist wie folgt gestaffelt:

- bis zu 50.000 Euro bei Niederlassung oder Anstellung in einer Gemeinde, in der die Gefährdung der hausärztlichen Versorgung droht;
- bis zu 25.000 Euro bei Niederlassung oder Anstellung in einer Gemeinde, in der die hausärztliche Versorgung auf mittlere Sicht gefährdet erscheint;
- bis zu 10.000 Euro bei Gründung einer Zweigpraxis, Übernahme einer Zweigpraxis oder der dortigen Anstellung in einer Gemeinde, in der die Gefährdung der hausärztlichen Versorgung droht oder in der die hausärztliche Versorgung auf mittlere Sicht gefährdet erscheint;

Hausarztpraxen in einer förderungsfähigen Gemeinde, die Weiterbildungsassistenten beschäftigen, können ebenfalls eine finanzielle Förderung des Landes NRW erhalten. Sie liegt bei bis zu 775 Euro monatlich. Der maximale

pen, die ebenfalls mit 4.800 Euro bezuschusst werden.

100.000 Euro in Reichshof

Die Gemeinde Reichshof im Oberbergischen Kreis zahlt noch einmal 50.000 Euro an Hausärzte, die sich dort niederlassen. Außerdem hilft die Gemeinde unter anderem bei der Auswahl geeigneter Grundstücke oder Gebäude. Mit dem Landeszuschuss steigt die Förderung auf 100.000 Euro. Bürgermeister Rüdiger Gennies will mindestens zwei Hausärzte mit der Finanzspritze gewinnen. Das Geld soll für den Erwerb und die Einrichtung der Praxis eingesetzt werden. Die Ärzte verpflichten sich, mindestens zehn Jahre vor Ort tätig zu sein.

Auch andere Gebiete bemühen sich aktiv um Hausärzte für die ambulante Versorgung. Der



Landkreis Kleve zum Beispiel fördert Hospitationen vor Ort: Approbierte Ärzte erhalten dafür 2.000 Euro pro Woche.

Gute Laune bei der „Picknick-Wanderung“ der Gemeinde Reichshof.

Mehr Infos unter www.kreis-kleve.de und www.reichshof.de | KV | 170413

Förderzeitraum bei einer Vollzeittätigkeit beträgt 24 Monate. Mit der Antragstellung verpflichtet sich die Hausarztpraxis, die Förderung an die jeweiligen Nachwuchsmediziner weiterzugeben.

Jetzt auch EVA-Förderung

Ein neuer Baustein des Programms ist die Förderung des Erwerbs von Zusatzqualifikationen von nicht ärztlichem Praxispersonal, wie beispielsweise die Ausbildung zu einer Entlastenden Versorgungsassistentin (EVA). Hier fördert das Land die Zusatzausbildung künftig mit einem Festbetrag in Höhe von bis zu 1.000 Euro.

Die Förder-Regelung ist im Detail etwas komplexer. Grob gesagt gibt es die volle Förderung dann, wenn die Gesamtausbildungskosten mehr als 1.250 Euro kostet. Das ist bei der EVA-Fortbildung der Fall, die je nach Berufserfahrung mit 1.786 bis 2.322 Euro zu Buche schlägt.

Auch Lehrpraxen können nun Geld beim Land beantragen. Für Investitionskosten können bis zu 10.000 Euro seitens des Landes bewilligt werden. „Die maximale Förderung kann erfolgen, wenn die zuwendungsfähigen Ausgaben mindestens 12.500 Euro betragen“, teilt das Landesgesundheitsministerium mit. Zuwendungsfähig sind in diesem Zusammenhang Kosten für medizinische Gerätschaften und die EDV-Ausstattung der Praxis.

Das Hausarztaktionsprogramm des Landes läuft bereits seit Ende 2009. Bislang sind insgesamt 203 Anträge positiv bewilligt und entsprechende finanzielle Förderungen in einem Gesamtvolumen von rund 7,7 Millionen Euro ausgezahlt worden.

■ FRANK NAUNDORF

Die aktualisierten Förderlisten, die Übersicht mit den 191 Kommunen, Förderanträge und weitere Informationen zum Hausarztaktionsprogramm sind abrufbar unter www.hausarzt.nrw.de | KV 170414



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.

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



Foto: PhotoSG/fotolia.com

Vermittlung von Patienten Termine gesucht!

Die Termin-Servicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vermittelt Facharzttermine an Patientinnen und Patienten.

Damit die Servicestelle Termine vereinbaren kann, benötigen wir weitere Terminmeldungen. Nur dann können wir vermeiden, eine ambulante Behandlung im Krankenhaus organisieren zu müssen – eine Behandlung, die vom Honorar der nordrheinischen Fachärzte bezahlt werden müsste.

So erreichen Sie uns

Telefon 0211 5970 8988 Mo. – Do. 8 – 17 Uhr / Fr. 8 – 13 Uhr

Telefax 0211 5970 9907

Mail terminannahme@kvno.de



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Infos zur Termin-Servicestelle und ein
Formular zum Melden freier Termine
unter www.kvno.de/tss2

Auch für Psychotherapie-Termine

Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sind die Kassenärztlichen Vereinigungen seit Januar 2016 verpflichtet, Termin-Servicestellen (TSS) zur Vermittlung von Facharztterminen zu betreiben. Ab dem 1. April 2017 müssen sie auch bestimmte Termine bei Psychotherapeuten vermitteln.



Termine für Psychotherapien sind gefragt. Dieser Ausgabe von KVNO aktuell liegt ein Vordruck bei, mit dem Psychotherapeuten Termine melden können, die die TSS bei Bedarf vermitteln würde.

Gesetzlich Krankenversicherte haben also die Möglichkeit, über die TSS einen Termin bei einem Psychotherapeuten für eine Erstsprechstunde oder unter bestimmten Voraussetzungen auch für eine Akutbehandlung zu bekommen. Dies stellt ein neues, niedrighschwelliges Versorgungsangebot für die Patienten dar, die damit einen erleichterten Zugang zur Psychotherapie erhalten.

Patienten können sich dabei direkt an den Psychotherapeuten wenden oder über die Termin-Servicestelle gehen. Einer Überweisung bedarf es hierbei nicht.

Patienten, die sich wegen einer Akutbehandlung an die Termin-Servicestelle wenden,

müssen allerdings zuvor eine psychotherapeutische Sprechstunde aufgesucht haben. Denn Voraussetzung für die Vermittlung eines solchen Termins ist, dass der Psychotherapeut in der „individuellen Patienteninformation“ eine Empfehlung für eine Akutbehandlung ausgesprochen hat.

Die individuelle Patienteninformation erhalten die Patienten nach einem Erstgespräch in der Psychotherapeutischen Sprechstunde. Sie umfasst das Ergebnis und die Empfehlung für das weitere Vorgehen. Dafür gibt es ab April das neue Formular PTV 11 (siehe hierzu den Beitrag über die Psychotherapie-Richtlinie ab Seite 2). Patienten erhalten hierfür einen zwölfstelligen Code, den der Psychotherapeut auf das Formular PTV11 aufgeklebt.

Die Termin-Servicestellen sind verpflichtet, dem Patienten einen Termin beim Psychotherapeuten innerhalb von vier Wochen anzubieten. Ist dies nicht möglich, sollen sie einen Termin im Krankenhaus vermitteln. Bezahlt werden die von der Klinik erbrachten Leistungen aus dem Honorartopf der niedergelassenen Fachärzte.

Um zu verhindern, dass Geld aus dem Honorar der Fachärzte für die stationäre Versorgung ausgegeben und damit der ambulanten Versorgung in Nordrhein entzogen wird, bitten wir Sie, der KV Nordrhein ausreichend Termine für Erstgespräche und Akutbehandlungen zu nennen.

■ MIRIAM MAUSS

Psychotherapeuten können Termine telefonisch, per E-Mail oder Fax durchgeben:

Telefon 0211 5970 8988
Telefax 0211 5970 9907
terminannahme@kvno.de

Servicezeiten

Montag bis Donnerstag
8 bis 17 Uhr

Freitag
8 bis 13 Uhr

Ab 1. April 2017

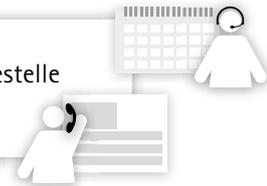
Für die Patienten ist die Termin-Servicestelle erreichbar:

Montag bis Freitag
8 bis 12 Uhr und
15 bis 17 Uhr

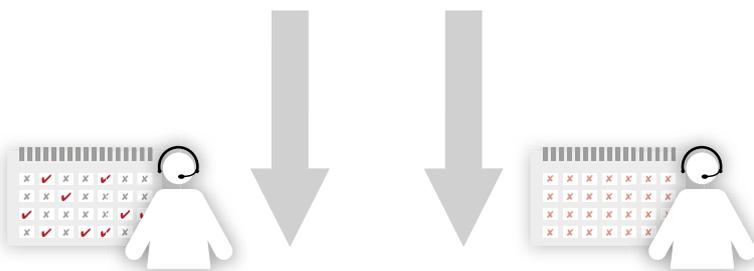
Telefonnummer
0211 5970 8990

TERMIN-SERVICESTELLE PSYCHOTHERAPIE

Patient wendet sich an die Termin-Servicestelle (TSS), 0211 5970 8990



TSS versucht **innerhalb einer Woche** einen Termin für den Patienten innerhalb von vier Wochen ab Terminvermittlung zu erhalten



TSS findet einen Termin

Patient muss mit der psychotherapeutischen Praxis in Kontakt treten und den Termin bestätigen; auf Wunsch erhält der Psychotherapeut per Fax oder E-Mail eine Rückmeldung.

TSS findet keinen Termin

TSS vermittelt Patient an Krankenhaus



Stuhltest iFOBT ab 1. April abrechenbar

Das neue immunologische Stuhltest-Verfahren, iFOBT, zur Früherkennung von Darmkrebs löst zum 1. April 2017 den bisherigen Test ab. Hausärzte, Chirurgen, Gynäkologen, Facharztinternisten, Hautärzte und Urologen rechnen den iFOBT als Früherkennungsuntersuchung auf kolorektales Karzinom künftig über die Gebührenordnungsposition (GOP) 01737 (Bewertung 57 Punkte, Vergütung 6 Euro) ab. Die Vergütung soll extrabudgetär erfolgen.

Die Leistung umfasst die Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung des Stuhlproben-Entnahmesystems sowie die Beratung des Patienten bei einer präventiven Untersuchung. Bei kurativer Indikation sind wie bisher Ausgabe, Rücknahme und Weiterleitung in das Labor mit der Versicherten- oder Grundpauschale abgegolten.

Der Test kann bei Patienten im Alter zwischen 50 und 55 Jahren jährlich durchgeführt werden. Ab 55 Jahren haben die Versicherten Anspruch auf bis zu zwei Früherkennungskoloskopien im Abstand von zehn Jahren oder alle zwei Jahre auf einen Test auf okkultes Blut im Stuhl. Neu ist, dass Hausärzte den immunologischen Test auch beim Check-up 35 an Patienten ab 50 Jahren ausgeben können.

Der Test wurde als Leistung des Speziallabors, die eine vorherige Genehmigung der KV voraussetzt, in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen. Daher dürfen nur Ärzte mit Abrechnungsgenehmigung für diese Leistung den Test vornehmen. Auch müssen sie Angaben wie verwendete Tests, Ergebnisse der externen Qualitätssicherung, Gesamtzahl der untersuchten und der positiven Proben zur Evaluation des Früherkennungsprogramms erfassen und an die KV übermitteln.

Neue GOP Laboruntersuchung Stuhlprobe:

- GOP 01738 für präventive Untersuchung (Bewertung 75 Punkte, Vergütung 7,90 Euro)

- GOP 32457 für kurative Untersuchung (Bewertung 59 Punkte, Vergütung 6,21 Euro)

In den Laborleistungen enthalten sind die Kosten für das Stuhlproben-Entnahmesystem.

Der bisherige Guajak-basierte Test und die entsprechende GOP 01734 zur Darmkrebsfrüherkennung entfallen zum 1. April. Zudem wurde in dem Leistungstext der GOP 01740 die „Ausgabe des Merkblatts“ gestrichen. Kurativ kann dieser Test übergangsweise noch bis zum 1. Oktober 2017 durchgeführt und abgerechnet werden. Die GOP 32040 und die Kostenpauschale 40150 werden zum 1. Oktober 2017 gestrichen.

Mehr Infos finden Sie auf kvno.de | [KV | 170418](http://kvno.de)

Allergologievertrag beendet

Der Allergologievertrag mit der Barmer Ersatzkasse wurde nicht weiter verlängert und endete bereits zum 31. Dezember 2016.

Real-Time-Messgerät: Anleitung wird vergütet

Die Anleitung eines Patienten zur Handhabung eines Real-Time-Messgerätes zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung wird ab 1. April 2017 über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet. Die neue Leistung kann von Hausärzten, Internisten und Kinder- und Jugendmedizinern mit besonderer Qualifikation abgerechnet werden. Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus haben seit dem 8. März 2017 unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf ein Real-Time-Messgerät zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung.

Abrechnen können sie Hausärzte und Internisten (GOP 03355 bzw. 13360) sowie Kinder- und Jugendmediziner (GOP 04590) jeweils mit besonderer Qualifikation. Die Ver-

gütung für vollendete zehn Minuten beträgt 7,58 Euro (72 Punkte).

Insgesamt kann die Leistung bis zu zehn Mal im Krankheitsfall angesetzt werden, zum Beispiel für die Schulung des Patienten. Ärzte können die Anleitung des Patienten auch teilweise an das Praxispersonal delegieren. Die Verhandlungen über die extrabudgetären Finanzierungen sind noch nicht beendet. Wir werden in Kürze über die Ergebnisse berichten.

Neue Versorgungspauschale für Kinderneurologie

Für die nephrologische Betreuung von Kindern erhalten Pädiater ab April 2017 einen Zuschlag zur Versichertenpauschale von rund 100 Euro im Quartal. Dazu wird die neue Gebührenordnungsposition (GOP) 04563 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen.

Die neue GOP wird als Zuschlag zur Versichertenpauschale (04000) einmal im Behandlungsfall gewährt und ist mit 950 Punkten (100,04 Euro) bewertet. Die Vergütungsverhandlungen über eine extrabudgetäre Finanzierung mit den Krankenkassen sind noch nicht abgeschlossen. Künftig soll die Vergütung ohne Mengenbegrenzung mit festen Preisen erfolgen.

Pflegeheimversorgung: Muster-Kooperationsvertrag angepasst

Die KV Nordrhein hat ihren Muster-Kooperationsvertrag zur Versorgung von Bewohnern in Pflegeheimen angepasst. Der Grund ist eine Änderung der Anlage 27 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä), auf die sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband geeinigt haben. Diese gilt rückwirkend zum 1. Juli 2016. Die Vorgaben des Gesetzgebers im Hospiz- und Palliativgesetz sind somit nun vollständig umgesetzt.



© iStockphoto.com | Silvia Jansen

Die Anpassung bringt Vorteile für Vertragsärzte, da einige Regelungen wegfallen. Niedergelassene müssen künftig mit den Pflegeeinrichtungen lediglich die Versorgung in stundentfreien Zeiten und die telefonische Erreichbarkeit koordinieren, wobei gegebenenfalls der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst einbezogen werden kann.

Im Juli 2016 sind neue Leistungen im Kapitel 37 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes aufgenommen worden. Um diese abzurechnen, müssen Vertragsärzte und -psychotherapeuten einen Kooperationsvertrag mit einem Pflegeheim bei der KV Nordrhein vorlegen. Dieser muss den Anforderungen der Anlage 27 BMV-Ä entsprechen. Hat die KV den vorgelegten Vertrag überprüft, erhält der Arzt eine Bestätigung über die Abrechnungsmöglichkeit.

Die KV Nordrhein hat für diesen Zweck den Muster-Kooperationsvertrag entwickelt. An diesem können sich niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten orientieren. Bereits abgeschlossene Muster-Kooperationsverträge in alten Fassungen gelten unverändert fort und es steht den Niedergelassenen und Pflegeheimen frei, diese anzupassen.

Um Kooperationen mit Pflegeheimen zu erleichtern, stellt die KV Nordrhein einen Muster-Vertrag zur Verfügung.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 170420](http://kvno.de)

Weitere Teilnahmen am Vertrag „Gesund schwanger“



Frühgeburten vermeiden – das ist das Ziel des Vertrags „Gesund schwanger“, an dem nun drei weitere Kassen teilnehmen.

Zum 1. April 2017 nehmen drei weitere Krankenkassen an dem Vertrag teil:

- BKK Bahn (VKNR 40401)
- Viactiv Krankenkasse (VKNR 18405)
- Südzucker BKK (VKNR 52405)

Den Vertrag „Gesund schwanger“ hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Berufsverbänden der Frauen- und Laborärzte, dem Berufsverband für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie der Gesellschaft für Wirtschaftlichkeit und Qualität bei Krankenkassen GWQ ServicePlus AG und einigen Betriebskrankenkassen bereits zum Juli 2016 zur Vermeidung von Frühgeburten geschlossen.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 170420](http://kv170420.de)

Kataraktvertrag Ersatzkassen: Kontingent erhöht

Aufgrund der Fusion der Barmer Ersatzkasse mit der Deutschen BKK zum 1. Januar 2017 wurde mit dem Verband der Ersatzkassen eine Erhöhung des Katarakt-Jahreskontingentes

von 21.122 auf 23.800 Operationen vereinbart.

Jede Praxis, die zwischen dem 3. Quartal 2015 bis zum 2. Quartal 2016 mindestens vier Versicherte der Deutschen BKK abgerechnet hat, ist bei der Erhöhung des Quartalkontingents berücksichtigt worden. Die Kataraktoperateure sind bereits über die Änderung informiert.

U10/U11-Vertrag: E.ON BKK ist raus

Leistungen aus dem Präventionsvertrag der E.ON BKK zu den U10- und U11-Untersuchungen können seit dem 1. Januar 2017 nicht mehr abgerechnet werden. Dies gab die E.ON BKK bekannt. Grund dafür ist die Fusion mit der energie-BKK.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 170420](http://kv170420.de)

Betreuungsstrukturvertrag mit der KKH erweitert

Der seit 1. Juli 2015 laufende Betreuungsstrukturvertrag mit der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) wird in zwei Stufen zum 1. Januar sowie zum 1. April 2017 erweitert. Darauf haben sich die KV Nordrhein und die KKH verständigt.

Folgende Änderungen gelten seit dem 1. Januar 2017:

- Anpassung des Kataloges mit den Indikationen und Diagnosen: Es werden insgesamt 17 ICD-10-Codes gestrichen, darunter Adipositas, Diagnosen zur respiratorischen Insuffizienz und Dysthymia, und 290 Diagnosen wie zum Beispiel Multiple Sklerose, Depressionen und Suchterkrankungen neu aufgenommen.
- Aufnahme der Psychotherapeuten: Neben Haus- und Fachärzten können jetzt auch

Psychotherapeuten analog der Betreuungsstrukturverträge mit der Techniker Krankenkasse (TK) und dem BKK-Landesverband Nordwest (BKK-LV NW) an dem Vertrag mit der KKH teilnehmen.

Zum 1. April 2017 gibt es folgende Neuerungen:

- Aufnahme eines neuen Moduls in Form einer sogenannten Aufwandspauschale „Diabetes mellitus/COPD“: Für die Behandlung von Versicherten mit Diabetes mellitus oder COPD und entsprechenden Begleiterkrankungen erhalten Ärzte mehr Geld. Voraussetzung: Es müssen bestimmte Verkettungen gesicherter Diagnosen vorliegen, die zu einer zusätzlichen einmaligen Förderung führen. Diese Kombination von zwei Diagnosen darf allerdings in den letzten vier Vorquartalen nicht als gesichert codiert worden sein. Vergütet wird diese einmalige Aufwandspauschale mit 8,50 Euro zuzüglich zu den entsprechenden Betreuungspauschalen. Abgerechnet wird diese neue Leistung mit der Symbolnummer (SNR) 91319 wie auch in den Verträgen mit der TK und der AOK Rheinland/Hamburg.
- Änderung der bestehenden Vergütungssystematik: Die Betreuungspauschalen entsprechen denen der Verträge mit der TK sowie dem BKK-LV NW:
 - 3 Euro (mindestens eine Diagnose aus einer Indikationsgruppe)
 - 6 Euro (mindestens eine Diagnose aus zwei Indikationsgruppen)
 - 9 Euro (mindestens eine Diagnose aus drei oder mehr Indikationsgruppen)

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 170421](#)

Viele Vordrucke online verfügbar

Bisher haben Praxen Vordrucke beziehungsweise Muster für Teilnahmeerklärungen an Verträgen ausschließlich beim Formularversand in Krefeld bestellt. Nun bietet die KV Nord-

rhein zusätzlich an, Vordrucke beziehungsweise Muster direkt von der Homepage herunterzuladen. Derzeit stehen gut 40 Vordrucke online zur Verfügung, zum Beispiel die Teilnahmeerklärung Tonsillotomie oder die Einverständniserklärung zur intravitrealen Therapie. Somit wird die Formularplanung in den Praxen flexibler, der Vordruckbestand lässt sich senken. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein plant, das Versenden dieser Vordrucke Ende 2017 einzustellen.

Die Online-Vordrucke finden Sie auf der Seite des Formularversands unter kvno.de | [KV | 170421](#)

IZOM: Vereinbarung für belgische Versicherte gekündigt

Die AOK Rheinland/Hamburg teilt mit, dass die belgischen Versicherungsträger die Vereinbarungen IZOM und eIZOM gekündigt haben. Belgische Versicherte in der Euregio können somit nur noch bis 30. Juni 2017 fachärztliche Leistungen in Deutschland auf der Grundlage der Abkommen in Anspruch nehmen. Niederländische Versicherte sind durch die Kündigung der belgischen Krankenkassen nicht betroffen; für sie gelten die Verfahren weiter wie bisher.

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

Cannabis künftig auf Rezept

Cannabis können gesetzlich Versicherte künftig bei bestimmten Indikationen auf Rezept erhalten. Der Bundestag hat am 19. Januar 2017 die entsprechenden Gesetzesänderungen verabschiedet. Das Gesetz trat am 10. März 2017 in Kraft. Cannabis zu medizinischen Zwecken aus staatlich kontrolliertem Anbau wird künftig zusätzlich als verkehrs- und verschreibungsfähig im Betäubungsmittelgesetz eingestuft. Bisher galt dies nur für Cannabis, der in Zubereitungen als Fertigarzneimittel zugelassen war.

Eine Cannabisagentur beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) soll den Einkauf ausländischer Produkte sowie den Anbau inländischen Cannabis organisieren und überwachen. Cannabisblüten zu medizinischen Zwecken können Apotheken ausschließlich nach ärztlicher Verordnung abgeben. Die Höchstmenge je 30 Tage beträgt 100 g getrocknete Blüten. Krankenkassen müssen die Kosten im Regelfall erstatten.



In bestimmten Fällen können Ärzte nun auch getrocknete Cannabisblüten verordnen.

Die gesetzliche Neuregelung schafft für Versicherte in eng begrenzten Ausnahmefällen einen Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form getrockneter Blüten oder Extrakten. Das gilt aber nur für solchen Cannabis in Form getrockneter Blüten, der die betäubungsmittelrechtlichen sowie arzneimittel- und apothekenrechtlichen Anforderungen erfüllt und ärztlich verordnet wurde. Auch in Deutsch-

land zugelassene Fertigarzneimittel (zum Beispiel Sativex) fallen unter diese Regelung. In denselben begrenzten Ausnahmefällen sollen Versicherte zudem einen Anspruch auf Arzneimittel mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon (Canemes) erhalten.

Eine Verordnung von „Medizinalhanf“ und den oben genannten Fertigarzneimitteln ist künftig möglich für Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung (zum Beispiel starken chronischen Schmerzen), wenn

- eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht oder im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann und
- eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

Die ersten Verordnungen muss die Krankenkasse vor Therapiebeginn genehmigen; die Kasse darf sie nur in begründeten Ausnahmefällen ablehnen. Im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) muss über den Antrag innerhalb von drei Tagen entschieden werden. Der behandelnde Arzt übermittelt Daten im Rahmen einer nicht interventionellen Begleiterhebung in anonymisierter Form an das BfArM, das nach fünf Jahren für den Gemeinsamen Bundesausschuss einen Bericht erstellt. Wer für die Vergütung der Ärzte aufkommen soll, ist noch offen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert eine eindeutige Regelung, ob die gesetzliche Krankenversicherung oder gegebenenfalls der Bund als Projektträger der Begleiterhebung für die Vergütung der Ärzte verantwortlich ist. ■ DR. HOLGER NEYE

KVNO extra „Sprechstundenbedarf 2017“

Die KV Nordrhein informiert in einer Broschüre über die Verordnung von Sprechstundenbedarf. Dazu zählen Arznei-, Verband- und Hilfsmittel zum Behandeln von Patienten in der Praxis sowie Mittel, die bei Notfällen benötigt werden. Auch Impfstoffe werden in der Regel als Sprechstundenbedarf (SSB) verordnet.

Die meisten wichtigen Regelungen im Zusammenhang mit dem Sprechstundenbedarf fußen auf der SSB-Vereinbarung. Welche Artikel Ärzte im SSB verordnen dürfen, ist in der Anlage zur SSB-Vereinbarung fixiert, also einer Art „SSB-Positivliste“.

Beim Impfen geben die Schutzimpfungs-Richtlinie und die Impfstoffvereinbarung vor, welche Impfstoffe in welchen Indikationsbereichen alle gesetzlichen Krankenkassen in Nordrhein zahlen. Darüber hinaus können Kassen in ergänzenden Vereinbarungen festlegen, welche zusätzlichen Impfleistungen sie als sogenannte Satzungsleistungen anbieten. Wir bieten dazu eine Übersicht in der Extra-Ausgabe „Sprechstundenbedarf 2017“, die ausschließlich online zur Verfügung steht.

Die Online-Ausgabe zum Sprechstundenbedarf finden Sie unter kvno.de | KV | 170423



Medikationsplan: Pflicht ab 1. April 2017

Die erste Übergangsfrist für den bundeseinheitlichen Medikationsplan endet am 1. April 2017. Danach dürfen nur noch Medikationspläne verwendet werden, die den Vorgaben des bundeseinheitlichen Plans entsprechen (wir berichteten). Die Pläne sollen weiterhin vom Hausarzt des Patienten bzw. von dem Arzt, der hauptsächlich die Medikation eines Patienten überwacht, ausgestellt werden.

Der bundeseinheitliche Medikationsplan wurde im Oktober 2016 eingeführt. Er dient in erster Linie zur Information der Patienten. Nach einer weiteren Übergangsphase bis Januar 2019 soll der Medikationsplan auf Pa-

pier durch Angaben auf der elektronischen Gesundheitskarte ersetzt werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat das Bundesgesundheitsministerium und die Mitglieder des Gesundheitsausschusses darauf hingewiesen, dass einzelne Softwareanbieter für die Implementierung des Medikationsplans in die Verordnungssoftware Gebühren verlangen. Die KBV fordert, dass die Softwares modular aufgebaut sind und einzelne Bausteine über Schnittstellen ergänzt werden können – ohne dass Softwareanbieter zusätzliche Funktionen selbst programmieren müssen. Die KBV möchte dann Bausteine kostenfrei ergänzen. ■ HON

Nasale Influenza-Impfung gestrichen

Die nasale Influenza-Impfung hat der Gemeinsame Bundesausschuss vollständig aus der Schutzimpfungs-Richtlinie gestrichen. Dies bedeutet, dass alle gesetzlich versicherte Kinder,

für die eine Indikation nach der Richtlinie besteht, künftig mit einem inaktivierten Impfstoff geimpft werden sollen. Die neue Regelung tritt voraussichtlich Mitte April 2017 in Kraft. ■ HON

Regelung zu Reiseschutzimpfungen erweitert

Die Schutzimpfungs-Richtlinie ist noch einmal konkretisiert worden. Reiseschutzimpfungen sollen künftig von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden, wenn die Reise ins Ausland beruflich veranlasst ist. Der Nachweis für den beruflich bedingten Auslandsaufenthalt ist durch den Patienten zu erbringen.

Ausgenommen von der Leistungspflicht durch die GKV bleiben Impfungen, für die der Arbeitgeber nach der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) in der

Pflicht ist. Wenn beispielsweise eine Impfung gegen Hepatitis A aufgrund der ArbMedVV vom Arbeitgeber zu übernehmen ist, so bleibt diese Pflicht bestehen, auch wenn der Arbeitnehmer beruflich ins Ausland reist.

Dies gilt für Impfungen, die in der Schutzimpfungs-Richtlinie aufgeführt werden. Die Impfung gegen japanische Enzephalitis beispielsweise ist weiterhin keine Kassenleistung, weil sie nicht in der Schutzimpfungs-Richtlinie erwähnt wird. Die neue Regelung tritt voraussichtlich Mitte April 2017 in Kraft. ■ HON

RESIST-Projekt läuft an

Das Projekt Resistenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen (RESIST) ist eines der drei Projekte, die aus dem Innovationsfond in Nordrhein gefördert werden. In dem Projekt wird der Frage nachgegangen, ob durch zusätzliche Schulung der teilnehmenden Ärzte und mit Informationsmaterialien für Patienten die Antibiotikagabe bei akuten Atemwegsinfektionen beeinflusst werden kann.

RESIST ist ein Projekt von neun Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Verband der Ersatzkassen (vdek). In Nordrhein können 500 Ärzte teilnehmen: Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten, HNO- und Kinderärzte. Interessierte Praxen können sich melden über resist@kvno.de

Sie erhalten Anfang April zunächst eine Teilnahmeerklärung und einen Zugang zu einer Online-Fortbildung, die im sicheren Netz der KVen (KV-SafeNet) abrufbar ist. Nach erfolgreichem Abschluss der Fortbildung erhalten die Teilnehmer sechs CME-Punkte und reichen ihr Zertifikat per E-Mail bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ein über resist@kvno.de

Die ersten 500 Ärzte, die die erfolgreiche Fortbildung nachweisen, können über das Projekt gefördert werden. Vom 1. Juli 2017 bis 30. Juni 2019 kennzeichnen die Praxen diejenigen Ersatzkassenpatienten mit einer Sonderziffer, die sie wegen einer akuten Infektion der oberen oder unteren Atemwege behandeln. Eine Einschreibung der Patienten ist nicht nötig.

Die Praxen erhalten eine Starterpauschale von 200 Euro (Symbolnummer 81251) sowie für die zusätzliche, ergebnisoffene Beratung der Patienten zur Anwendung von Antibiotika eine Vergütung in Höhe von 450 Euro. Dies greift allerdings nur dann, wenn pro Quartal mindestens 20 Ersatzkassenpatienten beraten und mit der Symbolnummer 81252 gekennzeichnet werden.

Eine Evaluation des Verschreibungsverhaltens für Antibiotika im Vergleich zu nicht teilnehmenden Praxen ist zum Ende des Interventionszeitraums geplant. Anhand der Sonderziffer werden Verordnungszahlen anonymisiert an das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung übermittelt. Die Evaluation wird in Zusammenarbeit mit der Uni Rostock durchgeführt. ■ DR. HOLGER NEYE

Freiburger Einsilbertest: Prüfung mit Störgeräuschen

HNO-Ärzte, Pädaudiologen und Phoniater können den Freiburger Einsilbertest jetzt auch mit Störgeräuschen einsetzen, um den Erfolg der Hörgeräteversorgung zu überprüfen. Der Freiburger Einsilbertest ist im deutschen Sprachraum die am häufigsten verwendete Hörprüfung mit Sprache. Bisher durfte er laut Hilfsmittel-Richtlinie ausschließlich „in Ruhe“ angewendet werden. Aus Expertensicht ist der Test mit Störgeräuschen jedoch genauso ge-

eignet, den Erfolg einer Hörgeräteversorgung zu überprüfen, wie andere Testverfahren mit Störgeräuschen, zum Beispiel der Oldenburger Satztest oder der Göttinger Satztest. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat deshalb im November 2016 beschlossen, den Freiburger Einsilbertest mit Störgeräuschen in die Hilfsmittel-Richtlinie aufzunehmen. Dieser Beschluss trat nun am 17. Februar in Kraft.

■ KBV

Umstellung auf verwechslungssichere Luer-Verbinder

In vielen Praxen kommt der Luer-Anschluss täglich zum Einsatz. Das Luer-System wird etwa bei Kanülen, Spritzen, Kathetern und Infusionsschläuchen eingesetzt. Ein Verbindungssystem, das sich durchgesetzt hat. Allerdings: Der Einsatz identischer Verbinder für unterschiedliche Anwendungszwecke führte in der Vergangenheit leider zu Verwechslungen. Die Norm ISO 80369 verpflichtet den Hersteller, die Bauart einzelner Systeme so zu verändern, dass unterschiedliche Teile nicht mehr versehentlich miteinander verbunden werden können, beispielsweise eine enterale Spritze mit einem zentralen Venenkatheter.

Die Luer-Verbinder bleiben zwar bestehen, dürfen dann aber nur noch für intravaskuläre und transdermale Anwendungen weiterverwendet werden. Bereits im Jahr 2016 wurden die ersten geänderten Systeme eingeführt.

Achten Sie bei der Versorgung Ihrer Patienten darauf, ob Luer-Anschlüsse oder Small Bore Connectors benötigt werden. Es ist davon auszugehen, dass eine Übergangszeit benötigt wird. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) bittet alle Anwender um Erfahrungsberichte. Diese können dann in eine Überarbeitung der Handlungsempfehlungen einfließen.

Änderungen für vier Anwendungsbereiche (Small Bore Connectors):

- Verbinder für enterale Ernährung
- Atemsysteme und Antriebsgase für respiratorische Systeme
- plethysmographische Blutdruckmessung
- neuroaxiale Anwendungen

Die Empfehlung der Normenreihe ISO 80369 in der Lang- und Kurzversion „Hilfestellung zur Umstellung von Luer-Verbindern auf neue verwechslungssichere Verbinder“ und auch weiterführende Materialien finden Praxen auf den Internetseiten des APS.

■ VU | WEST

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 170425](#)

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

Schluss mit der Influenza

Ralph Köllges

Die Influenzawelle war wieder da, so wie in jedem Jahr. Zuerst gelangen die pädiatrischen Praxen an die Belastungsgrenze. Dann stecken die Kinder die betreuenden Erwachsenen an. Medien und Öffentlichkeit zeigen sich beunruhigt über zehntausende gemeldete Fälle und hunderte Grippe-Tote. Doch viele sind weiterhin der fälschlichen Meinung, dass eine Influenza lästig, aber nicht gefährlich sei. Diesen Kreislauf wollen die Kinder- und Jugendärzte in Nordrhein durchbrechen und mit Irrtümern aufräumen. Ralph Köllges, Impfbeauftragter des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte in Nordrhein, erklärt, was zu tun ist.

Vor wenigen Tagen wäre ein dreijähriges Mädchen, das ich aus meiner Praxis kenne, fast an einer Myokarditis gestorben – Folge einer Influenza. Das Leiden und Bangen wäre vermeidbar gewesen: Wir haben die Möglichkeit, die Influenza im Zaum zu halten. Es gibt aber drei Knackpunkte.

1. Wir brauchen eine generelle Standardimpfung

Kinder haben eine längere und höhere Virusausscheidung und sind aufgrund des noch nicht vorhandenen Hygienebewusstseins das „Feuer der Influenzawelle“. Kinder werden in Deutschland aber nicht standardmäßig geimpft. Selbst die Impfquoten bei



Ralph Köllges ist als Pädiater in Mönchengladbach niedergelassen. Er ist berufspolitisch aktiv als Impfbeauftragter des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte in Nordrhein.

chronisch kranken Kindern sind extrem niedrig: Von rund 13 Millionen in Deutschland sind gerade einmal 600.000 gegen Influenza geimpft, weniger als fünf Prozent.

Für die über 60-Jährigen empfiehlt die Ständige Impfkommission (STIKO) zwar eine Influenza-Impfung, doch das reicht nicht. Die STIKO versucht mit einer langen Indikationsliste chronisch Kranke betreffend mehr Akzeptanz zu erreichen, aber Indikationsimpfungen sind schwer zu vermitteln und von vielen individuellen Faktoren abhängig.

Unterm Strich erreichen manche Bundesländer gerade einmal Impfquoten von knapp über 20 Prozent; mit rund 33 Prozent liegen wir in Nordrhein-Westfalen auch weit unter dem Wünschenswerten. Viel zu wenig, um der Verbreitung von Grippeviren wirksam entgegenzutreten.

Um einen wirksamen Impfschutz gegen Influenza aufzubauen, brauchen wir dringend generelle Standardimpfungen, die auch Kinder umfassen. Dafür fehlt es bislang an Studien, welche die STIKO benötigt, um gene-

relle Influenza-Impfempfehlung für Kinder und Erwachsene aussprechen zu können.

2. Ärzte müssen (endlich wieder) über Impfstoff entscheiden

Seit einigen Jahren wird auch der Influenzaimpfstoff von den Krankenkassen ausgeschrieben. Wir in den Praxen müssen dann verwenden, was die Kassen einkaufen. Dies erzeugt abstruse Resultate: Neben den trivalenten Impfstoffen (zwei Virusstämme A und ein Virusstamm B) steht seit Jahren ein tetravalenter Impfstoff (zwei Virusstämme A und zwei Virusstämme B aus den zwei virologischen Grundfamilien) zur Verfügung, der bei einem Wechsel des zirkulierenden B-Stammes in der Saison für eine bessere Wirksamkeit sorgen würde. Eingekauft wird aber immer nur der trivalente Impfstoff.

In Nordrhein führt dies zudem dazu, dass der eingekaufte Impfstoff für Kinder unter drei Jahren ungeeignet ist, denn er verfügt über eine feste Nadel. Die in dieser Altersgruppe zu injizierende halbe Dosis kann von uns Pädiatern somit nicht lege artis geimpft werden.

Hinzu kommen immer wieder Lieferprobleme, die entstehen, wenn man sich an einen Hersteller bindet. Schluss damit! Wir Ärzte brauchen wieder die Möglichkeit, den Impfstoff zu verwenden, der verfügbar und für die kleinen wie die großen Patienten zugelassen ist.

3. Verwirrspiel mit Satzungsleitungen einstellen

Vielleicht gut gemeint – aber in der Praxis völlig unpraktikabel: Das Dickicht der Satzungsleistungen einzelner Krankenkassen bei der Influenzaimpfung ist für die Praxen extrem verwirrend. So erlauben in Nordrhein unter anderem die Techniker Krankenkasse (TK), die Kaufmännische Krankenkasse, die Pronova BKK oder die BKK 24 die Influenzaimpfung bei allen Patienten unter 60 Jahren auch ohne Indikation. Die AOK Rheinland/Hamburg hat dies ausschließlich für Kinder unter 18 Jahren im Angebot. Natürlich ändert sich dies alljährlich. Und um das Verwirrspiel weiter zu treiben, kommt hinzu, dass der Impfstoff bei den Satzungsleistungen nicht dem Sprechstundenbedarf entnommen werden darf, sondern namentlich als Einzelrezept zu verordnen ist.

In unseren Praxen stehen wir deswegen vor aberwitzigen Situationen. Beispiel: Eine Mutter kommt mit zwei Jungs (versichert bei der TK) in die Praxis. Der Zehnjährige hat ein Asthma bronchiale und fällt somit in die Indikationsliste. Der zwölf Jahre alte Bruder darf über Satzungsleistung geimpft werden. Der chronisch Kranke bekommt den trivalenten Impfstoff aus dem

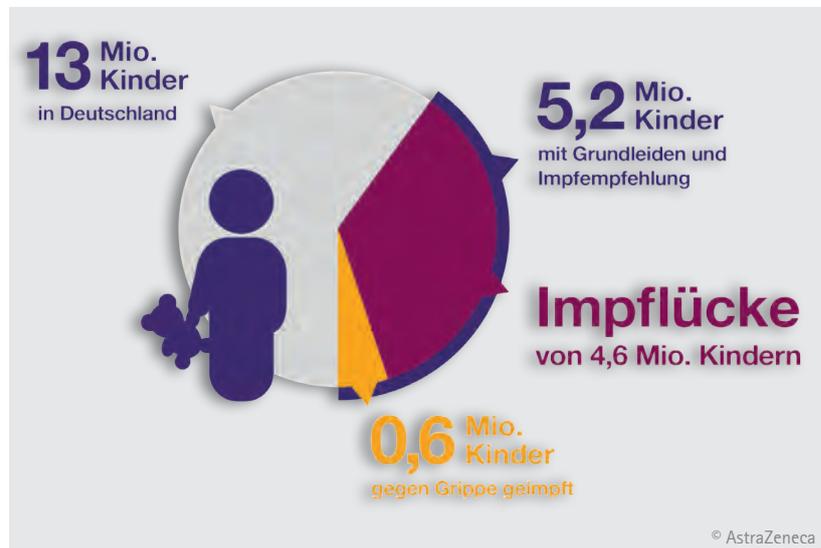
Sprechstundenbedarf – der gesunde Bruder den tetravalenten Impfstoff als Satzungsleistung über Einzelrezept. Der gesunde Junge bekommt den breiteren Impfstoff – eine verkehrte Welt.

Das „schärfste Schwert der Prävention“ wird durch bürokratischen Aufwand

Rasch handeln

Es wird höchste Zeit, die Standardimpfung gegen Influenza auf alle Erwachsenen und auf die Kinder auszuweiten. Den Ärzten muss endlich die Freiheit zurückgegeben werden, wieder den therapeutisch besten Impfstoff verordnen zu können. Schließ-

Impflücke bei Kindern in Deutschland



zunehmend stumpf. Bei jeder Influenzaimpfung muss ein Vertragsarzt überlegen: Standard-, Indikations- oder Satzungsleistungspatient? Er muss Sprechstundenbedarfs- und Satzungsleistungsimpfstoff vorrätig halten, unter Umständen noch den Impfstoff für Privatpatienten und als Pädiater noch den Impfstoff für Kinder unter drei Jahren sowie den nasalen Grippeimpfstoff. Und wenn man in diesem Dickicht einen Fehler macht, dann droht ein Regress, der durch die Vergütung von 7,40 Euro pro Impfung kaum zu refinanzieren ist.

lich gilt es, die verwirrenden Regelungen beim Impfen aufzulösen. Eine bessere Vergütung für die Influenzaimpfung bei einem sehr hohen Aufklärungsaufwand wäre eine zusätzliche Maßnahme, die zu höheren Impfraten führen würde.

Wenn dies passiert, lässt sich der Kreislauf aus niedrigen Impfqoten und jährlichen Grippewellen durchbrechen. Influenza-Epidemien könnten wir dann an den Ort verbannen, wo sie hingehören: in die Geschichtsbücher.

Wohin führt die NRW-Gesundheitspolitik?

Am 14. Mai wählen 13,2 Millionen Wahlberechtigte zwischen Rhein, Ruhr und Lippe einen neuen Landtag. Vier Monate vor der Bundestagswahl entscheiden die Wähler über die politische Zukunft des bevölkerungsreichsten Bundeslandes, das seit 2010 von einer rot-grünen Koalition unter Ministerpräsidentin Hannelore Kraft (SPD) regiert wird.

KVNO aktuell beleuchtet die gesundheitspolitische Arbeit der Regierungskoalition und fragt die Parteien, die sich um die 181 Sitze im Düsseldorfer Landtag bewerben, welche Akzente sie in den kommenden fünf Jahren setzen wollen.

Gesundheitspolitische Bilanz

Die gesetzlichen Normen für die vertragsärztliche und -psychotherapeutische Versorgung beschließt fast ausnahmslos der Deutsche Bundestag, nicht der Landtag. Dennoch gestaltet die Landespolitik wesentliche Leitplanken für das Gesundheitswesen in NRW – und damit auch für die ambulante Versorgung in unserer KV-Region.

Landeskrankenhausplan: 2013 hat das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) NRW einen neuen Krankenhausplan vorgelegt. Dieser rückt stärker als bisher die Strukturqualität in den Häusern in den Mittelpunkt, zum Beispiel indem er Mindestanforderungen an Ausstattung und Personal formuliert. Zudem sieht der Plan landesweit einen Abbau von rund 10.000 Betten vor, das sind acht Prozent der Gesamtzahl.

Der Abbau soll primär in den chirurgischen Fächern und in der Geburtshilfe erfolgen, während in der Geriatrie, Neurologie und Psychiatrie/Psychosomatik sogar höhere Bettenzahlen vorgesehen sind. Für die konkrete Umsetzung dieser Rahmenplanung sind Kran-

kenkassen und Krankenhäuser aufgefordert, regionale Planungskonzepte (besonders zu Standorten und Bettenzahlen) zu verhandeln und diese schließlich den Landesbehörden zur Genehmigung vorzulegen. Dieser Prozess ist noch nicht abgeschlossen. Erste Berichte aus den Regionen deuten allerdings darauf hin, dass tiefgreifende Strukturveränderungen in der Krankenhauslandschaft auch mit dem neuen Plan nicht zu erwarten sind.

Hausarztaktionsprogramm: Das 2009 auf Landesebene eingeführte Programm wurde 2016 weiterentwickelt. Jetzt können sich deutlich mehr niederlassungswillige Hausärzte um die Landesförderung von bis zu 50.000 Euro bewerben. Förderfähig sind künftig – neben der hausärztlichen Niederlassung und Weiterbildung – auch die Qualifikation von Praxismitarbeiterinnen zur nicht ärztlichen Praxisassistentin sowie Investitionen, um eine Lehrpraxis zu etablieren (siehe Bericht auf Seite 12ff).

Gesundheitskarte für Flüchtlinge: Seit Januar 2016 können Städte und Gemeinden in NRW eine elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge einführen. Geflüchtete erhalten auf diesem Weg unmittelbar Zugang zur ambulant-ärztlichen Versorgung, ohne die bisher vom Sozialamt ausgegebenen Behandlungsscheine. Grundlage für dieses Verfahren ist eine Rahmenvereinbarung, die die Landesregierung mit den Krankenkassen in NRW abgeschlossen hat.



© Bildarchiv des Landtags Nordrhein-Westfalen | Bernd Schälte

Bis heute ist die Reaktion der Kommunen allerdings verhalten: Landesweit beteiligen sich aktuell nur 24 von insgesamt fast 400 NRW-Kommunen – darunter aber immerhin die Großstädte Bonn, Köln und Düsseldorf. Die Kommunen, die am bisherigen Verfahren festhalten, kritisieren vor allem die an die Krankenkassen abzuführenden Verwaltungskosten als zu hoch.

Landeskrebsregistergesetz: Anfang 2016 hat der Landtag entschieden, das bereits bestehende epidemiologische Krebsregister um ein klinisches Krebsregister zu erweitern. Damit setzt NRW eine bundesgesetzliche Vorgabe um. Über die Erfassung zusätzlicher Daten – etwa zu durchgeführten Therapien, aber auch zu Rezidiven – sollen künftig Aussagen über die Qualität der onkologischen Behandlung in NRW möglich sein. Eine große Herausforderung stellt hierbei die technische Umsetzung dar, besonders der Aufbau eines lückenlosen elektronischen Meldeverfahrens. Die Arbeiten am neuen Krebsregister dürften sich bis weit in die kommende Legislaturperiode hinein erstrecken – oder sogar darüber hinaus.

Novellierung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten: Vor dem Hintergrund aktueller Rechtsprechung hat der Landtag mit der Novellie-

rung des PsychKG den Einsatz von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie weiter konkretisiert. Seit Januar 2017 unterliegen die Zwangsmedikation sowie Fixierungen, die länger als 24 Stunden andauern, einem Richtervorbehalt. Kritiker bewerten diese Regelung als praxisfern. So könnten dringend erforderliche medizinische Maßnahmen unterbleiben, wenn eine entsprechende richterliche Anordnung erst mit Verzögerung erfolgt.

Landesrahmenvereinbarung Präventionsgesetz: Im Sommer 2016 haben die Träger der Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallkassen mit der Landesregierung die Basis für die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen geschaffen. Die Vereinbarung setzt den Leitgedanken des 2015 vom Bundestag verabschiedeten Präventionsgesetzes um.

Die zentrale Säule der Prävention ist danach vor allem die Gesundheitsförderung bzw. Primärprävention in den „Lebenswelten“ der Versicherten: Kitas/Schulen, Betriebe oder Pflegeeinrichtungen. Ob sich die mit der Landesrahmenvereinbarung angestrebte Dynamik im Bereich der Prävention tatsächlich entfaltet, bleibt abzuwarten, auch weil es sich bei den genannten Präventionsmaßnahmen um (freiwillige) Satzungsleistung der Krankenkassen handelt. ■ SIMONE GRIMMEISEN | JOHANNES REIMANN

Im Plenarsaal des Düsseldorfer Landtags: Die stärkste Fraktion ist die SPD mit 98 Sitzen, gefolgt von der CDU (68), den GRÜNEN (29), der FDP (22) und den Piraten (17). Drei Abgeordnete gehören keiner Fraktion an. Der Landtag umfasst 237 Mitglieder, davon 56 Überhangmandate. Am 14. Mai finden die nächsten Landtagswahlen statt.

Positionen der Parteien

Wir haben alle Parteien gebeten, die nach Umfrageergebnissen von Infratest Dimap (17. Februar 2017) im Düsseldorfer Landtag vertreten wären, uns zwei Fragen zu beantworten:



SPD | Michael Scheffler

Gesundheitspolitischer Sprecher der SPD im Landtag NRW

1. Die Sicherstellung einer starken, ortsnahen ambulanten Gesundheitsversorgung in allen Regionen Nordrhein-Westfalens bedarf der Zusammenarbeit aller am Gesundheitswesen Beteiligten. Das Zusammenwirken der Professionen und Segmente im Gesundheitswesen ist zu verbessern und im Sinne einer zielorientierten Vernetzung zu stärken. Hierzu streben wir den weiteren Abbau der Sektorengrenzen an, um die Durchlässigkeit der Versorgung zwischen den ambulanten und stationären Bereichen zu verbessern.
2. Für eine starke, wohnortnahe Gesundheitsversorgung sind unter anderem die gute landesweite Versorgung mit Ärztinnen und Ärzten sowie die Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser in NRW sicherzustellen. Außerdem ist die gesundheitliche Prävention umfassend und zielgruppengerecht auszubauen.



CDU | Peter Preuß

Gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion

1. Die CDU wird dem Ärztemangel entgegenzutreten und die Zahl der Studienplätze für Humanmedizin erhöhen, das Fach Allgemeinmedizin stärken und Anreize schaffen, sich in einem unterversorgten Gebiet niederzulassen. Ambulante und stationäre Versorgung müssen stärker vernetzt werden, um die not- und fachärztliche Versorgung sicherstellen zu können.
2. Ziel ist die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung unabhängig von Wohnort und Einkommen, bei bestmöglicher Qualität und Erreichbarkeit sowie die Erhaltung der Selbstverwaltung. Pflege muss ambulant wie stationär sicher sein und Pflegebedürftige über die Versorgung selbst entscheiden können. Die Pflegenden brauchen die Pflegekammer für mehr Selbstverwaltung und die Aufwertung des Berufs. Der Präventionsgedanke und die Gesundheitserziehung müssen gestärkt werden.



BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN | Arif Ünal

Gesundheitspolitischer Sprecher der GRÜNEN-Landtagsfraktion

1. + 2. Wir setzen uns für eine bedarfsgerechte, flächendeckende, ohne Hürden zugängliche Gesundheitsversorgung für alle Menschen ein – auch in ländlichen und sozial benachteiligten städtischen Gebieten. Zugleich müssen die Angebote auf die Bedarfe einer älterwerdenden Gesellschaft ausgerichtet und barrierefrei gestaltet werden. Wir setzen uns dafür ein, dass eine sektorenübergreifende Planung ermöglicht und innovative Versorgungsmodelle wie Ärztenetze oder multiprofessionelle Gesundheitszentren gefördert werden. Wir werden uns für Organisationsformen einsetzen, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessern, und das Förderprogramm zur Stärkung der hausärztlichen Medizin und Versorgung weiter ausbauen. Auf Bundesebene werden wir uns für eine solidarisch finanzierte Bürgerversicherung einsetzen.

1. Welche Ziele hat Ihre Partei mit Blick auf die ambulante Versorgungsebene – und sieht sie hier ggf. Bedarf für politische Reformen bzw. gesetzliche Neuregelungen?
2. Welche weiteren gesundheitspolitischen Ziele will Ihre Partei bis 2022 in NRW realisieren [bitte maximal drei Ziele nennen]?



FDP | Susanne Schneider
Gesundheitspolitische Sprecherin der FDP-Landtagsfraktion

1. Die FDP will eine wohnortnahe ambulante Patientenversorgung sichern. Um dem Ärztemangel insbesondere im ländlichen Raum zu begegnen, soll die Landesförderung für eine Niederlassung fortgesetzt werden. Wir wollen die freie Arztwahl erhalten, damit die Betreuung der Patienten vor Ort durch ihre vertrauten Ärzte gesichert bleibt. Bürokratische Termin-Servicestellen sollen wieder abgeschafft werden.
2. Die FDP will die Gesundheitsvorsorge im Kindes- und Erwachsenenalter stärken und die Impfberatung intensivieren. Darüber hinaus brauchen wir Präventionsangebote, die auf die spezifische Gesundheitssituation von Männern ausgerichtet sind. Zudem wollen wir die Erste Hilfe und Wiederbelebung durch Laien fördern und dazu eine Unterrichtung flächendeckend in allen Schulen in NRW ab der 7. Klasse einführen.



AFD | Dr. med. Martin Vincentz
Sprecher Gesundheit der AfD NRW

1. Wir wollen Selbstverwaltung und Freiberuflichkeit als ein Erfolgsrezept der guten Versorgungsstruktur in Deutschland in vollem Umfang erhalten. Das dringlichste Problem ist die demografische Schieflage. Schon heute haben viele Kollegen erhebliche Schwierigkeiten, Nachfolger zu finden. Die Entwicklung, deshalb die Selbstverwaltung bzw. Freiberuflichkeit der Ärzte einzuschränken, lehnen wir entschieden ab. Wir wollen stattdessen in enger Zusammenarbeit mit den Verwaltungsorganen der Ärzte Lösungen finden und nicht über sie hinweg entscheiden.
2. Gute medizinische Versorgung erfordert zufriedene Mediziner – Gesundheitspolitik muss für gute Arbeitsbedingungen sorgen: konsequente Reduktion der Bürokratie, zum Beispiel Abschaffung der Terminvergabestelle, zeitgemäße Beschäftigungsmodelle und Erhalt der PKV.



DIE LINKE | Kathrin Vogler
Gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion DIE LINKE im Bundestag

1. DIE LINKE will die ambulante Planung besser am realen Bedarf und an Morbidität, Demografie und Mobilität ausrichten. Die starren Grenzen zwischen ambulant und stationär wollen wir durch regionale Kooperation überwinden. Zur Sicherung der Versorgung in der Fläche setzen wir auf arztunterstützende Dienste und neue Versorgungsmodelle wie Doc-Mobile oder Gemeinschaftspraxen bzw. Filialpraxen. Wir wollen einen Landesgesundheitsplan mit verbindlich überprüfbaren Zielen aufstellen.
2. Wir wollen die Krankenhäuser auskömmlich finanzieren und aus dem Würgegriff der Privatisierung befreien. Für die Patientinnen und Patienten wollen wir unabhängige Selbsthilfe- und Beratungsstrukturen besser fördern. Und ganz wichtig sind uns kostenfreie Angebote zur Prävention und Gesundheitsvorsorge in den Lebenswelten.

Hygiene: Achtung, Stolpersteine!



KVNO-Videos finden Sie unter kvno.de

Hygiene betrifft jede Praxis. Dabei geht es natürlich nicht nur um Hände- oder Gerätedes-

infektion. Was noch alles hinter dem großen, teils komplexen Thema steckt und was es für Stolpersteine gibt, erklärt die KV Nordrhein in einem Video. Mitte 2016 startete die KV Nordrhein mit der Produktion von Videos für ihre Homepage und weitere Informationskanäle wie etwa Youtube und Facebook.

Das Hygiene-Video ist bereits der dritte Film. Im ersten Video geht es um die Vorteile online ausfüllbarer Dokumente auf der Website der KV Nordrhein. Das zweite Video zeigt die KV Nordrhein als Arbeitgeber – vor allem für dringend benötigtes IT-Fachpersonal. Geplant sind in diesem Jahr weitere Videos zu praxisrelevanten Themen wie Abrechnung und Datenschutz. ■ MED

Allergien: KVNO-Patientenveranstaltung in Köln

Bis zu 15 Grad Celsius in Köln, Sonne und die Ankündigung der Meteorologen zum ersten Pollenflug von Hasel und Erle: Pünktlich zur Infoveranstaltung „Gesundheit im Gespräch“ mit dem Titel „Allergisch – was nun?“, die am 15. Februar von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Kooperation mit der Volkshochschule Köln angeboten wurde, gab der Frühling seine erste Visitenkarte ab. Das Publikum im VHS Forum am Neumarkt berichtete bereits von ersten wetterbedingten allergischen Reaktionen. Für den Kölner Allgemeinmediziner und Allergologen Dr. med. Carl

Schönherr und seinen Kollegen Dr. med. Gregor Steffen, Hals-Nasen-Ohrenarzt, galt es nach ihren informativen und unterhaltsamen Vorträgen zur Einführung in das Thema entsprechend viele Fragen zu beantworten. Schönherr machte deutlich, dass Allergien keine Bagatellerkrankungen sind und ohne Behandlung in vielen Fällen Asthma und weitere Komplikationen drohen. Steffen ging vor allem auf die Therapieoptionen ein, wobei vor allem die Vor- und Nachteile der Immuntherapie (früher: „Hyposensibilisierung“) rege diskutiert wurden.

■ HSCH

Fortbildung zur Entlastenden Versorgungsassistentin in der Neurologie und Psychiatrie

Im September 2017 startet die Nordrheinische Akademie eine neue Spezialisierungsqualifikation für Medizinische Fachangestellte, die in neurologischen/psychiatrischen Praxen tätig sind. Vermittelt werden Kenntnisse und Fertigkeiten, die zur Übernahme delegierbarer Leistungen in der fachärztlichen Praxis notwendig sind. Die Fortbildung kann als Grundlage für die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nicht ärztlicher Praxisassistentinnen dienen.

Mehr Infos in der Mai-Ausgabe von KVNO aktuell und unter www.akno.de/EVA

Gegen Alkoholabusus bei Jugendlichen

Immer mehr Jugendliche in Deutschland werden mit Alkoholintoxikation ins Krankenhaus eingeliefert. Zwischen 2000 und 2012 stieg die Zahl nach Angaben der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren um 80 Prozent. Dieser Entwicklung soll das Projekt „Hart am Limit“ (HaLT) Cologne entgegenwirken. Um möglichst früh eingreifen zu können, setzt es auch auf die Unterstützung durch niedergelassene Ärzte.

Obwohl die Zahl der Krankenhauseinweisungen von Jugendlichen mit Alkoholvergiftung zuletzt leicht zurückging, ist sie dennoch auf einem besorgniserregend hohen Niveau. Studien zu möglichen Langzeitfolgen zeigen, dass eine Intervention unumgänglich ist, denn betroffene Jugendliche sind besonders gefährdet, im Erwachsenenalter alkoholabhängig zu werden.

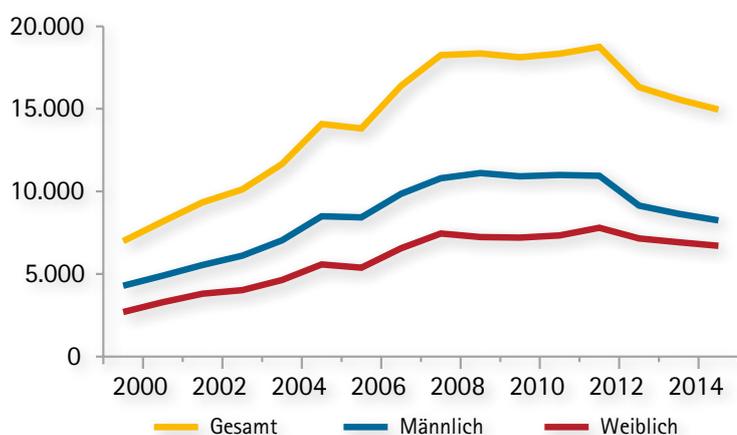
Die steigenden Fallzahlen von Jugendlichen mit Alkoholintoxikation zwangen eine Kölner Klinik zum Handeln: Sie bat die Drogenhilfe Köln um Unterstützung bei der Betreuung jugendlicher Koma-Säufer. Beschlossen wurde daraufhin, das Modellprojekt HaLT in Köln zu starten.

Jugendlichen, die mit einer Alkoholintoxikation in eine Klinik eingeliefert werden, wird eine umfassende Betreuung angeboten. Dazu gehören sowohl Einzelgespräche mit den betroffenen Jugendlichen und deren Eltern sowie Gruppengespräche, sogenannte Risikochecks. Interaktiv lernen die Jugendlichen dort, ihr Risikoverhalten besser einzuschätzen.

Für die Beratungsgespräche ist die Einwilligung von Jugendlichen und Eltern nötig. Sie können jedoch auch ohne den jeweils anderen Familienteil durchgeführt werden. Das Angebot ist für die Betroffenen kostenlos.

Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, unterstreicht die Bedeutung des Projekts. „Das Angebot von

Krankenhauseinweisungen Minderjähriger wegen akuter Alkoholintoxikation



HaLT findet bei den Jugendlichen hohen Zuspruch und ist erwiesenermaßen erfolgreich. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein unterstützt das Projekt gern.“

Durch die Hilfe niedergelassener Ärzte möchte die Drogenhilfe Köln Jugendliche erreichen, bevor sie in der Klinik landen. Sollte ein Arzt bei einem seiner Patienten Hinweise auf übermäßigen Alkoholkonsum wahrnehmen, sollte er den Jugendlichen oder die Eltern auf das Projekt aufmerksam machen. ■ STEPHANIE THEISS

HaLT Cologne betreut Jugendliche in Köln und im Rhein-Erft-Kreis. In Nordrhein ist das Projekt außerdem an den Standorten Wesel, Bottrop, Essen, Duisburg, Wuppertal, Düsseldorf, Neuss, Düren, Bonn und Euskirchen vertreten. Kontaktdaten und Informationsmaterialien erhalten Sie bei der KOSA, Telefon 0211 5970 8090, E-Mail kosa@kvno.de | KV170433



Bildnachweis: © Goodluz, shutterstock.de

Beratungsangebote

Kompetent beraten von der Niederlassung bis zur Praxisabgabe

Ärzte und Psychotherapeuten sind als niedergelassene Praxisinhaber auch Unternehmer, Investoren und Arbeitgeber. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein unterstützt ihre Mitglieder und Einsteiger in die ambulante Versorgung bei allen praxisrelevanten Themen.

Wir bieten an

- | | | | |
|---|---|---|-----------------------------|
|  | Abrechnungsberatung |  | Hygieneberatung |
|  | Betriebswirtschaftliche Beratung |  | IT-Beratung |
|  | Prüfverfahrensberatung |  | Niederlassungsberatung |
|  | Verordnungsberatung/
Medikations-Check |  | Qualitätssicherungsberatung |
| | |  | Praxislotsenkonzept |

Tipps für Heilmittel-Verordnungen

Bei Heilmittel-Verordnungen „außerhalb des Regelfalls“ und Langfristverordnungen müssen Praxen einige Besonderheiten beachten.

Kann ein langfristiger Heilmittelbedarf auch für Erkrankungen bestehen, die nicht in Anlage 2 gelistet sind?

Ja, im Einzelfall kann ein Patient wie früher bei seiner Krankenkasse einen Antrag auf Genehmigung eines langfristigen Heilmittelbedarfs stellen. Wird die Genehmigung erteilt, bitten Sie den Patienten um eine Kopie.

Wie stelle ich eine Langfristverordnung aus?

Es gibt keine Langfristverordnung. Auch bei anerkanntem langfristigem Heilmittelbedarf wird die Menge der Behandlungseinheiten in Abhängigkeit von der Behandlungsfrequenz

so gewählt, dass alle 12 Wochen eine ärztliche Untersuchung gewährleistet ist.

Verfällt eine Genehmigung langfristigen Heilmittelbedarfs bei einem Arztwechsel?

Nein, der Patient erhält die Genehmigung.

Verfällt eine Genehmigung, wenn es zu einer Therapieunterbrechung bei einem langfristigen Heilmittelbedarf kommt?

Nein. Eine Genehmigung kann für eine Dauer ab einem Jahr oder unbefristet ausgestellt werden. Eine Unterbrechung beeinflusst diese Dauer nicht.

Wo finde ich den zweiten ICD-10-Code für bestimmte besondere Verordnungsbedarfe?

In der Liste Langfristiger Heilmittelbedarf/Besonderer Verordnungsbedarf 2017, hier ist der zweite ICD-10-Code in einer Extra-Spalte aufgeführt.

Gibt es die Praxisbesonderheiten noch?

Nein, die bundesweiten Praxisbesonderheiten sind ersetzt worden durch eine Liste mit Erkrankungen mit besonderem Versorgungsbedarf (Anhang 1 zur Anlage 2), die Sie im Internet finden unter kbv.de. Die regionalen nordrheinischen Praxisbesonderheiten sind weiterhin gültig.

	„Normaler“ Bedarf	Anerkannter besonderer Verordnungsbedarf	Anerkannter langfristiger Heilmittelbedarf
Quelle	Heilmittelkatalog	Diagnoseliste (Vereinbarung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband)	Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie (Diagnoseliste) bzw. nach individuellem Antrag des Versicherten
Regelfall	Regelfall wird durchlaufen, danach Verordnung außerhalb des Regelfalls	Regelfall wird durchlaufen, danach Verordnung außerhalb des Regelfalls	Kommt nicht zum Tragen; Verordnung direkt außerhalb des Regelfalls
Genehmigungsverfahren bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles	Bei allen Kassen, die nicht auf den Genehmigungsvorbehalt verzichten, erforderlich	Bei allen Kassen, die nicht auf den Genehmigungsvorbehalt verzichten, erforderlich	Nicht erforderlich
Verordnungsmenge	Im Regelfall: laut Heilmittelkatalog; außerhalb des Regelfalls: so bemessen, dass nach 12 Wochen eine ärztliche Untersuchung erfolgt*	Im Regelfall: laut Heilmittelkatalog; außerhalb des Regelfalls: so bemessen, dass nach 12 Wochen eine ärztliche Untersuchung erfolgt*	So bemessen, dass nach 12 Wochen eine ärztliche Untersuchung erfolgt* * Anzahl in Abhängigkeit von der Behandlungsfrequenz
Angabe zweiter ICD-10-Code auf Verordnung	Nicht erforderlich	Nur bei Erkrankungen nötig, die in der Diagnoseliste mit zwei ICD-10-Codes versehen sind	Nicht erforderlich
Besondere Begründung auf Verordnung	Bei Verordnung außerhalb des Regelfalls erforderlich	Bei Verordnung außerhalb des Regelfalls erforderlich	Immer erforderlich, da direkt außerhalb des Regelfalls verordnet wird
Wirtschaftlichkeitsprüfung	Verordnungen im Regelfall und außerhalb des Regelfalls werden einbezogen.	Werden analog der ehemaligen Praxisbesonderheiten anerkannt	Werden nicht einbezogen

Neue Broschüre: Soziotherapie

Eine neue 12-seitige Broschüre aus der Reihe PraxisWissen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bietet Hinweise zur Verordnung von Soziotherapie – ein Hilfsangebot für psychisch schwer kranke Patienten. Sie werden mithilfe der Soziotherapie unterstützt, selbstständig ambulante Therapieangebote in Anspruch zu nehmen und möglichst eigenständig zu leben.

Die Broschüre stellt das Betreuungsangebot vor und zeigt, wie die Zusammenarbeit zwischen Facharzt, Soziotherapeut und Patient funktioniert. Den Schwerpunkt bildet die Verordnung: Für welche Patienten ist Soziothe-

rapie geeignet? Welche Ärzte dürfen die Leistung verordnen? Was ist bei einer Überweisung zu beachten? Diese und weitere Fragen werden in der Broschüre beantwortet und anhand von Praxisbeispielen erläutert.

Die Broschüre steht derzeit ausschließlich als PDF-Dokument zur Verfügung. Im Gemeinsamen Bundesausschuss werden noch Details zu Verordnungen durch psychologische Psychotherapeuten verhandelt. Sind die Verhandlungen abgeschlossen, wird die Broschüre aktualisiert und gedruckt. ■ MED

Mehr Infos unter kvno.de | KV 170436



Feierstunde für neue Fachwirtinnen

Ausgezeichnete Leistung – am 13. Februar nahmen 14 Fachwirtinnen ihre Zertifikate bei einer Feierstunde im Haus der Ärzteschaft entgegen. Insgesamt haben 27 Medizinische Fachangestellte die Ausbildung erfolgreich absolviert. Die Ausbildung zur „Fachwirtin für die ambulante medizinische Versorgung“ bei der Nordrheinischen Akademie dauert zwei Jahre und umfasst insgesamt 420 Stunden. „Ich danke Ihnen herzlich für Ihr Engage-

ment“, sagte Dr. med. Carsten König, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein (re. im Bild). Nur mit gut ausgebildetem Praxispersonal funktionieren die ambulante Versorgung auf höchstem Niveau. Zusammen mit Monika Rueb (unten re.), Vorsitzende des Prüfungsausschusses und Vorstandsmitglied im Verband medizinischer Fachberufe, und Dr. med. Caroline Kühnen (li.) überreichte er Blumen an die Absolventinnen. ■ NAU



Forum Kammerpraxis mit KVNO-Vorstand

Einer Einladung der Ärztekammer Nordrhein folgte der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein am 22. Februar: Auf Initiative von Rudolf Henke (li.), Präsident der Ärztekammer, und Kammer-Vizepräsident Bernd Zimmer (2. v. r.) präsentierten sich Dr. med. Frank Bergmann (2. v. l.), Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, und Dr. med. Carsten König (re.), stellvertretender Vorstandsvorsitzender, beim „18. Forum Kammerpraxis“ in Düsseldorf. Bei die-

ser Veranstaltung gingen Bergmann und König auf aktuelle Themen und ihre Agenda ein: Aus- und Weiterbildung, Fragen der Qualitätssicherung und das Werben um ärztlichen Nachwuchs. Im Wahljahr 2017 spielte natürlich auch die Politik eine Rolle. Einige waren sich Präsidenten und Vorstände in ihrer Skepsis gegenüber Eingriffen des Gesetzgebers in die ärztliche Selbstverwaltung und ihrer Ablehnung einer „Bürgerversicherung“.

■ HSCH



Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Interventionsgruppe
Kontakt Marianne Marohn
Telefon 01573 6214 158
E-Mail mariannemarohn@web.de
Ort Kreis Aachen

Thema Supervisionsgruppe
Kontakt Dr. Dieter Sawalies
Telefon 0211 3312 98
Ort Düsseldorf

Kontakt

Sabine Stromberg
Telefon 0211 5970 8149
Telefax 0211 5970 8160
E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de

Christiane Kamps
Telefon 0211 5970 8361
Telefax 0211 5970 8160
E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de

18. Nordrheinischer Praxisbörsentag

Informationen rund um Praxisabgabe und Nachfolge

Samstag, 20. Mai 2017

9 bis 15 Uhr | KV Nordrhein | Tersteegenstraße 9 | 40474 Düsseldorf



Programm

- 9.00 – 9.45 Uhr **Begrüßung – Gute Perspektiven für die Niederlassung**
Dr. Frank Bergmann | Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein
- 9.45 – 11.00 Uhr **Die eigene Praxis – Von der Niederlassung bis zur Abgabe**
Britta KleiB | Rechtsabteilung der KV Nordrhein | Andreas Bäcker | Niederlassungsberatung Düsseldorf
- 11.00 – 11.15 Uhr **Kaffeepause**
- 11.15 – 11.45 Uhr **Praxiswertermittlung – Strategien für Einsteiger und Praxisabgeber**
Thomas Karch | VPMed Steuerberatung
- 11.45 – 12.15 Uhr **Die Beratungsangebote der KV Nordrhein – Interview mit den Beratern**
Moderation: Dr. Heiko Schmitz | Leiter Bereich Presse & Medien der KV Nordrhein
- 12.15 – 12.45 Uhr **Meet and Greet – Abgeber trifft Nachfolger**
- 12.45 – 13.30 Uhr **Mittagspause**

Vorträge für Praxisabgeber | großer Sitzungssaal

Moderation: Daniela Hackel | Leiterin Sicherstellung/Qualitätssicherung Bezirksstelle Düsseldorf

- 13.30 – 14.15 Uhr **Finanzplanung vor der Praxisabgabe**
Nadine Frütel | Deutsche Apotheker- und Ärztebank
- 14.15 – 15.00 Uhr **Steuerliche Gestaltungsmöglichkeiten beim Praxisverkauf**
Susanne Bertling und Christian Champaert | Sanotax Steuerberatungsgesellschaft

Vorträge für Praxiseinsteiger | H-EG-31

Moderation: Linda Pawelski | Koordinatorin Beratungsdienste der KV Nordrhein

- 13.30 – 14.00 Uhr **Die eigene Praxis – Wege zur Finanzierung**
Dorothee Hübel | Stadtparkasse Düsseldorf
- 14.00 – 14.30 Uhr **Der Arzt als Unternehmer – BWL-Basiswissen für die Arztpraxis**
Robert Stürcke | Stürcke und Blume Steuerberatung
- 14.30 – 15.00 Uhr **Endlich meine eigene Chefin – ein Erfahrungsbericht**
Dr. Carolin Gerold | Kinderärztin | Brüggen

Einführungsseminar Datenschutz

Arztpraxen müssen den Datenschutz einhalten und umsetzen. Im Rahmen der Fortbildung „Einführung in den Datenschutz“ der Nordrheinischen Akademie für die ärztliche Fort- und Weiterbildung wird das Grundlagenwissen vermittelt. Der Kurs eignet sich sowohl für medizinische Fachangestellte, die sich in der Praxis um den Datenschutz kümmern beziehungsweise Datenschutzbeauftragte werden sollen, als auch für Praxisinhaber, die sich einen Überblick über die Aufgaben im Zusammenhang mit dem Datenschutz verschaffen möchten.

Termin 5. April 2017, 15-19 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Kosten 120 Euro
Anmeldung Nordrheinische Akademie
Tanja Kohnen
Telefax 0211 4302 2834
E-Mail akademie@aekno.de

Arzt und Patientendaten

In dieser Fortbildung des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen (IQN) geht es sowohl um den Schutz von Patientendaten als auch um den Spagat zwischen Schweigepflicht, Offenbarungsrecht und Meldepflicht bei Elterngesprächen, Kassenanfragen oder auch Strafverfahren. Diskutiert wird darüber hinaus, wieviel Dokumentation genug ist.

ZERTIFIZIERUNG | 4 Punkte

Termin 26. April 2017,
16-19.30 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Anmeldung IQN
Telefon 0211 4302 2751
Telefax 0211 4302 5751
E-Mail iqn@aekno.de

Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen

Vertragsärzte und -psychotherapeuten können bei der Stufendiagnostik zur Abklärung einer Schlafapnoe bei einer komplikationslosen CPAP-Therapie nach Ersteinstellung die Kontrollen mithilfe der Polygrafie durchführen. Dies kann ohne Zusatzbezeichnung Schlafmedizin erfolgen, wenn die Qualifikation durch Teilnahme an einem anerkannten Fortbildungskurs zur Schlafdiagnostik und -therapie von 30 Stunden Dauer nachgewiesen werden kann.

Termin 19. und 20. Mai 2017
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Kosten 530 Euro
Anmeldung Andrea Ebels
Telefon 0211 4302 2801
Telefax 0211 4302 5801
E-Mail andrea.ebels@aekno.de

Fortbildungskongress auf Norderney

Auf dem 84. Fortbildungskongress im Mai auf Norderney können sich Niedergelassene wieder umfangreich fortbilden. In diesem Rahmen findet auch eine Zertifizierungswoche für Hausärzte statt. Angeboten werden auf dem Kongress Veranstaltungen zu den Disease-Management-Programmen, fachliche Kurse sowie EDV-Seminare. Die Themen reichen von medizinischer Behandlung der Demenzerkrankung über Sonografie bis zum Notfallmanagement mit praktischen Übungen

Termin 13. bis 19. Mai 2017
Ort Haus der Insel
Am Kurtheater 2
Norderney
Kosten Kursabhängig
Anmeldung Nordrheinische Akademie
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
Telefon 0211 4302 2801/-2802
E-Mail akademie@aekno.de

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

Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten

05.04.2017	Nordrheinische Akademie: Einführungsseminar Datenschutz auf Grundlage der EU-Datenschutz-Grundverordnung, Düsseldorf
26.04.2017	IQN: Arzt und Patientendaten, Düsseldorf
28.-29.04.2017	Nordrheinische Akademie: Moderatorentaining, Grundkurs, Düsseldorf
■ 03.05.2017	KV Nordrhein: Einführungsworkshop „rational und rationell verordnen“ für neu niedergelassene Ärzte, Köln
12.05.2017	ZI „Diabetes mit Insulin“, Würselen
13.-19.05.2017	Nordrheinische Akademie: 84. Fortbildungskongress, Norderney
13.05.2017	Nordrheinische Akademie: Moderatorentaining, Aufbaukurs, Düsseldorf
19.-20.05.2017	Nordrheinische Akademie: „Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen“, Düsseldorf
■ 20.05.2017	KV Nordrhein: 18. Nordrheinischer Praxisbörsentag, Düsseldorf
31.05.2017	IQN: Indikationsqualität im Fokus – radiologische Leistungen, Düsseldorf
31.05./28.06.2017	Nordrheinische Akademie: Aufbauseminar Datenschutz auf Grundlage der neuen EU-Datenschutz-Grundverordnung, Düsseldorf
09.-10.06.2017	Nordrheinische Akademie: Moderatorentaining, Grundkurs, Düsseldorf
■ 21.06.2017	KV Nordrhein: Grundlagenseminar EBM, Düsseldorf
■ 23.06.2017	KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf
07.07.2017	Nordrheinische Akademie: Organisation des Notfallmanagements, Düsseldorf

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

■ 05.04.2017	KV Nordrhein: IGe-Leistungen, Köln
■ 07.04.2017	KV Nordrhein: Effizienzcoaching – Refresher für die leitende MFA im Alltag, Köln
■ 26.04.2017	KV Nordrhein: Workshop EBM Wiedereinsteiger (Teil 1), Düsseldorf
■ 03.05.2017	KV Nordrhein: Workshop Sprechstundenbedarf, Düsseldorf
■ 10.05.2017	KV Nordrhein: Workshop EBM Wiedereinsteiger (Teil 2), Düsseldorf
■ 19.05.2017	KV Nordrhein: Diagnosekodierung in der Praxis – Grundlagenkurs, Düsseldorf
■ 24.05.2017	KV Nordrhein: Abrechnung Hausärzte, Köln
■ 31.05.2017	KV Nordrhein: Führung II – Kommunikation: Grundlage zur Führung, Köln
■ 02.06.2017	KV Nordrhein: „Du gehst mir auf den Geist“ – Umgang mit schwierigen Menschen, Düsseldorf
■ 07.06.2017	KV Nordrhein: Pharmakotherapie, Köln
■ 28.06.2017	KV Nordrhein: IGe-Leistungen, Düsseldorf

Veranstaltungen für Patienten

■ 05.04.2017	KV Nordrhein in Zusammenarbeit mit Rheinbote/NRZ: „Depression – Eine Krankheit mit vielen Gesichtern“, Düsseldorf
--------------	---

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter kvno.de/termine

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

Frank Naundorf (verantwortlich)

Dr. Heiko Schmitz

Simone Heimann

Marscha Edmonds

Redaktionsbeirat

Dr. med. Frank Bergmann, Dr. med. Carsten König,

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: 25.000

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

Vorschau „KVNO ■ aktuell“ 5 | 2017

■ E-Health-Gesetz

Die nächsten Schritte

■ Kooperation

Was ist noch erlaubt?

■ Abrechnung

Übertragungswege im Überblick

■ Delegation

Ausbildung zur Neurologen-EVA

Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell

erscheint am 18. Mai 2017.

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

www.kvno.de



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein