

Verordnungsinfos

Vereinbarung | Arznei- und Heilmittel sowie Prüfverfahren

Schwerpunkt

Telematik | Vergütung für Konnektoren fixiert

Hintergrund

Psychotherapie | Honorare für neue Leistungen

Aktuell

Terminservice | Viel mehr Anrufe bei der Hotline

Praxisinfos

Flüchtlinge | Drei Nummern für die Eingangsuntersuchung

Plakat | Ein- und Überweisung

Richtgrößenprüfungen abgeschafft



© iStock | Ridofranz



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

Inhalt

Schwerpunkt

- 2 Telematik:
Infrastruktur
im Testbetrieb
- 6 Standpunkt:
„Wir Ärzte müssen
digital denken“

Aktuell

- 7 Heil- und Hilfsmittel:
Neuregelungen in Kraft
- 8 Wahlkampfthema
„Bürgerversicherung“
- 10 Termin-Servicestelle:
Neue Aufgaben

■ Praxisinfos

- 12 Bundeswehr zahlt
Strukturzuschlag
- 12 Masern-Einfachimpfung
für Kinder möglich
- 12 Schienenverbände
in Notfällen
- 13 EBM-Ziffern
Telemedizin

- 15 Neu geregelt: Versorgung
von Asylbewerbern
- 15 Grenzüberschreitende
Gesundheitsversorgung

■ Verordnungsinfos

- 16 Neue Vereinbarungen für
Arznei- und Heilmittel
- 18 Heilmittelverordnung nur
mit zertifizierter Software
- 19 Cannabis verordnen
- 19 Großes Interesse
an RESIST

Hintergrund

- 20 Psychotherapie:
Honorare für neue
Angebote fixiert
- 20 Neue Vergütungen
im Überblick
- 22 Fragen und Antworten

Berichte

- 24 Neuer Anlauf zur
Reform des Notdienstes
- 28 Musikerambulanz
in Düsseldorf

- 30 Depression: Krankheit
mit vielen Gesichtern

Service

- 31 Ein- und Überweisung:
Die KV Nordrhein hilft
- 32 Die neuen
Notdienst-Ziffern
- 34 KOSA erweitert
MFA-Fortbildungsreihe
- 35 Kinder-Früherkennung:
Infomaterial für Praxen

In Kürze

- 36 Firefox-Update führt
zu Problemen
- 37 Gefäßkatheter: Aktuelle
Hygiene-Empfehlungen
- 37 Qualitätszirkel
suchen Mitglieder

Veranstaltungen

- 39 Veranstaltungen | Termine

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

2004 hat der Gesetzgeber die Gründung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) ermöglicht. Damals gab es bundesweit 70 MVZ, heute sind es fast 2.200. Allein in Nordrhein gibt es 175 Versorgungszentren – für die Politik sind MVZ ein Erfolgsmodell. Auch aus Sicht der wachsenden Zahl von Kolleginnen und Kollegen, die aus unterschiedlichen Gründen bewusst eine Anstellung anstreben, bieten MVZ eine wichtige und sinnvolle Möglichkeit ärztlicher Berufsausübung.

Darüber hinaus sind in der Regel fachübergreifende MVZ geeignete Strukturen, um kooperative Formen der Patientenversorgung zu etablieren und ein breites Spektrum an ambulanten Kompetenzen und Behandlungsangeboten vorzuhalten. Die

Rahmenbedingungen zur Gründung von MVZ und zur Übernahme von Vertragsarztsitzen durch Versorgungszentren begünstigen allerdings Fehlentwicklungen, die uns Sorge bereiten: So werden in Nordrhein und auch andernorts immer mehr MVZ von Klinikträgern betrieben. Es wäre naiv, dahinter nicht auch ökonomische Motive für den Krankenhausbetrieb zu vermuten.

Noch problematischer wird es, wenn Investoren und Kapitalgesellschaften, vornehmlich aus Luxemburg oder den USA, via MVZ Arztsitze aufkaufen, um damit monopolartige Strukturen zu etablieren – im Labor, in der Dialyse, der Radiologie und der (operativen) Augenheilkunde ist diese Entwicklung bereits weit vorangeschritten. Mancherorts überneh-

men MVZ so viele Arztsitze, dass nachrückenden Kolleginnen und Kollegen der reguläre Weg in die Niederlassung durch Übernahme eines Vertragsarztsitzes verwehrt bleibt.

Diese zunehmende Schiefelage ist im Rahmen der geltenden Rechtslage kaum aufzuhalten. Die Politik muss deshalb schnell nachjustieren und den Einfluss von Investoren in der ambulanten Versorgung wirksam begrenzen. Statt überregionaler Monopole brauchen wir eine regional vielgestaltige und vitale Versorgungslandschaft, in der freiberufliche Praxen, Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ gleichberechtigt und auf Augenhöhe an der Patientenversorgung teilhaben.



Herzliche Grüße

Dr. med. Carsten König M. san.
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

Telematik-Infrastruktur im Testbetrieb

Bereits am 1. Januar 2016 ist das Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen in Kraft getreten, kurz: E-Health-Gesetz. Damit ist die digitale Revolution offiziell im Gesundheitswesen angekommen – die Auswirkungen sind bald in allen Praxen spürbar.

Das Gesetz soll dazu beitragen, den Informationsaustausch im ambulanten und stationären Sektor zu erleichtern. Außerdem sollen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) eingeführt werden. Um das zu erreichen, ist eine spezielle Telematik-Infrastruktur notwendig, sozusagen eine digitale Autobahn. Diese soll Praxen, Krankenhäuser und weitere Akteure im Gesundheitswesen verbinden, sodass sie besser, schneller und vor allem sicherer miteinander kommunizieren können.

Online-Abgleich der Daten

Die erste Anwendung, die über die Telematik-Infrastruktur (TI) verfügbar sein soll, ist das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM). Es handelt sich dabei um die Online-Prüfung und die Online-Aktualisierung der auf der eGK gespeicherten Daten der Versicherten. Die Prüfung findet über eine Online-Verbindung zwischen der Praxis und der jeweiligen Krankenkasse statt. Laut E-Health-Gesetz soll dies bereits Mitte 2018 für alle Praxen verpflichtend sein.

Damit Praxen den Abgleich durchführen können, benötigen sie eine entsprechende technische Ausstattung. Dazu gehören:

- ein zertifiziertes Zugangsgesetz, das die sichere Anbindung an die TI ermöglicht; diese Geräte werden Konnektoren genannt.
- ein Kartenterminal zum Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte, später auch des elektronischen Heilberufsausweises (HBA). Damit das Kartenterminal funktioniert, muss

eine neue Karte, eingesteckt werden, die als „Praxisausweis“ bezeichnet wird. Diese Karte ist eine Praxis- bzw. Institutionskarte. Sie identifiziert die Praxis eindeutig und authentifiziert sie für die Verbindung in der TI.

- Daneben ist ein Internetanschluss (DSL-Router) erforderlich.

TI startet mit Verspätung

Der Start des VSDM war vom Gesetzgeber ursprünglich bereits für Mitte 2016 vorgesehen worden. Die Voraussetzungen wie beispielsweise eine Finanzierungsvereinbarung oder die technischen Rahmenbedingungen lagen aber zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor.

Wie bei allen großen Projekten wird vor dem Wirkbetrieb eine Testphase vorgelagert. Dafür sind zwei Testregionen eingerichtet worden – eine davon ist die Testregion Nord-West, an der die Bundesländer Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein beteiligt sind.

Im November 2016 ist die Erprobung in der Testregion Nordwest (Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz) mit insgesamt 375 Arzt- und 125 Zahnarztpraxen gestartet. In Nordrhein beteiligen sich 105 Praxen und sechs Krankenhäuser am Test, die bis Anfang Mai alle an die Telematik-Infrastruktur angebunden werden.

Die entsprechende Ausstattung wird von Technikern in den Praxen installiert. Die Ins-

tationen dauern einschließlich der Schulungen sowie der umfangreichen Dokumentation in der Regel zwischen drei und sieben Stunden. In Einzelfällen dauert die Installation bei technischen Problemen des Praxisnetzwerks oder standortübergreifenden Praxen bis zu elf Stunden.

Die Installation beinhaltet das Auspacken aller neuen Produkte sowie eine kurze Analyse der Praxisumgebung. Danach wird das alte Kartenterminal gegen ein neues getauscht sowie die SMC-B-Karte fest verbaut. Im Anschluss findet die Konfiguration des Konnektors sowie des Praxisverwaltungssystems statt. Ab-

DIE MEILENSTEINE DES E-HEALTH-GESETZES

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



geschlossen wird die Installation durch eine Einweisung des Praxispersonals.

Die Erfahrungen zeigen: Die mit der Installation verbundene Unterbrechung des Praxisbetriebs kann stark reduziert werden, wenn die durchzuführenden Arbeiten in einem separaten Raum stattfinden können.

Erste Erfahrungen aus den Testpraxen

Um möglichst viele Erfahrungen zu sammeln, findet der Abgleich der Versichertenstammdaten während der Testphase bei jedem Patientenkontakt statt. Im Wirkbetrieb soll der Abgleich dann wie gewohnt bei jedem ersten Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal durchgeführt werden. Der Abgleich dauert dabei nur wenige Sekunden.

Falls sich die Daten des Versicherten, zum Beispiel dessen Adresse, geändert haben, findet automatisch eine Aktualisierung auf der eGK statt. Die Adressänderung kann bei Bedarf direkt in das Praxisverwaltungssystem übernommen werden.

Die ersten Rückmeldungen aus den Testpraxen zeigen, dass der Abgleich in der Regel gut funktioniert. „Bis jetzt merken wir keinen großen Unterschied“, sagt Dr. med. Sabine Waszen. Bei der Gynäkologin aus Baesweiler sind auch ein paar Patienten aufgefallen, die nicht versichert waren. „Bei uns läuft der Test insgesamt ganz gut.“

Probleme treten besonders bei abgelaufenen, gesperrten oder defekten Gesundheitskarten auf. Dies führt zu einem Mehraufwand, da die Versicherten aufgeklärt werden müssen und die Praxis eventuell Kontakt zur Krankenkasse aufnehmen muss.

„Wir haben seit Januar die neuen Geräte bei uns in der Praxis und hatten zu Beginn starke Anlaufschwierigkeiten. In den ersten Wochen hatten wir viele Telefonate mit unserem Softwareanbieter“, berichtet Dr. med. Bernd

Köneke, der als Internist in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis in Wuppertal arbeitet. „Bis das Ganze störungsfrei lief, vergingen ungefähr vier Wochen. Seitdem läuft es aber.“ Das Einlesen der Karten dauere zwar ein paar Sekunden länger, aber das störe nicht sehr. „Noch sehe ich keinen Vorteil für uns Ärzte in den Karten, da man darauf ja derzeit nichts speichern kann. Wenn das kommt, dann ist das eine gute Sache.“

Mit einigen Problemen startete der Test in der Praxis von Diplom-Psychologin Rita Nowatius: „Da der Konnektor defekt war, musste er ausgetauscht und neu programmiert werden. So hat die Installation fast einen ganzen Tag gedauert.“ Richtig rund lief die Technik in der Praxis der Düsseldorfer Psychotherapeutin danach aber auch nicht. „Auch das eGK-Lesegerät war nach wenigen Wochen defekt.“ Die Störanfälligkeit nervt die technikaffine Therapeutin: „Zweimal pro Woche muss ich die Systeme runter- und wieder rauffahren. Damit verliere ich viel Zeit.“

Zeit kostet auch die Information ihrer Patienten. „Die Krankenkassen haben ihre Versicherten gar nicht oder nicht ausreichend über die Tests aufgeklärt“, moniert Nowatius. Das werde einfach auf Ärzte und Therapeuten abgewälzt. Um Fehler und Probleme zu erkennen und im Nachhinein zu beheben, wurde der Probebetrieb eingerichtet. Dieser läuft noch bis zum 30. Juni 2017. Solange haben die Praxen, die sich am Test beteiligen, Zeit, das neue Verfahren auf Herz und Nieren zu prüfen.

Jeder Praxis stehen für die Anbindung an die TI theoretisch drei Varianten zur Verfügung:

1. Die Praxis geht als Ganzes ans Netz, ist aber durch aufwendige Sicherheitstechnik optimal geschützt.
2. Praxis-IT-System und Online-Welt sind durch eine Art technische Weiche im Konnektor voneinander separiert.
3. Das Praxis-IT-System ist physisch von der Online-Welt getrennt, da nur eines von zwei

Kartenterminals über einen Netzzugang verfügt. Um die Variante der physischen Trennung zu nutzen, ist die Installation von zwei Konnektoren und Lesegeräten erforderlich.

Alle drei Varianten werden auch im Probebetrieb getestet. Praxen, die heute bereits einen KV-SafeNet-Router in der Praxis installiert haben und über diesen Anwendungen im sicheren Netz der KVen (SNK) nutzen, können einzelne Anwendungen später über den Konnektor nutzen; zu Beginn wird dies vermutlich ausschließlich KV-Connect sein.

Für den 1. Juli 2017 ist im E-Health-Gesetz der Start des Online-Rollouts vorgesehen. Ab diesem Zeitpunkt sollen allein in Nordrhein alle 14.000 ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen an die Telematik-Infrastruktur angebunden werden.

Geld für Konnektoren

Inzwischen wurde eine weitere Hürde genommen: Es gibt eine Finanzierungsvereinbarung. Sie regelt, was Praxen für die Erstausrüstung und für die laufenden Betriebskosten ab 1. Juli erhalten. Das Thema war zwischen GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) so umstritten, dass Ende April das Schiedsamt entscheiden musste. „Unser wichtigstes Ziel war es, dass die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen nicht auf Kosten sitzen bleiben, die ihnen durch die gesetzlich vorgeschriebene Anbindung an die sektorenübergreifende Telematikinfrastruktur entstehen. Dieses Ziel haben wir erreicht“, kommentiert Dr. med. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, die Entscheidung.

Folgende Erstattungsbeträge wurden vereinbart:

- ausschließlich für die Anschaffung eines Konnektors (mit Funktion für qualifizierte elektronische Signatur): 2.620 Euro. Dieser Betrag gilt für das 3. Quartal 2017; in den drei Folgequartalen sinkt der Betrag um jeweils zehn Prozent.



© KVNO | Edmonds

- stationäres Kartenterminal: 435 Euro
- mobiles Kartenterminal: 350 Euro
- Startpauschale von einmalig 900 Euro sowie
- Beträge für den laufenden Betrieb.

Ob im Juli 2017 zugelassene Konnektoren zur Verfügung stehen, ist fraglich. Die für den Rollout nötige Zertifizierung soll nach Experten-Einschätzung im Laufe des 3. Quartals stattfinden. Und dann dürfte es noch etwas dauern, bis zertifizierte Terminals und Konnektoren zur Installation in den Praxen bereitstehen.

Jetzt liege es an der Industrie, rechtzeitig entsprechende Komponenten bereitzustellen, teilen KBV und GKV-Spitzenverband mit. Bis 1. Juli 2018 müssen die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten laut E-Health-Gesetz die Versichertendaten auf der elektronischen Gesundheitskarte online prüfen und aktualisieren.

■ CLAUDIA PINTARIC | FRANK NAUNDORF

Über die Details der Finanzierungsvereinbarung und der Beantragung der Pauschalen informieren wir in unseren Newslettern, auf der Homepage und in der nächsten Ausgabe von KVNO aktuell.

Lesegerät und Konnektor in einer Vorführinstallation. Die Anbindung der Praxen an die Telematikinfrastruktur kostet Geld, zum Beispiel für Konnektoren und Kartenterminals. Die Praxen erhalten dafür eine Entschädigung. Noch sind nicht alle Einzelheiten geklärt; die KVNO informiert, sobald die Details feststehen.

„Wir Ärzte müssen digital denken“

Dr. med. Markus Müschenich

Lebten wir in einer Zeit, in der wir das Zweizeilen-CT noch als Errungenschaft feiern, Rollokuren für Patienten mit einem Ulcus empfehlen oder Gallenblasen regelhaft durch einen großen Bauchschnitt entfernen würden, wir könnten die Telematikinfrastruktur (TI) als großen Schritt der Medizingeschichte feiern.

» *Es geht um den Führungsanspruch.* «

Im Jahr 2017 bleibt allerdings nur eine Diagnose: Die TI ist konzeptionell von vorgestern. Sie verschwendet unsere Zeit im Alltag von Praxis und Klinik. Und sie ist natürlich viel zu teuer. Vor allem aber verzögert sie auf Jahre moderne, digital unterstützte Versorgungskonzepte. Konzepte, die uns helfen, unsere Patienten besser zu betreuen.



Dr. med. Markus Müschenich (MPH) ist Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin sowie Gesundheitswissenschaftler. 2012 gründete er die Start-up-Manufaktur Flying-Health, 2013 den Bundesverband Internetmedizin, und ist seitdem dort als Vorstand tätig. Müschenich lebt in Berlin, ist verheiratet und Vater von zwei Kindern. Eine Hommage an den Arztberuf veröffentlichte er im Buch *55 Gründe, Arzt zu werden*.

Die Idee hinter der TI ist grundsätzlich gut: Die Vernetzung der Leistungserbringer, der sektorenübergreifende Zugang zu Patientendaten, die Stärkung der Versorgungsforschung, die Bereitstellung von Notfalldaten und anderes mehr. Jeder, der gute Medizin noch besser machen will, wird sich dieser Meinung anschließen können. Aber

machbar ist das schon lange. Jedes iPhone kann bereits heute mehr für die medizinische Versorgung leisten, als es die Planung in Sachen eGesundheitskarte bis ins Jahr 2020 vorsieht.

Wie kann der Gesetzgeber ein solches Desaster zulassen? Wieso hat die IT-Industrie nicht ihre Lobbyisten in Gang gesetzt und darauf hingewiesen, dass bereits seit Jahren die Kartentechnologie als zukunftslos gilt und Konnektoren ins Museum gehören? Die schmerzhafteste Frage allerdings lautet: Warum lässt sich die verfasste Ärzteschaft im Jahr 2017 zwingen, drittklassige IT-Konzepte auf den Weg zu bringen?

Stimmt etwa die Verschwörungstheorie, dass Ärzte

» *Die TI ist konzeptionell von vorgestern.* «

unter einer Digital-Phobie leiden, die so weit geht, dass sie sich noch nicht einmal über Alternativen informieren? Oder ist es der Glaube, dass Ärzte auch ohne digitale Kompetenz

weiter ihren Führungsanspruch in der Gesundheitsversorgung einfordern können?

Der Konflikt um die TI ist nur die Spitze des Eisbergs. Es geht um mehr als um teure Kartenterminals, gescheiterte Finanzierungsvereinbarungen und androhte Budgetkürzungen. Es geht um die Frage des Führungsanspruchs: Wer wird in Zukunft die Regeln bestimmen? Regeln, die von der Freiberuflichkeit bis zur Vergütung unsere ärztliche Welt bestimmen.

Wir können der Digitalisierung nicht entkommen. Jeder, der es versucht, scheitert. Die Regeln von Ökonomie und Gesellschaft werden von denen bestimmt und geändert, die die digitale Klaviatur beherrschen. Es wäre naiv anzunehmen, dass ausgerechnet die Medizin eine Ausnahme bilden wird.

Wir Ärzte müssen anfangen, die medizinische Versorgung konsequent digital zu denken. Das wird ein akuter, schmerzhafter Prozess, denn wir werden feststellen, dass vieles, auf das

wir stolz sind, von digitalen Werkzeugen besser gemacht werden kann. Die

Alternative allerdings ist, dass andere bestimmen, wohin unser Weg in die Zukunft geht. Und das ist dann ein chronischer Schmerzzustand, den sicher keiner haben will.

Neuregelungen in Kraft

Am 11. April ist das Gesetz zur Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) in Kraft getreten. Wir berichteten über den Entwurf bereits in KVNO 9+10 | 2016.

Für die Vertragsärzte sind vor allem folgende Punkte von Bedeutung:

- Das „Blankorezept“ kommt. Zunächst müssen sich Krankenkassen und Heilmittelerbringer in NRW auf die Rahmenbedingungen für die Modellvorhaben einigen. Sind diese klar, bestimmen unter anderem Physiotherapeuten auf Grundlage einer vertragsärztlich gestellten Diagnose beziehungsweise Indikation selbstständig die Auswahl, die Dauer und die Frequenz der Therapie. Wichtig: Die im Rahmen der Modellvorhaben abgerechneten Heilmittelleistungen sind nicht Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung.
- Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält den Auftrag, Produkte zur „modernen“ Wundbehandlung von klassischen Verbandmitteln abzugrenzen und ihre Erstattungsfähigkeit festzustellen. Herkömmliche Verbandmittel bleiben unverändert erstattungsfähig. Die Regelungen treten frühestens 2018 in Kraft.
- Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln müssen die Krankenkassen künftig mehr auf die Qualität der Produkte achten und ihren Versicherten mehr Wahlmöglichkeiten einräumen. Die verordnenden Ärzte und die Krankenkassen sollen die Patienten künftig besser zu den geeigneten Hilfsmitteln beraten.

Auf den letzten Metern sind weitere, für die ambulante Versorgung relevante Änderungen in das Gesetzesvorhaben aufgenommen worden:

- Bei schwerwiegenden Sehbeeinträchtigungen (mindestens 6 Dioptrien bei Myopie oder Hyperopie oder mehr als 4 Diop-

trien bei Astigmatismus) werden die Kosten für Brillengläser künftig wieder von den Krankenkassen erstattet.

- Krankenkassen können künftig bei Ärzten und Psychotherapeuten medizinische Behandlungsunterlagen anfordern, wenn Versicherte den Vorwurf eines Behandlungsfehlers erheben und die Kasse eine Einwilligungserklärung des Patienten vorlegt.

Anlässlich der anhaltenden öffentlichen Debatte rund um den Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Kassen hat der Gesetzgeber im HHVG die vertraglichen Möglichkeiten von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zur Kodierung von Behandlungsdiagnosen eingeschränkt:

- Im Gesetz wird klargestellt, dass Vereinbarungen über zusätzliche Vergütungen für Diagnosen nicht Gegenstand der Verträge nach § 140a des Sozialgesetzbuchs (SGB V) sein können. Dieses Verbot gilt analog für Hausarztverträge nach § 73b SGB V.
- Verträge, „deren Zweck darin besteht, über zusätzliche Vergütungen darauf hinzuwirken, Diagnosen zu optimieren, [...] sind unverzüglich zu beenden“.
- Verträge dürfen ferner „keine Vorschläge in elektronischer oder maschinell verwertbarer Form für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen für den Vertragspartner beinhalten“.

■ SIMONE GRIMMEISEN



© Viacheslav Iakobchuk | Fotolia

Bei schwerwiegenden Sehbeeinträchtigungen erstatten die Krankenkassen künftig wieder die Kosten für Brillengläser.

Wahlkampfthema und Wundertüte

2017 gilt einmal mehr: Nach der Wahl ist vor der Wahl. Sobald in Nordrhein-Westfalen die Wahllokale geschlossen sind, wird der Bundestagswahlkampf Fahrt aufnehmen. Gesundheitspolitisch werden die Parteien vor der Wahl am 24. September einmal mehr darüber streiten, ob eine Bürgerversicherung eingeführt werden soll oder ob das duale System aus privater und gesetzlicher Versicherung bestehen bleibt.

Seit über zehn Jahren wird hierzulande über das Thema „Bürgerversicherung“ diskutiert – alle Wahlkampfjahre wieder. Aktuell treten SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie DIE LINKE für die Einführung einer Bürgerversicherung ein. CDU und FDP lehnen das Konzept grundsätzlich ab. Doch wie sehen die jeweiligen Konzepte genau aus?

Das Ziel: ein einheitlicher Tarif

Im Detail unterscheiden sich die Bürgerversicherungskonzepte der Parteien. Gleichwohl

gibt es einen gemeinsamen Kern: Gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungsunternehmen sollen künftig einen einheitlichen Bürgerversicherungstarif anbieten. Gleichzeitig werden alle Bürger, also auch Selbstständige, Beamte und bisher privat versicherte Angestellte, verpflichtet, eine Bürgerversicherung abzuschließen. Damit wird das bisherige Nebeneinander von gesetzlicher und substitutiver privater Krankenversicherung abgeschafft – und damit auch die Koexistenz von EBM und GOÄ. Das Konzept

„Bürgerversicherung schadet der Versorgung“

KVNO-Vorstandsvorsitzender Dr. med. Frank Bergmann hat sich öffentlich klar positioniert. Er hält nichts von einer Bürgerversicherung.

Herr Dr. Bergmann, Sie haben sich wiederholt kritisch zu den rot-grünen Plänen einer Bürgerversicherung geäußert. Warum?

Bergmann: Ich glaube, dass wir mit einer Bürgerversicherung jene „Zwei-Klassen-Medizin“ bekommen, die durch eine Einführung der Bürgerversicherung abgeschafft werden soll. Die Befürworter sprechen von Gerechtigkeit und Solidarität bei der Finanzierung der Gesundheitsversorgung, doch das sind Scheinargu-

mente. Es geht nicht um die Qualität der medizinisch-therapeutischen Versorgung, sondern darum, den Staat auf unsere Kosten finanziell zu entlasten – zum Beispiel durch die Abschaffung der Beihilfe. Nebenbei bekäme die öffentliche Hand Zugriff auf die Mittel, die noch in die Rücklagen der Privaten Krankenversicherung fließen – für eine Einheitsversicherung ohne Alternative und Konkurrenz. Das eröffnet Spielräume für ein Absenken der Leistungen.

der Bürgerversicherung sieht ferner vor, dass die Beitragsbemessungsgrenze angehoben und bei der Kalkulation der Versicherungsbeiträge weitere Einnahmequellen wie Einkünfte aus Mieten, Verpachtung und Kapitalerträgen herangezogen werden. Unterschiede gibt es lediglich bei der Frage, ob einzelne Einkommensarten – etwa Mieteinnahmen – von der Beitragsbemessung ausgenommen bleiben.

Argumente und Auswirkungen

Seitdem die Idee einer Bürgerversicherung 2004 vorgestellt wurde, haben Befürworter und Kritiker des Systemwechsels immer wieder Gutachten und Studien in Stellung gebracht, um ihre Argumente wissenschaftlich zu untermauern. Dabei beantworten die Gutachter vor allem Fragen nach den (Aus-)Wirkungen der Bürgerversicherung auf die Finanzlage von Krankenkassen und öffentlichen Haushalten, auf die Versorgung der Patienten, auf die Einnahmen von Ärzten und Kliniken – und auf die Beschäftigten bei privaten Versicherungsunternehmen und Beihilfestellen. Verfassungsrechtler ringen um die Fra-

ge, welche Hürden das Grundgesetz der Einführung einer Bürgerversicherung möglicherweise entgegenstellt, insbesondere beim Umgang mit den Altersrückstellungen der PKV-Versicherten, für die verfassungsrechtlich verbriefte Eigentumsrechte geltend gemacht werden.

Ablehnung durch den Ärztetag

Die Ärzteschaft begegnete der Bürgerversicherung von Beginn an mit größter Skepsis. Der 116. Deutsche Ärztetag in Hannover hat ihr bereits 2013 eine klare Absage erteilt. Begründung: „Eine auf Vereinheitlichung angelegte Zwangsversicherung gefährdet die Therapiefreiheit des Arztes und die Wahlfreiheit der Bürger, sie verhindert den Wettbewerb um die beste Versorgung und steht der gebotenen Transparenz im Kosten- und Leistungsgeschehen entgegen ... Am Ende schafft genau die Bürgerversicherung de facto die Zweiklassen-Medizin, die sie angeblich beseitigen soll“. Dieser Haltung schließt sich KVNO-Chef Dr. med. Frank Bergmann (siehe Interview) an.

■ SIMONE GRIMMEISEN

Ein wichtiges Argument der Befürworter ist, dass Privatversicherte heute bevorzugt werden, zum Beispiel durch kürzere Wartezeiten auf einen Termin.

Das stimmt so nicht. Gesetzlich Krankenversicherte werden medizinisch nicht schlechter versorgt als Privatversicherte – im Notfall, auf der Intensivstation oder in der Psychotherapie werden GKV-Versicherte mindestens genauso gut versorgt. Zum anderen beweist die Inanspruchnahme der von uns eingerichteten Termin-Servicestelle, dass das Wartezeitenproblem nicht so groß ist, wie es oft dargestellt wird. 10.000 vermittelte Facharzttermine in einem Jahr sind bei fast 70 Millionen Behandlungsfällen in Nordrhein nicht die Welt.

Welche direkten Folgen hätte eine Bürgerversicherung?

Die Versicherten werden nichts davon haben, dass es angeblich gerechter zugeht – im Gegenteil. Ich bin überzeugt, dass das Niveau einer Basisversicherung auf Dauer niedriger sein wird als das, was wir heute kennen. Damit wird der Markt für Zusatzversicherungen wachsen für alle, die sich das leisten können. Die Privatversicherung wird als Innovationsmotor ebenso wegfallen wie als Arbeitgeber und Treiber einer beträchtlichen ökonomischen Wertschöpfung. Dazu kommt: Eine gehörige Zahl von Arztpraxen wird ohne entsprechende Einnahmen gar nicht überleben und den Betrieb einstellen müssen. Dann würden Wartezeiten tatsächlich ein Problem.

■ DR. HEIKO SCHMITZ FÜHRTE DAS GESPRÄCH



Dr. med. Frank Bergmann

Neue Aufgaben für Vermittler am Telefon

Seit dem 1. März übernimmt ein externer Dienstleister den Großteil der Telefonie für die Termin-Servicestelle in Nordrhein. Eine besondere Herausforderung stellt dabei die Vermittlung von Psychotherapie-Terminen dar, die seit dem 1. April das Aufgabenspektrum erweitert.

Wie schon beim Start der Termin-Servicestelle zur Vermittlung von Facharztterminen Anfang 2016 konnte niemand seriös abschätzen, wie hoch das Anrufaufkommen zum Start der Vermittlung von Psychotherapie-Terminen ausfallen würde. Klar war nur, dass es eine entsprechende Nachfrage geben würde angesichts der regelmäßig auch in den Medien berichteten Wartezeiten auf Termine bei Psychotherapeuten. Tatsächlich war die Nachfrage enorm: „In den ersten Tagen nach dem ersten April-Wochenende haben wir eine viel höhere Zahl von Anrufen registriert als in den Monaten zuvor“, sagt Miriam Mauss, Leiterin der Termin-Servicestelle der KV Nordrhein.

Hatte sich die durchschnittliche Anrufzahl für Facharzttermine bei 500 bis 600 pro Woche eingependelt, so verzeichnete die Servicestelle im April bis zu 730 Anrufe – pro Tag. Im gesamten März, also noch ohne Psychotherapietermine, gingen 2850 Anrufe in der Servicestelle ein – im April waren es innerhalb der ersten drei Wochen schon 7400. Fast 1000 Termine wurden in diesem Zeitraum vermittelt, davon rund 400 bei Psychotherapeuten.

Terminsuche verläuft erfolgreich

Für die Vermittlung von Erstgesprächen oder – bei Vorliegen einer Empfehlung – von Akuttherapien gelten die gleichen Regeln wie bei Facharzt-

terminen: Die Servicestelle versucht, innerhalb einer Woche einen Termin zu finden, der höchstens vier Wochen nach der Terminvermittlung stattfindet. Falls kein Termin gefunden wird, muss der Patient im stationären Bereich versorgt werden. „Das war bislang nicht nötig“, betont Mauss.

Die Zusammenarbeit mit der Firma Sanvartis, deren Mitarbeiter seit dem 1. März die Anrufe für die Servicestelle entgegennehmen, funktioniert gut. „Gewöhnungsbedürftig, auch für Mitglieder, die Termine melden, sind die Änderungen an den Abläufen“, sagt Mauss. So erhalten Patienten und Praxen keine Terminbestätigung per Brief mehr. „Die Praxen erhalten ein Fax oder eine Mail mit dem Termin, wenn sie dies wünschen. Ansonsten erfahren sie durch den Anruf der Patienten, die ihren Termin telefonisch in der Praxis bestätigen müssen, von dem über die Servicestelle vermittelten Termin.“

Die Pflege der Termin-Datenbank und komplexe Vermittlungsaufträge übernimmt nach wie vor ein Teil der KVNO-Mitarbeiterinnen, die vor dem Start der Servicestelle für den Patienteninformationsdienst (PID) tätig waren. „Wir hoffen, dass wir diese Kolleginnen in absehbarer Zeit wieder dafür einsetzen können“, sagt Mauss.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Gebuchte Termine im Monat April 2017 bisher

nach Bedarfsplanungsgruppen

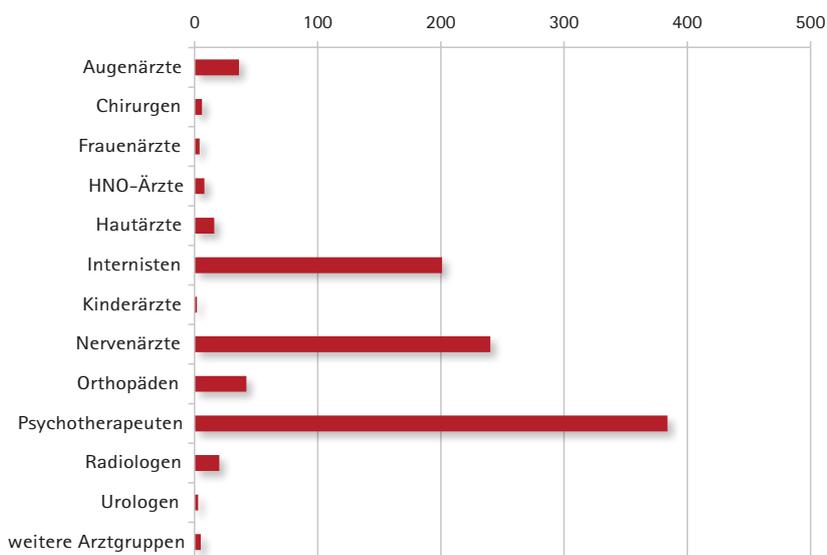




Foto: PhotoSG/fotolia.com

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

Bundeswehr zahlt Strukturzuschlag für Psychotherapie



Psychotherapeuten erhalten nun auch bei der Behandlung von Soldaten der Bundeswehr einen Strukturzuschlag.

Psychotherapeuten erhalten rückwirkend zum 1. April 2017 auch bei der Behandlung von Soldaten der Bundeswehr einen Strukturzuschlag auf Einzel- und Gruppentherapien. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und das Bundesverteidigungsministerium geeinigt.

Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung wird der Zuschlag bereits ab der ersten Einzel- oder Gruppentherapie gezahlt, allerdings nur in halber Höhe.

| GOP für den Strukturzuschlag | Strukturzuschlag auf diese GOP | Vergütung |
|------------------------------|-------------------------------------------------|-----------|
| 35251 | 35200, 35201, 35210, 35220, 35221 | 7,35 Euro |
| 35252 | 35202, 35203, 35211, 35222, 35223, 35224, 35225 | 3,05 Euro |
| 35253 | 35205, 35208, 35212 | 6 Euro |

Der Strukturzuschlag soll voll ausgelasteten Praxen ermöglichen, eine Halbtagskraft zur Praxisorganisation zu beschäftigen. Das Bundesverteidigungsministerium hat sich nun entschlossen, diesen Zuschlag auch zu zahlen, damit die psychotherapeutische Versorgung von Soldaten weiterhin im erforderlichen Umfang gewährt ist.

Masern-Einfachimpfung für Kinder möglich

Ab sofort können niedergelassene Ärzte in Nordrhein Kinder mit einem Einfachimpfstoff gegen Masern impfen. Auf die Regelung, die seit 1. April 2017 gilt, haben sich die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassen verständigt. Der Arzt muss die Eltern im Vorfeld allerdings ausführlich über die Möglichkeiten der Kombinationsimpfung Masern, Mumps, Röteln aufgeklärt haben. Die Masern-Impfung wird mit 7,40 Euro vergütet; zur Abrechnung dient die Symbolnummer 89153. Die Vergütung erhalten Praxen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als Einzelleistung.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV 170512](http://kvno.de)

Schienenverbände in Notfällen

Die Vereinbarung zur Versorgung mit Schienenverbänden in Notfällen gemäß § 128 Abs. 1 Satz 1 SGB V – Knie Ruhigstellungsschienen/ Immobilisationsschienen – bezieht sich ausschließlich auf die Anwendung im Bereich des Knies. Darauf haben sich die KV Nordrhein und die nordrheinischen Krankenkassen verständigt. Die pauschale Erstattung von 32,55 Euro nach der Symbolnummer 90980 kann daher nicht erfolgen, wenn die Schienenverbände zum Beispiel im Bereich des Ellenbogens oder bei Fußgelenkverletzungen angewendet werden.

Alle Symbolnummern im Internet

Vom ADHS-Vertrag über die Disease-Management-Programme bis zum Tonsillotomie-Vertrag – mehr als 35 Sonderverträge hat die KV Nordrhein mit den Krankenkassen im Rheinland geschlossen. Eine aktuelle Übersicht der in diesen Verträgen geltenden Symbolnummern finden Sie im Internet unter kvno.de | [KV 170512](http://kvno.de)

EBM-Ziffern Telemedizin

Die Tabelle zeigt alle Gebührenordnungspositionen (GOP) zu telemedizinischen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

| GOP | Bezeichnung Inhalt | Voraussetzungen |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13554 279 Punkte 04417 511 Punkte | <ul style="list-style-type: none"> ■ Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators und/oder ■ Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D), ■ Überprüfung des Batteriezustandes, ■ Überprüfung und Dokumentation der erhobenen Parameter und Messwerte ■ Kontrolle der Funktionsfähigkeit der Elektrode(n) ■ Mindestens eine Funktionsanalyse (GOP 13552/04418) muss innerhalb eines Jahres – möglichst in der Arztpraxis des telemedizinisch überwachenden Vertragsarztes – erfolgt sein. ■ fünfmal im Krankheitsfall abrechnungsfähig ■ unbegrenzt abrechnungsfähig, wenn beim Patienten gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wird; ICD-Code für die Erkrankung angeben | <ul style="list-style-type: none"> ■ Genehmigung |
| 01438 88 Punkte | <p>Telefonische Kontaktaufnahme mit dem Patienten im Zusammenhang mit der telemedizinischen Funktionsanalyse</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ dreimal im Krankheitsfall abrechnungsfähig ■ nur in den Behandlungsfällen abrechnungsfähig, in denen eine Leistung nach GOP 04417 oder 13554 erbracht wurde ■ im Behandlungsfall auch neben den Versicherten- und Grundpauschalen berechnungsfähig | |
| 34800 91 Punkte | <ul style="list-style-type: none"> ■ elektronische Übermittlung der Röntgen- und/oder CT-Aufnahme inklusive Erstbefund, Übermittlung der zum Telekonsil führenden Fragestellung, Einwilligung des Patienten und ■ Übermittlung der berechneten Gebührenordnungsposition(en) ■ einmal im Behandlungsfall abrechnungsfähig, zweimal nur mit besonderer Begründung ■ 40104 nicht in diesem Fall abrechnungsfähig ■ nicht abrechnungsfähig innerhalb der/des BAG/MVZ ■ nicht im Rahmen des Mammographie-Screenings abrechnungsfähig ■ abrechnungsfähig für die Übermittlung zur Befundung innerhalb einer 4-Wochen-Frist nach Erstellung der Aufnahme: GOP 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272, 34275, 34310 bis 34312, 34320 bis 34322, 34330, 34340 bis 34344, 34350 und 34351 ■ Bei Fragestellungen, die nicht in das Fachgebiet des Arztes fallen, der das Telekonsil einholt, kann ein Facharzt für Radiologie mit der Durchführung der telekonsiliarischen Befundbeurteilung beauftragt werden. ■ Bei besonders komplexen medizinischen Fragestellungen, die eine telekonsiliarische Zweitbefundung erfordern, kann ein Radiologe oder ein Vertragsarzt mit der gleichen Facharztbezeichnung für die telekonsiliarische Befundbeurteilung beauftragt werden. ■ im Quartal neben Befundbeurteilungen (34810, 34820, 34821) nicht abrechnungsfähig ■ Beauftragung mit digitalem Überweisungsschein Muster 6; Signatur mit HBA erforderlich ■ Obergrenze für GOP 34800: 3,75 Prozent aller Fälle, in denen mindestens eine Röntgen- oder CT-Aufnahme berechnet wurde, für die ein Telekonsil grundsätzlich infrage kommt, werden vergütet. | <p>Die Befundung kann im Rahmen des Telekonsils veranlasst werden, wenn für die zu befundende Leistung eine Genehmigung vorliegt.</p> <p>Technische Voraussetzungen nach Anlage 31a BMV-Ä</p> |
| 34810 110 Punkte | <p>Telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen: GOP 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34230 bis 34234, 34237, 34238, 34243 bis 34245, 34255, 34270, 34272 und 34275</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ je Konsiliarauftrag ■ 34810 im Behandlungsfall nicht neben den GOP 01600, 01601, 34800, 40104, 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig ■ Erbringung und Abrechnung maximal drei Tage nach Auftragserteilung | <p>Genehmigung für zu befundene Leistung ist erteilt</p> <p>siehe technische Voraussetzungen nach Anlage 31a BMV-Ä</p> |
| 34820 276 Punkte | <p>Telekonsiliarische Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen: GOP 34310, 34311, 34320, 34350 und 34351</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ je Konsiliarauftrag ■ 34820 im Behandlungsfall nicht neben den GOP 01600, 01601, 34800, 40104, 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig ■ Erbringung und Abrechnung maximal drei Tage nach Auftragserteilung | <p>Genehmigung für zu befundene Leistung ist erteilt</p> <p>siehe technische Voraussetzungen nach Anlage 31a BMV-Ä</p> |
| 34821 389 Punkte | <p>Telekonsiliarische Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen nach den GOP 34312, 34321, 34322, 34330, 34340 bis 34344</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ je Konsiliarauftrag ■ 34821 im Behandlungsfall nicht neben den GOP 01600, 01601, 34800, 40104, 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig ■ Erbringung und Abrechnung maximal drei Tage nach Auftragserteilung | <p>Genehmigung für zu befundene Leistung ist erteilt</p> <p>siehe technische Voraussetzungen nach Anlage 31a BMV-Ä</p> |

++ bitte abtrennen

| GOP | Bezeichnung Inhalt | Voraussetzungen |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01439 88 Punkte | <p>Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde</p> <p>Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde bei Kontaktaufnahme durch den Patienten zur Verlaufskontrolle (Folgebeurteilung) bei einem der nachfolgenden Anlässe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ visuelle postoperative Verlaufskontrolle einer Operationswunde ■ visuelle Verlaufskontrolle akuter, chronischer und/oder offener Wunde(n) ■ visuelle Verlaufskontrolle einer/von Dermato(n)se, auch nach strahlentherapeutischer Behandlung ■ visuelle Beurteilung von Bewegungseinschränkungen/-störungen des Stütz- und Bewegungsapparates, auch nervaler Genese, als Verlaufskontrolle ■ Beurteilung der Stimme und/oder des Sprechens und/oder der Sprache als Verlaufskontrolle ■ anästhesiologische, postoperative Verlaufskontrolle <ul style="list-style-type: none"> ■ einmal im Quartal berechnungsfähig, wenn 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 im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt ist ■ mit Versicherten-, Grund- und/oder Konsiliarpauschalen im Arztfall nicht abrechnungsfähig ■ abrechnungsfähig für die Fachgruppen Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte, Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen, Neurologen, Nervenärzte und Neurochirurgen, Orthopäden, Gynäkologen, Dermatologen, Fachärzte für Innere Medizin, Psychiater, Urologen, Phoniater und Pädaudiologen, Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin ■ nicht im Notdienst abrechnungsfähig ■ nicht neben anderen Leistungen – außer 01450 – abrechnungsfähig ■ für GOP 02310, 07310, 07311, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18330, 18340 kann ein Kontakt per Videosprechstunde erfolgen. | <p>schriftliche Einwilligung des Patienten zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung erforderlich</p> <p>Anlage 31b BMV-Ä: <i>kbv.de</i></p> |
| 01450 4,21 Euro extra- budgetär | <p>Zuschlag im Zusammenhang mit den Versichertenpauschalen nach den GOP 03000 und 04000, zu den Grundpauschalen der Kapitel 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 18, 20, 21, 26 und 27, zu den Konsiliarpauschalen des Kapitels 25 und zu den GOP 01439 und 30700</p> <p>01450 ist berechnungsfähig, wenn die Verlaufskontrolle in der Videosprechstunde im Rahmen einer Folgebegutachtung durch dieselbe Arztpraxis durchgeführt wird, in der die Erstbegutachtung im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ je Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde abrechnungsfähig ■ Höchstwert ca. 200,- Euro je abrechnendem Arzt im Quartal | <p>schriftliche Einwilligung des Patienten zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung erforderlich</p> <p>Anlage 31b BMV-Ä: <i>kbv.de</i></p> |
| 86900 28 Cent | <p>Versenden eines elektronischen Arztbriefes (e-Arztbrief) je Empfänger-Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Kostenpauschalen GOP 40120 bis 40126 für denselben Brief an denselben Adressaten nicht abrechnungsfähig; die Versendung an einen anderen Empfänger, der nicht an der Richtlinie teilnimmt, wird mit den Nummern 86902 bis 86905 abgerechnet. ■ Obergrenzen für Berechnung festgelegt: <ul style="list-style-type: none"> ■ Fachärzte für Strahlentherapie: Anzahl der Behandlungsfälle im Quartal multipliziert mit dem Faktor 3 ■ Labormediziner, Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie, Kardiologie, Nephrologie sowie schwerpunktübergreifend, Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin: Anzahl der Behandlungsfälle im Quartal multipliziert mit dem Faktor 2 ■ Für alle anderen Fachgruppen: Anzahl der Behandlungsfälle im Quartal multipliziert mit dem Faktor 1 ■ Signatur des e-Arztbriefes mit HBA erforderlich | <p>Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung</p> <p><i>kv-telematik.de</i></p> |
| 86901 27 Cent | <p>Empfangen eines elektronischen Arztbriefes (e-Arztbrief)</p> | <p>Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung</p> <p><i>kv-telematik.de</i></p> |
| 86902 bis 86905 Bewertung entspricht den GOP 40120, 40122, 40124, 40126 | <p>Versendung eines Arztbriefes auf herkömmlichen Weg an einen anderen Empfänger, der keine elektronischen Arztbriefe empfängt</p> | |
| | <p>Digitale Vordrucke:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Muster 6 für die Beauftragung eines radiologischen Telekonsils: Unterschrift mit HBA erforderlich; Anlage 31a BMV-Ä und Vordruckvereinbarung Anlage 2b – digitale Vordrucke – beachten ■ ab 1. Juli 2017: Muster 10/10A für Aufträge zur Durchführung von Laboruntersuchungen oder Anforderung von Laboruntersuchungen in der Laborgemeinschaft | <p>Unterschrift mit HBA erforderlich</p> |

Neu geregelt: Versorgung von Asylbewerbern

Bei der ärztlichen Versorgung von Asylbewerbern in Einrichtungen des Landes Nordrhein-Westfalen gibt es Änderungen. Der im Oktober 2015 geschlossene Vertrag wird zum 1. April 2017 modifiziert. Die wesentlichen Neuerungen:

- Bisher wurden die ärztlichen Leistungen ausschließlich über die Bezirksregierung Arnsberg abgerechnet. Ab dem 2. Quartal 2017 rechnen Praxen ihre Leistungen gegenüber der örtlich zuständigen Bezirksregierung ab, in deren Bereich sich die Einrichtung befindet. Für Nordrhein sind dies die Bezirksregierung Düsseldorf (Vertragskassennummer (VKNR): 24901) und die Bezirksregierung Köln (VKNR 27901).
- Für die Eingangsuntersuchung gibt es drei Symbolnummern (SNR) und Vergütungen. Die Differenzierung der Vergütungspauschalen war nötig, weil die Asylbewerber oft schnell die Einrichtungen wechseln, ohne dass der Tuberkulintest zum Beispiel bei Kindern unter sechs Jahren durchgeführt werden konnte. Dies führte bei der Abrechnung der Eingangsuntersuchungen zu Schwierigkeiten.

| SNR | Leistung | Vergütung |
|--------|-------------------------------------------|-----------|
| 92501 | Eingangsuntersuchung inkl. Tuberkulintest | 25 Euro |
| 92501A | Eingangsuntersuchung ohne TBC-Ausschluss | 20 Euro |
| 92501B | TBC-Ausschluss | 10 Euro |

- Kann ein Asylbewerber keinen Krankenbehandlungsschein vorlegen, können Ärzte nach 20 Tagen die Leistungen gegenüber der Bezirksregierung privat liquidieren. Vorher muss der Krankenbehandlungsschein einmal erfolglos angefordert worden sein.
- Der Sprechstundenbedarf wird auf einem Muster 16 verordnet und mit „9“ gekennzeichnet. Kostenträger ist die jeweilige Bezirksregierung.

- Für die Verordnungen von Arzneimitteln sowie den Sprechstundenbedarf gelten dieselben gesetzlichen Vorschriften, die auch für die ärztliche Versorgung der GKV-Versicherten gelten. Dies bedeutet, dass grundsätzlich nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht verordnet werden dürfen.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 170515](#)

Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung gekündigt

Der Verband der Ersatzkassen hat das Modellprojekt „Zorg op Maat“ (ZOM) im Rahmen der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in der Euregio Rhein-Waal und euregio rheinmaas-nord zum 30. Juni 2017 gekündigt. An dem Projekt, das seit Januar 2000 praktiziert wird, nehmen auch die Ersatzkassen teil.

Die Behandlung niederländischer Patienten erfolgt ab dem 1. Juli 2017 über die Europäische Krankenversicherungskarte. Darüber hinaus ist es auch möglich, über die Formulare E 112 ärztliche Behandlungen abzurechnen, sofern eine Genehmigung der ausländischen Krankenversicherung vorliegt.

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

Neue Vereinbarungen für Arznei- und Heilmittel

Die Vereinbarungen zur Verordnung von Arznei- und Heilmitteln und Prüfverfahren in Nordrhein für das Jahr 2017 stehen. Sie gelten rückwirkend ab dem 1. Januar 2017. Die gesetzlichen Krankenkassen im Rheinland und die KV Nordrhein haben unter anderem beschlossen, die Richtgrößenprüfungen zu beenden. Die Gefahr von Regressen bleibt weiterhin gering.

„Die Verhandlungen mit unseren Vertragspartnern waren langwierig, aber konstruktiv und letztlich erfolgreich. Für uns war entscheidend, an wesentlichen Punkten eine Reihe von Verbesserungen für unsere niedergelassenen Mitglieder zu erreichen“, sagt Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Eines der wichtigsten Ergebnisse sei die Ablösung der bisherigen Richtgrößenprüfungen durch kalenderjährliche Prüfungen auf Basis von Durchschnittswerten. Letztere orientieren sich an den tatsächlichen Verordnungskosten der jeweiligen Fachgruppen.

Wesentlich sei zudem die Ablösung der bisherigen vier DDD-Quoten für Allgemeinmediziner und hausärztliche Internisten durch den Medikationskatalog der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). „Dies ist ein weiterer Schritt zur inhaltlichen Steuerung der Arzneimittelverordnungen“, so Bergmann. Die Ärzte sollten Diagnose und Therapie beziehungsweise Auswahl der passenden Wirkstoffe verantworten, aber nicht die Preise für Arzneimittel. Die Generika-Me-too- und Blutzuckerteststreifen-Quote bleiben erhalten. Das vereinbarte Finanzvolumen für Arzneimittelverordnungen liegt 2017 bei gut 3,9 Milliarden Euro.

Weniger Prüfungen

Die Zahl der Prüfungen dürfte weiterhin niedrig bleiben, denn diese finden erst bei einer Überschreitung von mehr als 50 Prozent statt. Bisher starteten Prüfungen bei Überschreitungen der Richtgrößen von 25 Prozent. Eine Praxis kommt demnach künftig erst in die

Wirtschaftlichkeitsprüfung, wenn die Verordnungskosten innerhalb eines Kalenderjahres mehr als 50 Prozent über dem Durchschnitt der Fachgruppe liegen.

Ehe die Praxis von der Prüfungsstelle angeschrieben wird, überprüft diese, ob die Praxis alle für die Fachgruppe vereinbarten Quoten eingehalten hat. Ist dies der Fall, hat die Praxis keine Sanktion zu fürchten. Außerdem rechnet die Prüfungsstelle die Kosten der vereinbarten Praxisbesonderheiten aus dem Ausgabenvolumen heraus.

Nach wie vor gilt das Prinzip: Beratung vor Regress. Das bedeutet, dass bei einer Überschreitung von mehr als 50 Prozent zunächst beraten wird – und Regresse erst für den Verordnungszeitraum nach der Beratung gelten können. Diese Regel gilt jedoch nicht für die Verordnung unzulässiger Arznei- und Heilmittel und Sprechstundenbedarf: Hier kommt es unmittelbar zu Regressen.

Praxisbesonderheiten neu strukturiert

Im Rahmen der Arzneimittelvereinbarung sind die Praxisbesonderheiten neu strukturiert worden. Praxisbesonderheiten werden künftig in voller Höhe anerkannt. Mit einer Ausnahme: Bei Insulinen und Blutzuckerteststreifen zählt weiterhin nur als Praxisbesonderheit, was über dem Durchschnitt der Fachgruppe liegt.

Gestrichen wurden 14 Praxisbesonderheiten, darunter Mittel zur Behandlung der Schizophrenie, Antiparkinsonmittel, Glaukomtherapeutika, Opioide, Hyposensibilisierungsmittel oder Bisphosphonate. Grund: Entweder stehen ausreichend generische Wirkstoffe zur Verfügung, oder die Verordnungen stellen keine Besonderheit dar, weil die meisten Praxen der Fachgruppe die Mittel verordnen.

Bei den Allgemeinmedizinerinnen und hausärztlichen Internisten löst der KBV-Medikationska-

ABLAUF PRÜFUNG NACH DURCHSCHNITTSWERTEN NORDRHEIN 2017

Verordnungskosten Praxis werden mit Fachgruppendurchschnitt verglichen:
Durchschnittswerte (DW) je Altersgruppe x Fallzahlen

Übersicht in neuer Quartalsbilanz

Kalenderjährliche Prüfung nach DW innerhalb zwei Jahre

Praxis überschreitet Durchschnitt

>50%

<50%

PRÜFUNG BEENDET

Alle Quoten erfüllt?

nein

ja

PRÜFUNG BEENDET

Automatische Anerkennung Praxisbesonderheiten

>50%

<50%

PRÜFUNG BEENDET



Praxis wird von Prüfungsstelle angeschrieben
Aufforderung zur Stellungnahme

Stellungnahme | weitere Praxisbesonderheiten nach
Art und Menge nennen

Anerkennung der weiteren Praxisbesonderheit durch
die Prüfungsstelle

>50%

<50%

PRÜFUNG BEENDET

Schriftlicher Widerspruch

Verhandlung vor dem Beschwerdeausschuss

>50%

<50%

PRÜFUNG BEENDET

Regress | Beratung vor Regress bei erstmaliger Überschreitung

Klage vor Sozialgericht



Die Verordnungskosten für Logopädie sind in Nordrhein überdurchschnittlich hoch. Den Ursachen wollen KV Nordrhein und Krankenkassen nun auf den Grund gehen.

talog die bisherigen vier DDD-Quoten ab (wir berichteten). Der Medikationskatalog enthält 22 Indikationen und teilt darin die zugelassenen Wirkstoffe in Standard-, Reserve- und nachrangig zu verordnende Wirkstoffe ein. Ziel ist, dass Praxen zu 73 Prozent Standardwirkstoffe verordnen. Der Medikationskatalog gilt über alle Indikationen als eine Quote neben der Generika-, Me-too- und Blutzucker-teststreifen-Quote.

Heilmittel: Logopädie im Visier

Bei den Heilmitteln einigten sich die KV Nordrhein und die Krankenkassen auf eine erhebliche, dem tatsächlichen Bedarf entsprechende

Erhöhung der dafür in Nordrhein zur Verfügung stehenden Mittel. Im Topf sind 2017 insgesamt 688 Millionen Euro, das sind 95 Millionen Euro mehr als 2016 zur Verfügung standen.

Neben den bundesweit vereinbarten Erkrankungen mit besonderem Verordnungsbedarf und chronischen Erkrankungen mit langfristigem Heilmittelbedarf gelten weiterhin die nordrheinspezifischen Praxisbesonderheiten. Diese Besonderheiten müssen Praxen ebenfalls durch die entsprechenden ICD-10-Codes in Verbindung mit dem Code Z98.8 (Hinweis für den Zustand nach chirurgisch-orthopädischem Eingriff) kennzeichnen. Neu ist, dass es für die Verordnung von Heilmitteln im Rahmen der nordrheinischen Besonderheiten Obergrenzen (nach Einheiten oder Dauer) gibt.

Den in Nordrhein überdurchschnittlich hohen Verordnungskosten für Logopädie wollen die KV Nordrhein und die Krankenkassen auf den Grund gehen. Gesucht werden Instrumente, um die Verordnungen in diesem Bereich stärker zu steuern.

■ DR. HOLGER NEYE

Weitere Informationen unter kvno.de im Bereich > Praxis > Verordnungen | [KV | 170518](#)

Heilmittelverordnung nur mit zertifizierter Software

Für die elektronische Verordnung von Heilmitteln über Praxisverwaltungssysteme (PVS) dürfen Praxen seit 1. April 2017 nur noch zertifizierte Software verwenden. Die Regelung wurde im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz festgelegt und gilt bereits seit 1. Januar 2017.

Da jedoch die Zertifizierung bei einigen Herstellern noch nicht abgeschlossen war, hatten sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband auf eine Übergangsregelung verständigt. Diese galt für das erste Quartal 2017 und endete am 31. März 2017. Dass sie in ihrer Praxis eine zertifizierte Software zur Heilmittel-

verordnung verwendet haben, müssen Ärzte bei der Sammelerklärung zu ihrer Quartalsabrechnung bestätigen. Diese Pflicht gilt erstmals für die Abrechnung des zweiten Quartals 2017.

Ob ein Softwareprodukt für die Heilmittelverordnung zertifiziert ist, können Vertragsärzte über die Zulassungslisten für die verschiedenen PVS erfahren. Diese Listen werden von der KBV geführt und online bereitgestellt. Zur Zertifizierung der Heilmittelverordnungssoftware hat die KBV darüber hinaus eine Praxisinformation erstellt.

■ NAU

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 170518](#)

Newsletter informiert über Cannabis-Verordnungen

Gesetzlich versicherte Patienten können Cannabis seit Anfang März 2017 bei bestimmten Indikationen auf Rezept erhalten (wir berichteten). Ausführliche Informationen zu diesem Thema erhalten Sie auch im April-Newsletter *VerordnungsInfo Nordrhein (VIN)*.

Darin geht es zum Beispiel um die Frage, wer Cannabisblüten und -zubereitungen verordnen darf, wie verordnet werden soll und was Patienten bei der Einnahme ärztlich verordneter Cannabis-Produkte wissen müssen.

Den Newsletter *VIN* können Sie im Internet herunterladen unter kvno.de | **KV | 170519**

■ HEI

Großes Interesse an RESIST

Das Projekt „Resistenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei akuten Atemwegsinfektionen (RESIST)“ ist das erste von drei Projekten in Nordrhein, die aus dem Innovationsfonds gefördert werden. Aus dem Bereich der KV Nordrhein können bis zu 494 Ärzte an diesem Projekt teilnehmen, sofern sie Haus-, Kinder-, HNO-Ärzte oder hausärztliche Internisten sind.

Die potenziellen Teilnehmer-Praxen wurden in der ersten Aprilwoche angeschrieben und über das Projekt informiert. „Das Interesse und die Rückmeldungen waren überwältigend“, sagt Projektleiter Dr. Holger Neye erfreut. Bis kurz nach Ostern haben sich bereits über 600 interessierte Ärzte gemeldet, sodass weitere Interessenten zunächst auf eine Warteliste genommen werden. Die Einschreibungsphase läuft noch bis zum 30. Juni 2017. Nach erfolgreicher Registrierung durchlaufen die teilnehmenden Ärzte eine Online-Schulung zum Einsatz von Antibiotika im Fortbildungsportal der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die das Projekt auf Bundesebene zusammen mit dem Verband der Ersatzkassen betreut.

Die Ärzte kritisierten die Bindung an das KBV-Fortbildungsportal zunächst, da Praxen im KV-SafeNet angeschlossen sein müssen, um diese Online-Fortbildung absolvieren zu können. Aufgrund des kurzen Zeitraums zwischen Zuschlagserteilung aus dem Innovationsfonds Ende letzten Jahres und dem Start des Projektes zum 1. April hat die KBV den Zugriff auf bestehende Strukturen aber zur Bedingung gemacht, damit die Vorbereitungen zum Projektstart rechtzeitig abgeschlossen werden konnten.

Von Juli 2017 bis Juni 2019 sollen Ärzte und Patienten dann gemeinsam bei Infektionen der oberen Atemwege über den Einsatz von Antibiotika entscheiden. Patienten müssen sich nicht einschreiben. Sie werden anhand einer zusätzlichen Abrechnungsziffer identifiziert, sodass eine anonyme Analyse der Antibiotikaverordnungen möglich ist.

Die Evaluation wird vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) in Zusammenarbeit mit der Uni Rostock durchgeführt.

■ HON

Mehr Infos zum Projekt unter kvno.de | **KV | 170519**

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

Honorare für neue Angebote fixiert

Die neue Psychotherapie-Richtlinie hat die ambulante psychotherapeutische Versorgung erweitert. Angebote wie die psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung sollen für einen besseren Zugang für Patienten sorgen (wir berichteten). Doch die Vergütung der neuen Leistungen fällt niedriger aus als für die Richtlinienpsychotherapie – die Kassenärztliche Bundesvereinigung zieht gegen den Beschluss des Bewertungsausschusses vor Gericht.

Das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg soll entscheiden, ob die Höhe der Vergütung rechters ist. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) moniert, dass die psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung mit 42,75 Euro bei einer Dauer von mindestens 25 Minuten honoriert wird, bei 50 Minuten sind es 85,50 Euro. Das ist etwas weniger, als es für Einzel- und Gruppenthera-

pien bislang gab. Niedriger ist auch der Strukturzuschlag für Personalausgaben, die Therapeuten ab einer bestimmten Leistungsmenge zu jeder abgerechneten Sprechstunde oder Akutbehandlung erhalten.

KBV klagt gegen Beschluss

„Die Krankenkassen haben die Interessen ihrer eigenen Versicherten torpediert“, kommentiert

Neue Vergütungen im Überblick

Seit 1. April 2017

- Psychotherapeutische Sprechstunde:
Gebührenordnungsposition (GOP) 35151 |
Bewertung 406 Punkte | 42,75 Euro
- Psychotherapeutische Akutbehandlung:
GOP 35152 | Bewertung 406 Punkte |
42,75 Euro
- Strukturzuschläge zur Sprechstunde und
Akutbehandlung:
GOP 35254 | Bewertung 69 Punkte | 7,27
Euro | wird von der KV zugesetzt, sobald die
Oberpunktzahlgrenze erreicht ist | Punkte
der Sprechstunde und Akutbehandlung wer-
den mitgezählt.
- Gruppentherapien:
Gebührenordnungspositionen für Gruppen-
therapien mit weniger als sechs Teilneh-
mern können auch bei Erwachsenen ange-
setzt werden. Ein neues Vergütungssystem
für Gruppentherapien, das auch eine hö-
here Honorierung vorsieht, soll zum 1. Juli
2017 eingeführt werden.
- Probatorische Sitzungen:
Anpassung der Abrechnungsbestimmung,
wonach die Leistung bei Erwachsenen ma-
ximal viermal, bei Kindern- und Jugendli-
chen maximal sechsmal abgerechnet wer-
den darf;
- Übergangsregelungen:
Für Therapien, die vor dem 1. April bean-
tragt oder schon begonnen wurden, gibt es
Übergangsregelungen für die Abrechnung.

Dr. med. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, die Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses. Die Krankenkassen setzten mit der Stimme des neutralen Schlichters Prof. Jürgen Wasem eine niedrigere Honorierung der neuen Psychotherapieleistungen im Vergleich zu den bestehenden Richtlinienleistungen durch. Die KBV hatte für die psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung eine höhere Vergütung gefordert.

„Die psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung einzurichten, bringt einen deutlichen organisatorischen und inhaltlichen Mehraufwand mit sich“, sagt Diplom-Psychologe Martin Zange, Vorsitzender des beratenden Fachausschusses Psychotherapie der KV Nordrhein. „Nun sollen diese zusätzlichen Leistungen für geringere Honorare erbracht werden. Dadurch verschärft sich die Schiefelage bei den Honoraren der Psychothe-

rapeuten“, kritisiert der Krefelder Verhaltenstherapeut. Er begrüßt die Klage der KBV – und hofft, dass das Bundesgesundheitsministerium den Beschluss des Bewertungsausschusses beanstandet.

„Bleibt der Beschluss, wie er ist, wäre erneut eine Chance vertan, die psychotherapeutische Vergütung und Versorgung zu verbessern“, sagt Dr. med. Gabriele Friedrich-Meyer, Mitglied der Vertreterversammlung der KVNO. „Trotz der anhaltenden Zunahme psychischer Erkrankungen sind die Krankenkassen nicht dazu bereit, für die Versorgung ihrer psychisch kranken Versicherten einen ausreichenden finanziellen Rahmen zur Verfügung zu stellen“, moniert die ärztliche Psychotherapeutin aus Bonn.

Gruppentherapien besser honoriert

Es gibt in dem Beschluss allerdings auch einen positiven Punkt: Psychotherapeuten erhalten für Gruppentherapien ab 1. Juli 2017 ein

Ab 1. Juli 2017

- **Gruppentherapien:**
Um Gruppentherapien besser abzubilden, gibt es eine andere Vergütungssystematik und neue Gebührenordnungspositionen (GOP). Außerdem wird die Höhe der Vergütung angehoben.
- **Kurzzeittherapien:**
Für Kurzzeittherapien (als Einzeltherapie) gibt es zwei GOP je Verfahren: eine für die Kurzzeittherapie 1 und eine für die Kurzzeittherapie 2. Beide Therapieeinheiten umfassen jeweils bis zu zwölf Sitzungen.
- **Neue EBM-Struktur:**
Für die neuen GOP wird im EBM-Kapitel 35 Platz benötigt. Um alle Leistungen übersichtlich und systematisch abbilden zu kön-



nen, wird der Abschnitt 35.2 neu strukturiert. Infolgedessen erhalten auch die Einzeltherapien und die Strukturzuschläge, die die Kassenärztlichen Vereinigungen zusetzen, neue GOP.

Eine Übersicht über die Vergütungen mit detaillierten Hinweisen zur Abrechnung unter kbv.de | [KV | 170521](http://kv170521.de)

Die Referenten der jüngsten Infoveranstaltung: Am 28. April sprachen Britta KleiB (Rechtsabteilung der KV Nordrhein) und Dipl.-Psych. Andreas Pichler (Vizepräsident der Psychotherapeutenkammer NRW) im Haus der Ärzteschaft über die neue Richtlinie.

deutlich höheres Honorar. Es steigt im Durchschnitt um etwa 20 Prozent. Die größten Zuwächse verzeichnen sechs- und siebenköpfige Gruppen, die künftig mit rund 66 Euro beziehungsweise rund 60 Euro pro Teilnehmer bei einer 100-minütigen Therapiesitzung vergütet werden. Bisher erhielten Therapeuten dafür pro Teilnehmer rund 44 Euro.

Neu ist auch, dass es ab 1. Juli für jede Gruppengröße eine eigene Gebührenordnungsposition (GOP) geben wird. Bei drei Verfahren und der Unterscheidung zwischen Kurz- und

Langzeittherapien enthält der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) künftig 42 neue GOP, und zwar für jedes der drei Therapieverfahren jeweils sieben GOP für die Kurzzeit- und sieben GOP für die Langzeittherapie.

In allen Richtlinienverfahren lässt die Richtlinie künftig Therapien mit drei bis neun Teilnehmern zu – unabhängig vom Alter der Patienten. Die Abrechnung von Gruppentherapien mit nur zwei Teilnehmern, die vor Einführung der neuen Psychotherapie-Richtlinie am 1. April 2017 beantragt wurden und derzeit

Psychotherapie-Richtlinie: Fragen und Antworten

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung wurde neu strukturiert. Am 1. April ist die neue Psychotherapie-Richtlinie in Kraft getreten (wir berichteten). Die neuen Regelungen haben viele Fragen aufgeworfen. Die häufigsten haben wir mit der entsprechenden Antwort für Sie zusammengestellt.

Darf das alte Kontingent von fünf bzw. acht Sitzungen nach dem 1. April 2017 noch ausgeschöpft werden, wenn bereits vorher vier probatorische Sitzungen durchgeführt wurden?

Ja. Probatoriken, die vor dem 1. April 2017 begonnen wurden, können weiterhin nach den alten Regelungen durchgeführt werden: bis zu fünf Mal für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und für Verhaltenstherapie, bis zu acht Mal für analytische Psychotherapie. Um sichtbar zu machen, dass es sich um eine Probatorik nach der alten Psychotherapie-Richtlinie handelt, kennzeichnen Sie bitte die Sitzungen in der Abrechnung mit einem „L“ bzw. bei der Einbeziehung von Bezugspersonen mit „S“.

Darf ich nach dem 1. April 2017 nur noch 24 Sitzungen Kurzzeittherapien durchführen? Wie verhält es sich mit Kurzzeittherapien, die vorher starteten, zum Beispiel mit einem Antrag auf Befreiung vom Gutachterverfahren?

Bei der Kurzzeittherapie können Sie bis zu 25 Sitzungen abrechnen, wenn ein solches Therapiekontingent vor dem 1. April beantragt wurde. Diese Regelung gilt für Einzel- und Gruppentherapien. Um sichtbar zu machen, dass es sich um eine Therapie nach der alten Psychotherapie-Richtlinie handelt, kennzeichnet der Therapeut die 25. Sitzung in der Abrechnung mit einem „L“ bzw. bei der Einbeziehung von Bezugspersonen mit „S“. Gruppentherapien im Rahmen einer Verhaltenstherapie können Sie mit zwei Teilnehmern durchführen, wenn die Leistung vor April 2017 beantragt wurde.

Darf ich die GOP 23220 nach Ausschöpfung des Kontingents für die Akutbehandlung bis zur Genehmigung einer Richtlinienpsychotherapie als Krisenintervention zur Überbrückung abrechnen?

Ja, die GOP 23220 können Sie im Rahmen einer Krisenintervention bis zur Genehmigung der Richtlinienpsychotherapie je vollendete

als kleine Gruppe abgerechnet werden, erfolgt ab Juli 2017 mit sechs bundeseinheitlichen Pseudo-GOP.

Änderungen in Abschnitt 35.2

Eine weitere Neuerung betrifft die Abrechnung von Kurzzeittherapien, die in der Einzeltherapie durchgeführt werden. Hier gibt es künftig zwei GOP je Verfahren: eine Nummer für das erste 12-Stunden-Kontingent, eine für das zweite 12-Stunden-Kontingent. Damit soll eine Evaluation des neuen Stundenangebots ermöglicht werden.

Die vielen neuen GOP haben dazu geführt, dass der Abschnitt 35.2 neu strukturiert werden muss. Davon sind ab Juli auch die Nummern für Einzeltherapien, für die psychodiagnostischen Testverfahren und die Strukturzuschläge, die die Kassenärztlichen Vereinigungen zusetzen, betroffen.

Die neue Vergütungsregelung für Gruppentherapien und die neuen GOP in Abschnitt 35.2 gelten erst ab 1. Juli. So haben die Hersteller von Praxisverwaltungssystemen Zeit, alle Änderungen zu programmieren. ■ FRANK NAUNDORF

zehn Minuten höchstens 15-mal im Behandlungsfall (Quartal) abrechnen.

Darf ich eine Akutbehandlung direkt im Anschluss an eine derzeit laufende Richtlinien-therapie durchführen?

Im Einzelfall kann es nach dem Ende einer Kurz- oder Langzeittherapie kurzfristig wieder zu symptomatischen Verschlechterungen kommen, die eine Akutbehandlung notwendig machen. Solange die Übergangsregelung gilt, bedarf es keiner vorherigen psychotherapeutischen Sprechstunde. Bei der Abrechnung ist die Höchstgrenze im Krankheitsfall zu beachten. Wir empfehlen eine detaillierte Dokumentation der Indikation in der Patientenakte, besonders wenn eine Rezidivprophylaxe möglich gewesen wäre. Ab 1. April 2018 muss ein Patient nach Therapieende erst eine psychotherapeutische Sprechstunde durchlaufen, bevor eine Akutbehandlung beginnen kann.

Ist für die Akutbehandlung ein Konsiliarbericht erforderlich?

Aus der Psychotherapie-Richtlinie und der Psychotherapie-Vereinbarung ergibt sich nicht explizit die Verpflichtung, für die Akutbehandlung einen Konsiliarbericht einzuholen. Die Psychotherapie-Richtlinie (§ 31 Abs. 1) regelt, dass spätestens nach Ende der probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Richt-

linientherapie der Patient an einen Konsiliararzt überwiesen werden muss.

Die KBV empfiehlt aus berufs- und haftungsrechtlicher Sicht, den Konsiliarbericht möglichst frühzeitig einzuholen, am besten bereits nach dem ersten Gespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde, wenn eine weitere psychotherapeutische Behandlung indiziert ist. Denn für die Kurzzeit- oder die Langzeittherapie ist auf jeden Fall ein Konsiliarbericht nötig wird, der mit dem Antrag an die Krankenkasse geschickt werden muss.

Mehr Fragen und Antworten, Informationen und die Richtlinie im Wortlaut unter kvno.de | [KV 170523](http://kvno.de)

Am 9. Juni findet noch eine Infoveranstaltung „Änderung der Psychotherapie-Richtlinie“ der Psychotherapeutenkammer NRW in Zusammenarbeit mit der KV Nordrhein in Düsseldorf statt.

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

Neuer Anlauf zur Reform des Notdienstes

Auf der ersten „regulären“ Vertreterversammlung (VV) des neuen KVNO-Vorstands berichteten Vorstandsvorsitzender Dr. med. Frank Bergmann und sein Stellvertreter Dr. med. Carsten König ausführlich über ihre ersten „100 Tage“. Auf Wiedervorlage stand der Notdienst. Die VV-Mitglieder folgten dem Vorschlag des Vorstands, zur Entwicklung von Eckpunkten für den Notdienst ein neues Gremium einzurichten.

Einstimmig votierten die Delegierten dafür, ein neues Lenkungsgremium zu bilden, das im Rahmen eines strategischen Projekts Eckpunkte zur Weiterentwicklung des Notdienstes erarbeiten soll. In diesem Gremium werden fünf Vertreter der KVNO-Hauptstelle, zwei Vertreter der KVNO-Tochter Gesundheitsmanagementgesellschaft mbH (GMG) sowie acht Vertreter aus den Fachausschüssen zusammenarbeiten, die von der VV benannt beziehungsweise durch den Beschluss gemeinschaftlich in das neue Gremium entsandt wurden.

„Es geht darum, Leitplanken zu erstellen, die sowohl die begrenzten personellen und finanziellen Ressourcen als auch die sehr unterschiedlichen Notdienstbelastungen der Mitglieder berücksichtigen“, sagte KVNO-Chef Bergmann. „Dabei“, so betonte der Vorstandsvorsitzende, „wollen wir nicht mit einem ‚Rundum-glücklich-Paket‘ an die Kreisstellen herantreten, sondern ihnen die erforderliche Freiheit lassen.“

Dr. med. Carsten König, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein, berichtete von weiteren Initiativen zum Notdienst: „Parallel zur Entwicklung in Nordrhein arbeiten Dr. Bergmann und ich in der AG Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit, wo Ideen und Ansätze auch aus anderen KVen diskutiert werden.“ Diese Erfahrungen sollen ebenso berücksichtigt werden wie

die auf einer Klausur des Vorstands mit dem Hauptausschuss und Fachausschussvorsitzenden diskutierten Reformschritte der KV Baden-Württemberg.

Sektorenübergreifendes Konzept

Auch auf NRW-Landesebene wird das Thema an einem „Runden Tisch“ gemeinsam mit der Politik und Vertretern der Kliniken sowie der Krankenkassen diskutiert. Bergmann machte kein Hehl daraus, dass er den Notdienst für einen unkündbaren Bestandteil des Sicherstellungsauftrags hält und keinesfalls allein den Kliniken überlassen möchte: „Solche Angebote sind vergiftete Pralinen, die lediglich dafür sorgen sollen, immer größere Teile der ambulanten Versorgung in den stationären Bereich zu verlagern.“

Von den VV-Mitgliedern angenommen wurde auch ein Antrag, der wesentliche Bestandteile einer Notdienststruktur umfasst. Darin ist von einem sektorenübergreifenden integrativen Notdienstkonzept unter Einschluss der vertragsärztlichen und klinischen Notfallversorgung sowie der Rettungsleitstellen die Rede – und einer eigenständiger Finanzierung.

Bei der Zusammenarbeit mit Kliniken sollen sektorenübergreifende „Triagierungssysteme“ nach internationalem Vorbild eingeführt werden. Darüber hinaus erkennt die VV die Notwendigkeit eines flächendeckenden kinderärztlichen Notdienstes an.

Vergütung neuer PT-Leistungen kritisiert

Aktuelles Top-Thema war der am Vortag der Vertreterversammlung erfolgte Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Vergütung der neuen psychotherapeutischen Sprechstunde und der psychotherapeutischen Akutbehandlung. Mit großer Mehrheit votierten die Delegierten für eine Resolution, die der beratende Fachausschuss Psychotherapie initiiert hatte. Das Agieren der Kassen „konterkariert die berechtigten Hoffnungen der Patienten auf eine verbesserte Versorgung und benachteiligt die ohnehin unterfinanzierten psychotherapeutischen Leistungserbringer zusätzlich“, heißt es darin. Die VV fordert das Bundesministerium für Gesundheit auf, den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses insoweit zu beanstanden, dass eine

rechtlich einwandfreie und sichere Finanzierung der Behandlung psychisch Kranker durch die neuen psychotherapeutischen Leistungen zu realisieren sei.

Bergmann vertiefte das Thema Honorar auch mit Blick auf die anstehenden Honorarverhandlungen in Nordrhein und machte deutlich, dass er erheblichen Nachholbedarf bei der Vergütung der ambulanten Versorgung sieht: „Offenbar besteht auf Seiten der Krankenkassen die Vorstellung, dass mit der Konvergenz, also der überfälligen Angleichung der Honorare, auch zusätzliche Leistungen verbunden sein sollen. Darauf werden wir uns nicht einlassen. Zunächst muss die seit Jahren bestehende Unterdeckung der Leistungen beendet werden.“ ■ DR. HEIKO SCHMITZ

Resolution der Vertreterversammlung (Auszug)

„Am 29. März 2017 beschloss der Erweiterte Bewertungsausschuss gegen die Stimmen der KBV, dass die psychotherapeutische Sprechstunde trotz eines erheblich höheren organisatorischen und bürokratischen Aufwands im Vergleich zur genehmigungspflichtigen Richtlinienpsychotherapie schlechter bewertet wird. Somit kann diese neue Leistung innerhalb der kassenärztlichen Versorgung von der ohnehin am schlechtesten honorierten Behandlergruppe der Psychotherapeuten nicht wirtschaftlich erbracht werden.

Die Akutbehandlung, die einen kurzfristigen Zugang zu ambulanter psychotherapeutischer Behandlung ermöglichen soll, wird ebenfalls geringer vergütet als die genehmigungspflichtige Richtlinienpsychotherapie.

Die Absicht des Gesetzgebers, einen kurzfristigen Zugang zur ambulanten psycho-

therapeutischen Versorgung zu ermöglichen, wird durch diesen Beschluss konterkariert, da die Psychotherapeuten diese vor dem Hintergrund der aktuellen Bedarfsplanung nur unter erheblichem organisatorischen Aufwand zu realisierende Leistung bei psychisch akut erkrankten Patienten aus eigener Tasche gegenfinanzieren müssen ... Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein verurteilt auf das Schärfste das Vorgehen der Vertreter der GKV in den Verhandlungen, das die berechtigten Hoffnungen der Patienten auf eine verbesserte Versorgung konterkariert und die ohnehin unterfinanzierten psychotherapeutischen Leistungserbringer zusätzlich benachteiligt. Das Bundesministerium für Gesundheit wird ausdrücklich aufgefordert, den Beschluss zu beanstanden bzw. eine Nachbesserung zu verlangen ...“

Den gesamten Text der Resolution und die übrigen Beschlüsse gibt es auf kvno.de | [KV | 170525](https://www.kvno.de/kvno/170525)

EVA-Neurologie/Psychiatrie

Im September 2017 startet die Nordrheinische Akademie eine neue Spezialisierungsqualifikation für Medizinische Fachangestellte, die in neurologischen/psychiatrischen Praxen tätig sind, abgekürzt: EVA-NP. Medizinische Fachangestellte, die am Kurs teilnehmen, erlangen Kenntnisse und Fertigkeiten, um delegierbare Leistungen in der fachärztlichen Praxis zu übernehmen.

„Die EVA-NP kennen sich in häufigen neurologischen und psychiatrischen Krankheitsbildern aus und sind zum Beispiel in der Lage, Routinebesuche in Heimen selbstständig durchzuführen“, umschreibt Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, das Ziel der Fortbildung. Der Neurologe hofft, dass viele Medizinische Fachangestellte sich für die Fortbildung entscheiden. „Wir brauchen hoch qualifizierte MFA, um Ärzte bei der Begleitung und Unterstützung von Patienten und Angehörigen noch stärker zu entlasten.“

Ärzte entlasten

Linda Gottfried-Fuß hat sich bereits angemeldet. Sie will in der Fortbildung unter anderem ihre medizinischen Kenntnisse der in neurologischen Praxen am häufigsten behandelten Erkrankungen vertiefen „Ich möchte gern mehr Verantwortung übernehmen und die Möglichkeit nutzen, mir übertragene Leistungen selbstständig zu erbringen“, sagt Gottfried-Fuß.

Zu den Leistungen, die sie als EVA-NP nach bestandener Prüfung übernehmen kann, gehören Haus- und Heimbefuche im Auftrag des Arztes. Auch die Vorbereitung psychoedukativer Gruppen oder von Patienten- und Angehörigenschulungen wäre ein Tätigkeitsfeld. Hier kann die EVA-NP den Arzt organisatorisch und in einer Co-Moderatorenrolle effizient und qualifiziert unterstützen bzw. entlasten. Ein weiteres wichtiges Aufgaben-

feld ist die qualifizierte Übernahme der Anleitung, Überwachung und Dokumentation der Medikamenteneinnahme.

Das Unterrichtskonzept ist wie bei der Entlassenden Versorgungsassistentin (EVA) für den hausärztlichen Bereich in einen Pflicht- und einen Wahlteil gegliedert. Der Wahlteil umfasst mehrere Module, zum Beispiel neurologische Krankheitsbilder, Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen und Notfallmanagement. Die gesamte Fortbildung dauert je nach Berufserfahrung zwischen knapp 200 und knapp 250 Stunden, fast ein Drittel können die Teilnehmer im Selbststudium auf einer Online-Lernplattform absolvieren.

Berufsbegleitende Fortbildung

Die Fortbildung ist berufsbegleitend angelegt: Die Präsenzzeiten finden Mittwoch- und Freitagnachmittag oder an Samstagen in Düsseldorf statt. Die Gesamtkosten liegen je nach Berufserfahrung und Wahlfach zwischen rund 2.070 und 2.590 Euro. Der Bildungsscheck des Landes NRW wird akzeptiert. Die Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung organisiert die Fortbildung im Auftrag der KV Nordrhein. ■ FRANK NAUNDORF

Ansprechpartnerin: Claudia Putz,
E-Mail: claudia.putz@ae-kno.de
Telefon: 0211 4302 2832

Mehr Infos, die Anmeldung und das Fortbildungscurriculum unter www.akademienordrhein.info/eva
KV | 170526

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

Extra für MFA:

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

Jetzt registrieren!
www.kvno-newsletter.de



Engagiert für Gesundheit.
**Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**

Das Team hat den Bogen raus

Der Triller ist oft ein Problem. Besonders dann, wenn man diesen schnellen Tonwechsel immer und immer wieder spielen muss – und damit den Bewegungsapparat strapaziert. Für die speziellen Gesundheitsprobleme von Berufsmusikern, aber auch für die Nöte von Laien und Kindern, die ein Instrument spielen, gibt es eine einzigartige Anlaufstelle in Nordrhein-Westfalen: die interdisziplinäre Musikerambulanz an der Uniklinik Düsseldorf.

Vor fünf Jahren öffnete sie ihre schallgeschützte Pforte. Seitdem hat das Team um Dr. rer. medic. Wolfram Goertz rund 2.000 Patienten behandelt. Die Besonderheit der Ambulanz in der zehnten Etage der MNR-Klinik an der Uniklinik Düsseldorf: Die Behandlung findet immer am und mit dem jeweiligen Instrument der Musiker statt.

Das Team besteht aus Goertz (der Musikwissenschaft, Kirchenmusik und Theoretische Medizin studiert hat), der Neurologin Dr. med. Ulrike Kahlen und der Physiotherapeutin Christiane Keller; oft kommen Kollegen aus der Orthopädie oder der Handchirurgie dazu. Der Bedarf an Behandlung und Hilfe ist groß, denn allein in Nordrhein-Westfalen gibt es gut 5.000 professionelle Musiker – 35 Berufsorchester sind hier beheimatet. Dazu kommen etliche Musikschulen und engagierte Laien, die ebenfalls regelmäßig üben.

Schattenseiten der Belastung

Kein Wunder, dass die Mitarbeiter der Ambulanz oft Überlastungssyndrome feststellen – Musiker sind sozusagen Leistungssportler. Gitarristen, Geiger, Pianisten und Schlagzeuger sind besonders oft betroffen – darunter viele Kinder und Jugendliche. „Fast ein

Fünftel unserer Patienten ist unter 18 Jahre alt“, sagt Goertz.

Die junge Geigerin, die erste Patientin des Tages, hat gerade ihren 19. Geburtstag gefeiert. Ein Ständchen hätte sie sich kaum selbst spielen können, denn die Musikerin plagt Krämpfe im Unterarm und Schmerzen im kleinen Finger. Es fehlt die Kraft, die Saiten richtig niederzudrücken. Ein Vibrato, die schwingende Frequenzänderung, die Töne lebendig klingen lässt, ist nicht mehr möglich. Das Jugendorchester ihrer Stadt muss deswegen schon Monate auf seine Geigerin verzichten.

Wie die meisten der Ambulanz-Patienten hat sie eine Praxis-Odyssee hinter sich: Bei der Hausärztin war sie, beim Orthopäden, einem Chiropraktiker, einem Physiotherapeuten und zwei Neurologen. Viele Anamnesen, viele Behandlungen – die Leiden sind geblieben.

Jetzt kommt das Team der Musikerambulanz ins Spiel. Die Behandlung beginnt mit einer ausgiebigen Fragerunde: Kribbelt es? Schläft der Arm häufiger ein? Gibt es die Phänomene auch am rechten Arm? Kahlen fragt nach Medikamenten, nach Kinderkrankheiten und familiärer Disposition.

Danach darf sie ihre Geige auspacken und spielen. Sie tut dies sehr vorsichtig, in Schonhaltung. „Spiel mal forte“, fordert Goertz sie auf. Derweil achtet das Team besonders auf Stand und Haltung – die „unergonomisch“ aussieht. Goertz und seine Kolleginnen beurteilen die Haltung professionell; solche Fälle sehen sie häufig.

Dr. Kahlen kann keine neurologische Ursache ausmachen. Eine Erkrankung des Zentralen Nervensystems sei allerdings nicht ganz ausgeschlossen, sagt sie. Zwar seien der schlecht trainierte Muskelapparat und die Bandinstabilität eine denkbare Ursache der Leiden; trotzdem komme auch eine stationäre Aufnahme in Betracht.

Nach knapp einer Stunde ist die Behandlung abgeschlossen. Die junge Musikerin bekommt einen Übeplan, der mit täglichen Einheiten von drei mal drei Minuten beginnt. Ein Physiotherapeut wird helfen, die Fingerhaltung zu korrigieren und die Muskulatur gezielt aufzubauen. In acht Wochen soll sie wiederkommen.

Zweimal in der Woche gibt es in der Ambulanz vormittags eine Sprechstunde. Zuvor müssen die Patienten einen Anamnesebogen ausfüllen. Für die Behandlung in der Musikerambulanz



Untersuchung am Instrument: Dr. Wolfram Goertz (linkes Bild) und Dr. Ulrike Kahlen (rechtes Bild) helfen der jungen Geigerin, wieder schmerzfrei Geige zu spielen.

zahlen die Patienten 193 Euro. „Nicht selten sehen wir die Patienten zweimal“, so Goertz.

Der nächste Patient ist ein Trompeter, Mitte 20, Probleme mit dem Ansatz, also beim Blasen. Christiane Keller, die selbst dieses Instrument spielt, bittet ihn, ein klingendes F zu intonieren. Das gelingt nicht. Die Ursachen für die Probleme sind unklar. Der Trigemini sei bei einer Operation verletzt worden, bei einem kieferchirurgischen Eingriff sei ein Loch in der Kieferhöhle entstanden, berichtet der Patient. Oder haben die Phänomene eine psychogene Komponente? Das Team vermutet eine Craniomandibuläre Dysfunktion. Um weitere Untersuchungen einzuleiten, übernimmt die Kieferorthopädie.

Bei der dritten Patientin erklingt ein Klavier im Behandlungszimmer. Die Pianistin spielt eine Chopin-Etüde. Die 20-jährige Serbin verspürt seit Kurzem starke Schmerzen in den Unterarmen und den Händen. Goertz,

Kahlen und Keller fallen starke Überdehnungen auf, die linke Hand hält die junge Frau höher als die rechte, der Rücken ist schief, eine Skoliose. Doch das hat nach Goertz' Ansicht weniger mit den akuten Leiden zu tun: „Es ist das Stück mit seinen starken repetitiven Bewegungsfiguren.“ Chopins Werke sind sowieso berüchtigt – besonders die Trillerketten.

Herausforderung Chopin

Viele Musiker haben mit Überbelastung und falschem Üben ihre Gesundheit ruiniert. Insbesondere fokale Dystonien führen immer wieder zur Berufsunfähigkeit. Um die zu verhindern, setzt die Neurologin Dr. Kahlen das Nervengift Botulinumtoxin gezielt ein.

Das ist bei der Serbin nicht nötig. Falsches Üben war ihr „motorischer Killer der Muskulatur“. Ein verbreitetes Phänomen. Mindestens acht Stunden täglich hat sie in die Tasten gehauen, nur wenige Pausen eingelegt. Grundfalsch sei das, meint Goertz. Schon nach 15 Minuten flache die Aufmerksamkeitskurve ab.

Deswegen sollten Musiker spätestens nach 20 Minuten eine Pause einlegen. Auch das Aufwärmen werde vielfach vernachlässigt, was muskuläre Beschwerden begünstige. „Viele haben nie gelernt, wie man richtig übt.“

Die Fachleute der Musikerambulanz empfehlen „intelligentes Üben“, das nicht nur die nötigen Ruhephasen enthält, sondern auch das gedankliche Durchgehen der Partituren. So lasse sich langsam auch das „Schmerzgedächtnis“ deaktivieren, das sich bei vielen Musikern über Monate entwickelt habe. Die Pianistin hat den Weg in die Ambulanz rechtzeitig gefunden. Ihr dürften die Übungen helfen, ihre Finger- und Unterarmmuskulatur aufzubauen und zu entspannen. Hält sie sich an das Aufwärmprogramm und den Übepplan, wird ihr Chopin bald keine Schmerzen mehr bereiten.

■ FRANK NAUNDORF

Mehr Infos unter www.uniklinik-duesseldorf.de/musikerambulanz

Depression: Krankheit mit vielen Gesichtern

„Depressionen zählen nach den Angststörungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen – bis zu 18 Prozent der Bevölkerung sind davon betroffen“, erklärt Dr. med. Frank Bergmann, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Er gehörte zu den Experten einer Ratgeberveranstaltung zum Thema „Depression – eine Krankheit mit vielen Gesichtern“ der Zeitungen NRZ und Rhein-Bote in Zusammenarbeit mit der KVNO.

Neben Bergmann standen Dr. med. Christian Raida, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie aus Köln, und der Psychologische Psychotherapeut Martin Zange aus Krefeld Rede und Antwort auf der Bühne im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf. „Im Gegensatz zur

Depression ist Burn-Out keine Erkrankung, sondern ein Risikozustand für körperliche und psychische Erkrankungen“, machte Bergmann deutlich. In mehr als 50 Prozent der Fälle liegt nach seinen Worten eine depressive Erkrankung vor.

Standardisierte Fragebögen der Weltgesundheitsorganisation helfen dabei, die Schwere der Er-

krankung abzuschätzen. Körperliche Ursachen wie etwa ein möglicher Diabetes, eine Schilddrüsenerkrankung oder die Wirkung bestimmter Arzneimittel werden durch sorgfältige internistische und neurologische Untersuchungen ausgeschlossen. Auch wenn die Depression die zweithäufigste psychische Erkrankung ist, kommt es nicht selten vor, dass „bei psychischen Problemen zu schnell von ‚Depression‘ die Rede ist, und erst der Fach-

arzt erkennt, dass etwa eine Angststörung, eine Erschöpfung oder psychosomatische Störung vorliegt“, betonte Dr. Christian Raida. Daher sei „die fachkundige Diagnose die Grundlage einer effektiven Therapie“.

Individuelle Therapieplanung

Es gibt psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten. Dazu zählt neben Einzelgesprächen auch die Gruppentherapie. Martin Zange wies darauf hin, dass für eine wirksame Therapie vor allem eine akzeptierende, offene und aktiv zuhörende sowie mitfühlende Arbeitsbeziehung erforderlich sei. Mit der Patientin bzw. dem Patienten werde eine individuelle Therapieplanung entwickelt. Zange: „Methodisch kann beispielsweise bei der Verhaltenstherapie zunächst mithilfe eines Wochenplans ein bewusstes Wahrnehmen und gestuftes Steigern der positiv erlebten Aktivitäten ermöglicht werden.“

Psychotherapie in Form von Verhaltenstherapie oder psychoanalytisch begründeter Verfahren trage nicht nur dazu bei, negative Gedanken und Einstellungen zu verändern und das Selbstwertgefühl zu steigern, sondern könne unter anderem auch Rückfällen vorbeugen. Insgesamt waren sich die Spezialisten einig: Die Dauer einer depressiven Erkrankung kann durch eine Behandlung deutlich verkürzt werden und effektive Behandlungen senken die Rückfallrate erheblich. ■ NATASCHA PLANKERMANN



Niedergeschlagen, müde, antriebslos – halten solche Gefühle länger an, kann es sich um eine Depression handeln.

Die KV Nordrhein hilft

Das Thema ist nicht neu: Krankenhäuser verlangen immer wieder nach erfolgter Überweisung zur ambulanten Behandlung ins Krankenhaus auch noch eine Einweisung in stationäre Behandlung. Oder sie verlangen zusätzlich zur Einweisung ins Krankenhaus auch noch eine Überweisung. Selten berichten Praxen über die Forderung einer zweiten Einweisung für denselben Behandlungsfall.

In den vergangenen Monaten haben die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein viele Rückmeldungen über nicht nachvollziehbare Anforderungen von Krankenhäusern erreicht. Das Einfordern einer Einweisung nach erfolgter Überweisung zur ambulanten Behandlung/Untersuchung löst vergleichsweise häufig Irritationen aus, ebenso die geforderte Einweisung zur „Spezialsprechstunde“ für eine klar erkennbare ambulante Versorgung im Krankenhaus.

Für eine klar erkennbare ambulante Versorgung im Krankenhaus mit einer Einweisung das Fehlen einer Ermächtigung zu umgehen, ist unzulässig. Dies muss im Einzelfall auch der niedergelassene Arzt seinen Patienten verständlich machen – möglichst im Vorfeld. Ebenso unzulässig ist es, eine Einweisung zur ambulanten Nachsorge anzufordern, etwa zur „Kontrolluntersuchung“ oder zum „Wiedervorstellungstermin“. Genau dies scheint aber häufig zu passieren. Patienten wird von den Kliniken unter Umständen mitgeteilt, dass sie eine Einweisung innerhalb einer bestimmten Frist nachzureichen hätten, ansonsten werde eine Privatrechnung gestellt.

Fehlentwicklungen stoppen

Der niedergelassene Arzt sieht sich häufig Diskussionen mit den Patienten ausgesetzt, die sich von den Kliniken unter Druck gesetzt bzw. ihre schnelle und reibungslose Behandlung gefährdet sehen. Die KV Nordrhein bedient sich aller Wege, um solchen Fehlentwicklungen entgegenzuwirken:



Einweisung ins Krankenhaus – nur wenn es wirklich nötig ist

Eine Krankenhausbehandlung ist vorgesehen, wenn alle Möglichkeiten der ambulanten Behandlung erschöpft sind. Nur dann darf Ihnen Ihr Haus- oder Facharzt eine Einweisung ins Krankenhaus ausstellen.

Wenn eine Krankenhausbehandlung nötig ist, erhalten Sie eine Einweisung ins Krankenhaus. Die Einweisung ist überschrieben mit „Verordnung von Krankenhausbehandlung“. Damit sind alle Leistungen des Krankenhauses abgedeckt, darunter ärztliche Behandlungen, Arzneimittel sowie Vor- und Nachuntersuchungen. Für eine ambulante Vorstellung im Krankenhaus darf Ihr Arzt hingegen keine Einweisung ausstellen.

Mehr Informationen zu Einweisungen und Überweisungen unter kvno.de/einweisung

 **Engagiert für Gesundheit.**
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

- Die KVNO ist auf die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen mit der Bitte zugegangen, hier zumindest informativ auf die Krankenhäuser zuzugehen.
- Die KVNO kontaktiert im Einzelfall Krankenhäuser, um eine Verhaltensänderung zu bewirken.
- Die KVNO spricht die Krankenkassen bzw. Krankenkassenverbände immer wieder zu der Thematik an.

Die KV Nordrhein wird das Thema weiterhin und dauerhaft aufgreifen, um solchen Fehlentwicklungen entgegenzutreten.

■ DR. MED. KARLHEINZ GROSSGARTEN

Die KVNO stellt mit dieser Ausgabe von KVNO aktuell ein Plakat zur Verfügung. Es soll dem niedergelassenen Arzt helfen, seine Patienten zu informieren und die Häufigkeit ungerechtfertigter Einforderungen von Einweisungen zu reduzieren.

Ein Musteranschreiben an Kliniken finden Sie unter kvno.de

KV | 170531

Diskussion um neue EBM-Ziffern

Noch ehe die „Abklärungspauschale“ im Notdienst zum 1. April 2017 Einzug in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gefunden hatte, hagelte es Kritik, unter anderem von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und vom Marburger Bund. Die KV Nordrhein beurteilt die neuen Leistungen differenzierter.

„Schnellcheck“, „Patienten werden sortiert“ und einfach „weggeschickt“ – so fiel das Urteil einiger Berichterstatter über die Abklärungspauschale (Gebührenordnungsposition 01205/01207) aus, die seit dem 1. April 2017 zusammen mit weiteren neuen Notfallziffern abgerechnet werden kann (wir berichteten).

Für „unethisch“ hält es Dr. Hans-Albert Gehele, Vorsitzender der Marburger Bund-Landesverbände Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz, „einen Patienten abzuweisen, wenn

nicht sichergestellt sei, dass er sofort einen Termin bei einem niedergelassenen Arzt erhält.“ Die Aufregung zeigt, für wen die neuen Ziffern vornehmlich gedacht sind – die Notfallambulanzen der Krankenhäuser. Die versorgen, wie der ambulante Notdienst auch, immer mehr „Bagatellfälle“, also Patienten, die keine Notfälle sind und Ressourcen binden, die für dringende Fälle benötigt werden.

Diese Patienten an die richtige Stelle zu verweisen, also den ambulanten Notdienst oder

Hinweise zur Abrechnung der neuen EBM-Ziffern

Abklärungspauschale (01205/01207)

Die neu in den EBM aufgenommenen Abklärungspauschalen können angesetzt werden, wenn bei einem Patienten eine nicht notfallmäßig zu behandelnde Bagatellerkrankung festgestellt wird und es medizinisch vertretbar ist, dass sich der Patient an einem Folgetag in die reguläre hausärztliche Behandlung begibt. Die Pauschalen sind somit anstelle der Gebührenordnungsposition (GOP) 01210 beziehungsweise 01212 abzurechnen. Sie sind vor allem auf die Notfallambulanzen der Kliniken und Krankenhäuser zugeschnitten, die wie der ambulante Notdienst zunehmend von Patienten mit Bagatellerkrankungen konsultiert werden. Diese sollen bei Bedarf künftig schneller dem ambulanten Bereich zugeführt werden.

Wichtig: Im obligaten Leistungsinhalt der GOP 01205 (tagsüber) und 01207 (nachts und an Wochenenden) ist der persönliche Arzt-Kontakt aufgeführt, sodass es für die Abrechnung unerlässlich ist, dass der Arzt persönlich den Patienten anschaut und die etwaige Dringlichkeit der Behandlung beurteilt.

Schweregradzuschläge (01223/01224)

Zusätzlich zur Ziffer 01210 kann bei bestimmten Erkrankungen der Zuschlag 01223 abgerechnet werden, zusätzlich zur Nacht-Wochenend-Pauschale 01212 der Zuschlag 01224, jeweils einmal im Behandlungsfall. Die Zuschläge sind nur bei bestimmten gesicherten Diagnosen zulässig: Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacar-

die nächste Sprechstunde des Hausarztes, wird mit den neuen Ziffern extra honoriert. „In den meisten Fällen kann man schnell feststellen, wer akut versorgt werden muss und wer nicht“, erklärt Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Wichtig: Gefordert ist der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt, die Leistung ist nicht delegierbar. „Ich gehe davon aus, dass jeder Arzt gewissenhaft prüfen wird, ob eine Behandlung erforderlich ist – schon aus Haftungsgründen. Einfach weggeschickt wird somit niemand.“

Vergütung ist ein Kompromiss

Für Bergmann sind die neuen Ziffern ein Kompromiss. „Die neuen Vergütungselemente bilden differenzierter ab, was de facto längst gemacht wird. Und mit den neuen Schweregradzuschlägen honorieren sie die aufwändigere Versorgung von Kindern oder älteren Patienten besser als bisher.“ Bergmann sieht gleichwohl die Notwendigkeit, bei der Notfallversorgung neue, sektorübergreifende Strukturen zu entwickeln, an denen gearbeitet wird. „Die Aufre-



gung auf Seiten der Kliniken ist letztlich auch nur Ausdruck des Reformbedarfs, der beim Thema Notfallversorgung insgesamt existiert.“

Die neuen Vergütungsregelungen sind im Dezember 2016 vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossen worden und gelten seit dem 1. April bundesweit. Im Krankenhausstrukturgesetz hatte der Gesetzgeber die Vorgabe gemacht, die (Vergütungs-)Regelungen für ärztliche Notfalleistungen zu überarbeiten.

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Die Abklärungspauschale können Ärzte seit 1. April abrechnen, wenn ein Patient den Notdienst mit einer Erkrankung aufsucht, die nicht notallmäßig behandelt werden muss.

pus und Metatarsus, Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten, akute tiefe Beinvenenthrombose, hypertensive Krise, Angina pectoris (ausgenommen: ICD I20.9), Pneumonie und akute Divertikulitis).

Für andere Diagnosen ist der Zuschlag dann zulässig, wenn Art, Schwere und Komplexität der Behandlungsdiagnose eine besonders aufwändige Versorgung erfordern. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) geht allerdings davon aus, dass dies bei weniger als einem Prozent der Fälle vorkommen wird.

Schweregradzuschlag (01226)

Der Zuschlag 01226 kann nur zusätzlich zur Nacht-Wochenend-Pauschale 01212 abge-

rechnet werden und bezieht sich auf Patienten, bei denen die Kommunikation erschwert ist. Dabei ist die Regelung nicht allein auf Säuglinge und Kinder, sondern auch auf Erwachsene bezogen, die an einer demenziellen Erkrankung leiden, krankheitsbedingt erhebliche komplexe Beeinträchtigungen kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Art aufweisen, die nicht durch psychotrope Substanzen bedingt sein dürfen, sowie auf Patienten ab dem vollendeten 70. Lebensjahr mit geriatrischem Versorgungsbedarf und Frailty-Syndrom (Kombination von unbeabsichtigtem Gewichtsverlust, körperlicher und/oder geistiger Erschöpfung, muskulärer Schwäche, verringerter Ganggeschwindigkeit und verminderter körperlicher Aktivität).

MFA-Fortbildungsreihe erweitert

„Selbsthilfe – Unterstützung für Praxis und Patient“ – unter diesem Titel hat die Kooperationsberatung für Selbsthilfegruppen, Ärzte und Psychotherapeuten (KOSA) in den letzten acht Jahren über 1.300 Medizinische Fachangestellte (MFA) geschult. Jetzt wird die Fortbildungsreihe erweitert. Zu den bisherigen Schwerpunkt-Themen Krebs, Demenz und Psychische Erkrankungen/ Depression kommen zwei neue Module hinzu: Rheuma und Migration.



Zwei MFA versuchen, mit Handschuhen, die eine Rheumaerkrankung simulieren, Schuhe zuzubinden – und müssen feststellen, dass das nicht ohne Weiteres möglich ist.

Patienten mit Migrationshintergrund stellen Ärzte und Praxispersonal immer wieder vor sprachliche und kulturelle Herausforderungen. Da MFA die ersten Ansprechpartner in der Praxis sind, ist es für sie hilfreich zu wissen, wie Migranten über Krankheiten denken, wie sie damit umgehen und wie sie Krankheitssymptome beschreiben. Das neue Modul „Migration“ im Rahmen der Reihe „Selbsthilfe – Unterstützung für Praxis und Patient“ soll hier Kenntnisse vermitteln. Die KOSA bietet das Seminar erstmals im Mai in Mönchengladbach an. Unterstützung erhält sie von der Deutsch-Türkin Faize Berger, Expertin für Kultursensibilität in der Arztpraxis. Auch Vertreter der örtlichen Selbsthilfkontaktstelle sowie in der Selbsthilfe engagierte Migranten werden das Seminar begleiten.

Ein Thema: Rheuma

Das ebenfalls neue Modul „Rheumatische Erkrankungen“, das die KOSA in Kooperation mit der Rheumaliga NRW entwickelte, hat im März bereits die Feuertaufe bestanden. In Essen veranschaulichte Dr. Ertan Saracbası-Zender, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie aus Oberhausen, die vielen Gesichter der Erkrankung. Gelenkschmerzen und -schwellungen zählen genauso dazu wie Sehstörungen oder Veränderungen der Haut. Er empfahl den Teilnehmerinnen, auf „Alarmzeichen“ zu achten, wie etwa ein vorsichtiger Händedruck oder ein veränderter Gang des Patienten. Beeindruckt zeigten sich die MFA von den Erfahrungsberichten der Betroffenen.

Fortbildungen aus der Reihe zu anderen Themen stoßen schon lange auf große Resonanz, darunter auch das im März angebotene Seminar aus dem Modul „Depression“ in Dinslaken. Unterstützt durch die Selbsthilfkontaktstelle Wesel und das Sozialpsychiatrische Zentrum Wesel wurden die MFA in einer kleinen Gruppe geschult. Gerrit Scheidt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie aus Moers, informierte zudem über die verschiedenen Formen der Krankheit und gab praktische Tipps für den Umgang mit Patienten. ■ JANA KORTÜM

Die MFA-Fortbildungsreihe „Selbsthilfe – Unterstützung für Praxis und Patient“ wird auch in Zukunft fortgesetzt. Weitere Auskünfte erteilt die KOSA: Telefon 0211 5970 8090 | E-Mail kosa@kvno.de

Kinder-Früherkennung: Infomaterial für Praxen

„Gesund durch die ersten Lebensjahre – Früherkennungsuntersuchungen für Kinder“ lautet der Titel einer Kampagne zum Kinder-Früherkennungsprogramm der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Ziel ist es, Eltern auf den Nutzen des Vorsorge-Angebotes aufmerksam zu machen, um Erkrankungen und eventuelle Verzögerungen in der Entwicklung frühzeitig erkennen und entsprechend handeln zu können.

Für Praxen stehen dazu verschiedene Infomaterialien zur Verfügung. Ein Patienten-Flyer erklärt, was das Früherkennungsuntersuchungs-Programm für Kinder umfasst. Dabei wird zu jeder U-Untersuchung kurz erläutert, welche Untersuchungen der Kinder- und Jugendarzt oder Hausarzt zum jeweiligen Termin durchführt und was er mit den Eltern bespricht.

In gekürzter Form steht der Flyer als Infoblatt auch in sechs Fremdsprachen zur Verfügung. Das Infomaterial berücksichtigt die überarbeiteten Inhalte der neugefassten Kinder-Richtlinie. Zusätzlich weist ein Wartezimmerplakat auf das Vorsorge-Angebot hin. ■ SIGRID MÜLLER

Kinder-Früherkennung

Das Infopaket zur Kinder-Früherkennung umfasst:

- Patienten-Flyer (Druck und Download)
- Infoblatt (Patienteninformation nur als Download)
- Plakat (Druck und Download)



Nordrheinische Praxen können die Materialien kostenfrei bestellen unter bestellung.koeln@kvno.de oder herunterladen unter kvno.de | KV | 170535



- 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

KVNO-Portal: Firefox-Update führt zu Problemen



© The Mozilla Foundation CC BY 3.0

Im März 2017 hat der Internet-Browser Mozilla Firefox mit der Version 52 die Unterstützung mehrerer Erweiterungen beendet. Davon betroffen sind die Technologien JAVA und Silverlight, die beide im KVNO-Portal zum Einsatz kommen: Der zweite Anmeldeschritt im Portal mit dem elektronischen Arztausweis light (eA-light) ist JAVA-basiert. Silverlight wird für die Anwendungen „Abrechnungsprofil“, „Differenzierte Honorarauswertung“ und „Vitreo“ benötigt. Durch das Update auf die neue Firefox-Version kann es bei diesen Diensten zu Problemen kommen.

Wer die genannten Anwendungen nutzen möchte, sollte zum Internet Explorer wechseln. Sonst kann es passieren, dass Anwendungen nicht korrekt starten oder Grafiken nicht angezeigt werden. Eine erneute Installation von Silverlight wird vom Browser zwar angeboten, führt aber nicht dazu, dass die Funktion danach wieder zur Verfügung steht.

Welche Version Ihr Firefox-Browser hat, erfahren Sie im Menü „Hilfe“ unter dem Punkt „Über Firefox“. In den meisten Fällen ist der Browser so konfiguriert, dass er automatisch Updates lädt und installiert. Das KVNO-Portal wird derzeit überarbeitet (wir berichteten) – auch die oben genannten Anwendungen.

■ MED



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

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).

Gefäßkatheter: Aktuelle Hygiene-Empfehlungen

Das Robert Koch-Institut hat die Empfehlung „Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen“ überarbeitet. Die wesentlichen Punkte der Empfehlung sind:

- Verwenden Sie zur Hautdesinfektion am Patienten alkoholbasierte Mittel mit Wirkstoffen wie Chlorhexidin oder Octenidin, da diese die Langzeitwirkung verstärken.
- Verzichten Sie aus Gründen des erhöhten Risikos für Patient (Kontamination, Blutgerinnsel) und Personal (Blutkontakt) ganz auf den Einsatz von Mandrins zum „Abstöpseln“ einer peripheren Verweilkanüle (PVK). Schließen Sie stattdessen unmittelbar nach Anlage und Fixierung einer PVK ein steriles, flexibles Verbindungsstück (auch: Extensionsset) an, das eine aseptische Spülung und Blockung zulässt und das mit einem sterilen Stopfen oder Konnektionsventil verschlossen werden kann. Mit diesem Vorgehen wird außerdem bei Bewegungen die Zugbelastung nicht direkt auf die Kanüle übertragen.
- Verschlussstopfen sollen nicht wiederverwendet werden.
- Desinfizieren Sie vor und nach allen Tätigkeiten an Hubs (verdickte, patientenferne Enden von Venenverweilkanülen, zentralen Gefäßkathetern und Verlängerungsleitungen) gründlich Ihre Hände.
- Führen Sie vor Tätigkeiten an Hubs eine Sprühdésinfektion durch. Beachten Sie die Gewährleistung des Herstellers zur Stabili-



© iStock | Liuhsihsiang

tät der Hubs gegenüber einer alkoholischen Desinfektion.

- Mehrfachentnahmen aus einem Einzeldosisbehältnis (Ampullen, Infusionsflaschen) sollen in einem ununterbrochenen Arbeitsgang nur für den gleichen Patienten erfolgen. Es ist nicht zulässig, diese Behältnisse unter mehreren Patienten aufzuteilen.
- Reste in Einzeldosisbehältnissen sollen entsorgt werden.
- Zwischen Anrichten und intravenöser Verabreichung von Arzneimitteln und Infusionslösungen soll nicht mehr als eine Stunde Zeit vergehen. Bitte beachten Sie hierzu auch die Herstellerangaben.
- Plastikbehältnisse oder Beutel sind Infusionsflaschen aus Glas vorzuziehen, da somit Infusionssysteme mit geschlossenen Luftfiltern verwendet werden können.

Mehr Infos unter
kvno.de | [KV 170537](http://kvno.de)

Qualitätszirkel suchen Mitglieder

Thema Beseelte Psychotherapie
Kontakt Norbert Cremer
Schmidt-Bleibtreu-Str. 59
41199 Mönchengladbach
Telefon 02166 9983 396
E-Mail norbert.cremer@gmx.de
Ort Mönchengladbach

Thema Kinder- Jugendpsychiater
und Psychotherapeuten
Kontakt Anna Maria Sant'Unione
Friedrich-Engels-Allee 268
42285 Wuppertal
Telefon 0202 2802 103
E-Mail anna-santunione@t-online.de
Ort Wuppertal

Kontakt

Sabine Stromberg
Telefon 0211 5970 8149
Telefax 0211 5970 8160
E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de
Katharina Ernst
Telefon 0211 5970 8361
Telefax 0211 5970 8160
E-Mail qualitaetszirkel@kvno.de



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 |

Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis

Die IT-Beratung der KV Nordrhein vermittelt in diesem Seminar Aspekte, die ärztliche und psychotherapeutische Praxen bezüglich Datenschutz und -sicherheit beachten sollten. Dabei wird nicht nur auf den Datenschutz im Empfangs-, Warte- und Behandlungsbereich eingegangen, sondern auch auf wichtige technische Gesichtspunkte beim Umgang mit IT in der Praxis. Im Fokus stehen der Schutz sensibler Patientendaten vor Verlust und Manipulation sowie der Umgang mit Internet, E-Mail und Fax. Weitere Themen: Datensicherung, Aufbewahrung und Vernichtung von Daten. Das Seminar ist kostenlos. Teilnahme nur bei vorheriger Anmeldung möglich; maximal zwei Teilnehmer je Praxis

- Termin 1** 28. Juni 2017
15 bis 18 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
- Termin 2** 30. August 2017
15 bis 18 Uhr
Ort Bezirksstelle Köln
Sedanstraße 10-16
50668 Köln
- Anmeldung** Online: kvno.de
E-Mail it-beratung@kvno.de

Diskussion mit Bundesgesundheitsminister Gröhe

Auf Einladung der KV Nordrhein kommt Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe am Freitag, 30. Juni, um 19 Uhr in das Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf. Wenige Wochen vor der Bundestagswahl am 24. September wird Gröhe zur Zukunft der medizinischen Versorgung Stellung nehmen. Weiterer Gast und Redner auf der Veranstaltung ist Dr. med. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Eröffnet wird die Veranstaltung von Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Nach den Vorträgen ist eine Diskussion vorgesehen, die Thomas Grünert, Chefredakteur des Vincentz Network Berlin, moderiert. Eingeladen sind alle an Gesundheitspolitik Interessierte, es ist keine Anmeldung erforderlich.



© BMG | Jochen Zick | action press

- Termin** 30. Juni 2017
19 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
- Anmeldung** Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

Sozialmedizinische Fortbildung zu Pflege und Rehabilitation

Zu Beginn des Jahres trat der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff in Kraft. Seither orientiert sich die Pflegebedürftigkeit nicht mehr an einem in Minuten gemessenen Hilfebedarf, sondern daran, wie stark die Selbstständigkeit beziehungsweise die Fähigkeiten eines Menschen bei der Bewältigung seines Alltags beeinträchtigt sind und ob er deshalb der Hilfe anderer bedarf. Was bedeutet der neue Pflegebegriff für Arzt und Patient? Welche Empfehlungen kann der Arzt aussprechen und welche Informationsquellen sind geeignet? Diese und weitere Fragen beantworteten Experten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in der Fortbildung für Mitglieder der KV Nordrhein zu den Themen Pflege und Rehabilitation.

- Termin** 5. Juli 2017
15.30 bis 19.30 Uhr
Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf
- Anmeldung** MDK Nordrhein
Emilia Pateraki
- Telefon** 0211 1382 151
Telefax 0211 1382 444
E-Mail fortbildung@mdk-nordrhein.de

ZERTIFIZIERUNG | beantragt

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

Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten

| | | |
|---|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ■ | 20.05.2017 | KV Nordrhein: 18. Nordrheinischer Praxisbörsentag, Düsseldorf |
| | 31.05.2017 | IQN: Indikationsqualität im Fokus – radiologische Leistungen, Düsseldorf |
| | 31.05.2017 | Nordrheinische Akademie: Aufbauseminar Datenschutz auf Grundlage der neuen EU-Datenschutz-Grundverordnung, Düsseldorf |
| | 02.06.2017 | Medizinisches Zentrum an der Inde: „Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit KHK – Hypertonie“, Würselen |
| ■ | 09.06.2017 | Psychotherapeutenkammer NRW in Zusammenarbeit mit der KV Nordrhein: Informationsveranstaltung „Änderung der Psychotherapie-Richtlinie“, Düsseldorf |
| | 09.–10.06.2017 | Nordrheinische Akademie: Moderatorenttraining Grundkurs, Düsseldorf |
| ■ | 21.06.2017 | KV Nordrhein: Grundlagenseminar EBM, Düsseldorf |
| ■ | 23.06.2017 | KV Nordrhein: Vertreterversammlung, Düsseldorf |
| | 26.–30.06.2017 | Woche der ambulanten Versorgung, bundesweit |
| | 27.–28.06.2017 | KBV: Sicherstellungskongress „Perspektiven des Sicherstellungsauftrags“, Berlin |
| ■ | 28.06.2017 | KV Nordrhein: „Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis“, Düsseldorf |
| | 28.06.2017 | Nordrheinische Akademie: Aufbauseminar Datenschutz auf Grundlage der neuen EU-Datenschutz-Grundverordnung, Düsseldorf |
| ■ | 30.06.2017 | KV Nordrhein: Gesundheitspolitische Veranstaltung mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe, Düsseldorf |
| | 30.06.2017 | ZI-Seminar „Diabetes mit Insulin“, Würselen |
| ■ | 05.07.2017 | KV Nordrhein in Kooperation mit dem MDK Nordrhein: „Sozialmedizinische Fortbildung zu Pflege und Rehabilitation“, Düsseldorf |
| | 07.07.2017 | Nordrheinische Akademie: Organisation des Notfallmanagements, Düsseldorf |
| | 12.07.2017 | IQN: Gefäßchirurgische Eingriffe, Düsseldorf |

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

| | | |
|---|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ■ | 24.05.2017 | KV Nordrhein: Abrechnung Hausärzte, Köln |
| ■ | 31.05.2017 | KV Nordrhein: Führung II – Kommunikation: Grundlage zur Führung, Köln |
| | 02./03.06.2017 | Medizinisches Zentrum an der Inde: „Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit KHK – Hypertonie“, Würselen |
| ■ | 02.06.2017 | KV Nordrhein: „Du gehst mir auf den Geist“ – Umgang mit schwierigen Menschen, Düsseldorf |
| ■ | 07.06.2017 | KV Nordrhein: Pharmakotherapie, Köln |
| | 21.06.2017 | Nordrheinische Akademie: Hygiene und Desinfektion in der Arztpraxis zur Bestellung einer/s Hygienebeauftragten, Düsseldorf |
| ■ | 28.06.2017 | KV Nordrhein: IGe-Leistungen, Düsseldorf |
| | 30.06./01.07.2017 | ZI-Seminar „Diabetes mit Insulin“, Würselen |

Veranstaltungen für Patienten

| | | |
|---|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ■ | 07.06.2017 | KV Nordrhein in Zusammenarbeit mit Rhein-Bote/NRZ: „Wenn essen krank macht – Gluten, Laktose und Co.“, Düsseldorf |
| ■ | 07.07.2017 | KV Nordrhein: „Wenn jeder Tag zählt – Gut versorgt am Lebensende“, 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“ 6+7 | 2017

■ Kooperation

Was ist noch erlaubt?

■ Arzneimittel

Neues Gesetz auf dem Weg

■ Abrechnung

Mehrere Übertragungsmöglichkeiten

■ Telematik

Details der Finanzierungsvereinbarung

**Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell
erscheint am 30. Juni 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