

8+9 | 2017

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

## Schwerpunkt

Substitution | Nur noch  
320 Ärzte in Nordrhein aktiv

## Hintergrund

Parteien | Wer will was  
in der Gesundheitspolitik

## Aktuell

Online-Rollout | Politik  
verlängert Frist bis Ende 2018

## Praxisinfos

Formulare | Viele gibt es  
ab Oktober nur noch online

## Gesucht: Ärztinnen und Ärzte für die Substitutionstherapie



Engagiert für Gesundheit.  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

# Inhalt

## Schwerpunkt

---

- 2 Substitution:  
Siege über die Sucht
- 4 Bessere Vergütung für  
Substitutionsbehandlung

## Aktuell

---

- 8 Mehr Honorar für Akut-  
behandlung und Co.
- 9 Wechsel der Praxis-  
software wird leichter
- 10 TI-Hard- und Software:  
Wann gibt es sie?
- 14 Versorgungsniveau in  
Nordrhein erhalten

## ■ Praxisinfos

---

- 16 Herzscreening  
bei Neugeborenen  
im EBM
- 16 Geschlechtsspezifische  
Leistungen
- 16 Kontrolle von Schritt-  
machersystemen
- 17 Weiterführendes  
geriatrisches Assessment
- 18 Höhere Bewertung  
von Untersuchungen
- 18 Psychotherapie:  
Neue GOP seit 1. Juli
- 19 Hausarztvertrag mit der  
Knappschaft aktualisiert
- 19 Neue Risikodefinition  
für MRSA-Patienten

- 20 Bauchortenaneurysmen:  
Früherkennung
- 20 ZiPP-Befragung  
zu Praxiskosten
- 21 50 Formulare gibt es ab  
Oktober nur noch online
- 21 Verordnung von  
Soziotherapie
- 22 Fotokopien  
richtig abrechnen
- 23 Infektionsschutzgesetz  
geändert
- 23 Videosprechstunde  
zertifiziert

## ■ Verordnungsinfos

---

- 24 Flunitrazepam seit 2011  
stark rückläufig
- 24 Arzneimittel-Verord-  
nungen: Richtig kodieren
- 25 Grippesaison 2017/2018:  
Influvac und Afluria
- 25 Anti-D-Immunglobulin  
zur Rhesusprophylaxe
- 26 Influenza-Impfung  
2017/2018 in Nordrhein

## Hintergrund

---

- 28 Bundestagswahl:  
Programme auf  
dem Prüfstand
- 30 Viele Gesetze, schwache  
Performance
- 31 „Gute Zusammenarbeit  
fortsetzen“

## Berichte

---

- 33 Achtung: Falsche  
Polizisten am Telefon
- 33 KBV-App überarbeitet
- 34 Entlassmanagement  
geregelt
- 36 NÄPa in Facharztpraxen:  
Honorar Hausbesuche
- 36 Fortbildung zur EVA  
Neurologie/Psychiatrie
- 38 Vorbildliche Palliativ-  
versorgung in Nordrhein
- 38 Infos über  
Pflegerreform

## Service

---

- 39 Vollmacht wichtiger als  
Patientenverfügung
- 40 Die Praxis ziel-  
gerichtet führen
- 43 Neuregelungen in der  
Psychotherapie

## In Kürze

---

- 44 Leistungszahlen der  
ambulanten Versorgung
- 45 Qualitätszirkel:  
Moderatorentag 2017
- 45 Qualitätszirkel suchen  
Mitglieder

## Veranstaltungen

---

- 48 Veranstaltungen | Termine

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

bei der Analyse unserer Abrechnungszahlen sehen wir es Quartal für Quartal: Die Kosten für das Labor steigen immer weiter – und liegen deutlich über der Summe, die wir als Grundbetrag bereitstellen können. Im ersten Quartal 2017 haben wir über den Grundbetrag Labor rund 61 Millionen Euro erhalten, aber über 71 Millionen Euro ausgegeben. Damit lag das Defizit, das wir alle über die Gesamtvergütung tragen müssen, erstmals im zweistelligen Bereich. Insgesamt haben wir 2016 rund 263 Millionen Euro für Laborleistungen vergütet – und jedes Quartal ein Defizit von durchschnittlich 4,7 Millionen Euro produziert.

Die Gründe für den andauernden Anstieg sind ebenso vielfältig wie die bislang vergeblichen Versuche, diese Entwicklung zu stoppen, zum Beispiel über den „Wirtschaftlichkeitsbonus“. Auch der jüngste Vorstoß der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung für eine Laborreform, die zum 1. Januar 2018 umgesetzt werden sollte, steht schon wieder zur Disposition. Vorgesehen war, die dem Grundbetrag zugeordneten Leistungen neu zu bestimmen, beim Ausgleich etwaiger Defizite den Honoraranteil am Labor von Haus- und Fachärzten zu berücksichtigen, also die Aufteilung nach dem Verhältnis der abgerechneten Leistungen, und eine regionale Mengensteuerung über die Honorarverteilungsmaßstäbe zu ermöglichen. Der GKV-Spitzenverband aber lehnt die Neuregelung ab, da das Problem lediglich regionalisiert werde und die Regelung einseitig die Fachärzte benachteilige, da sie stärker belastet würden als vorher.

Wie auch immer eine Lösung des Problems aussehen wird: Jede Variante hat ihre Tücken. Deswegen lautet unser Appell: Statt zu überlegen,



wer die immer weiter steigenden Kosten trägt, sollten wir darüber nachdenken, wie wir die Kosten für Laborleistungen dauerhaft in den Griff bekommen. Dazu muss jede Praxis ihre Laborroutinen kritisch hinterfragen: Ist jede Laboruntersuchung nötig? Haben wir noch die Ressourcen für wichtige Laboranalysen, wenn wir zu häufig reflexartig Laborleistungen in Auftrag geben? Wir betrachten es als Gemeinschaftsaufgabe, selbstkritisch an dieses Thema heranzugehen. Das Motto beim Labor muss lauten: weniger ist mehr.

Herzliche Grüße

Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender

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

## Siege über die Sucht

Gut 320 Ärztinnen und Ärzte substituieren derzeit in Nordrhein. Vor zehn Jahren waren es noch fast 360. Die Zahl sinkt – langsam, aber kontinuierlich. Engagierte Einsteiger sind herzlich willkommen.

Die Entwicklung macht Dr. Knut Krausbauer, dem Vorsitzenden der Substitutions-Kommission der KV Nordrhein, Sorgen: „Wir beobachten besonders in ländlichen Regionen einen Mangel an Substitutionsangeboten.“ Die Situation droht sich in den kommenden Jahren zu verschärfen. „Gut ein Drittel der substituierenden Kolleginnen und Kollegen sind über 60 Jahre alt.“

Viele weiße Flecken in der Substitutions-Landschaft gibt es heute schon im Kreis Euskirchen. In Zülpich und Euskirchen geben zwei Praxen Ersatzstoffe an Substitutionspatienten ab. In den anderen neun Gemeinden ist niemand dafür da. Ähnlich sieht es aus am Niederrhein, in den Kreisen Kleve und Heinsberg, im Oberbergischen und im Kreis Wesel.

### Dr. Michael Wefelberg | Kreis Wesel

Hier, in den Standorten Hünxe, Dinslaken und Wesel, hält Dr. med. Michael Wefelberg die Substitutions-Stellung. „Ich bin derzeit der einzige nordrheinische Substitutions-Arzt nördlich von Dinslaken“, sagt der 57-Jährige. Fast ein Jahr lang musste der Allgemeinmediziner mehr als 100 Abhängige an den Standorten allein mit Methadon, Polamidon, Buprenorphin oder den anderen Ersatzstoffen

versorgen. Der Grund: Drei Ärzte mit der Zusatzqualifikation Sucht haben das Medizinische Versorgungszentrum verlassen, die drei Neueinsteiger hatten diese nicht. Noch nicht. Das wird sich aber bald ändern. „Darüber bin ich froh“, sagt Wefelberg.

Dank „klarer Strukturen“ in der Praxis hat er die Zeit gemeistert: „Wir sind in der Praxis ein eingespieltes Team.“ Besonders die MFA mit der Zusatzqualifikation „Suchtmedizinische Versorgung“ sind gefragt. „Neben den medizinischen und organisatorischen Aufgaben, die sie übernehmen, sind sie vor allem ganz wichtige Kontaktpersonen für die Abhängigen“, betont Wefelberg.

### Kontrolle auf Beikonsum

Seit 1994 hilft er Abhängigen, teils in der reinen Substitutions-Praxis in Wesel, teils in seinen „normalen“ Praxen in Hünxe und Dinslaken – und er würde es immer wieder machen. Auch wenn eine sorgfältige Aufsicht der Therapie notwendig ist, zum Beispiel die Kontrolle auf sogenannten Beikonsum, also andere Drogen wie Alkohol, THC oder Kokain. Das heißt Urinkontrolle mindestens dreimal im Quartal, meist häufiger, bei „verdächtigen Patienten“ sogar täglich.

Die gut funktionierende Software erleichtert die Arbeit: Ein Blick auf den Bildschirm des Praxis-PC zum Beispiel zeigt Wefelberg sofort, wie sich ein Patient verhalten hat: grüne Zeilen stehen für negative Kontrollen, rote für positive. Störend findet er die drohenden Sank-

Dr. Michael Wefelberg vor der Dosiermaschine, in seinen Händen hält er die Methadonlösung. Links auf dem Bildschirm ist zu sehen, wie sich ein Patient verhalten hat: rote Zeilen zeigen Beikonsum an.





tionen bei fehlerhaften BtM-Rezepten. „Das Strafrecht muss aus diesem Kontext raus“, sagt der engagierte Kommunalpolitiker.

Als Arzt wiederum freut er sich über jeden Patienten, den er zurück in den Beruf bringt oder gar ganz aus der Abhängigkeit führen kann. „Bei den Abhängigen stehe ich vor einer echten medizinischen Herausforderung, einer Situation also, die sich jeder engagierte Arzt wünscht.“, sagt er. Früher seien diese Patienten kaum 40 Jahre alt geworden, heute liege dort das Durchschnittsalter.

In der seit Kurzem geltenden neuen Fassung der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) steckt das Ziel wie folgt fest: „Im Rahmen der ärztlichen Therapie soll eine Opioidabstinenz des Patienten angestrebt werden.“ Ebenso geht es einfach um „die Sicherstellung des Überlebens, die Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes sowie die Reduktion der Straffälligkeit“.

#### **Dr. Dagmar Anheyer | Düsseldorf**

Der Gesundheitszustand ist bei vielen Abhängigen desolat. Ihn zu verbessern ist das Ziel von

Dr. med. Dagmar Anheyer. „Viele sind medizinisch unterversorgt, leiden unter Wunden, Infekten oder psychischen Erkrankungen“, sagt die Allgemeinmedizinerin aus Düsseldorf. Seit 2004 hilft sie Abhängigen, mietete 2009 Praxisräume an der Luisenstraße nahe des Bahnhofs an, um hier zu substituieren. Anheyer stimmte sich mit dem Bezirkspolizeibeamten, dem Ordnungsamt und dem Amtsapotheker ab, suchte Kontakt zur Nachbarschaft. „Damit habe ich gute Erfahrungen gemacht und kann das nur empfehlen.“

Die Gegend ist keine für einen Familienausflug: Spielhallen, Shisha-Bars, Sex-Shops und schon am Mittag rund ein Dutzend Menschen mit Bierflaschen auf dem nahe gelegenen Mintrop-Platz. Nach der Einnahme des Ersatzstoffes müssen die Patienten von Anheyer und Internistin Christine Hattenbach, die mit in der Praxis arbeitet, die Umgebung wieder verlassen.

Es gibt klare Regeln. Die sind in einer Betreuungsvereinbarung fixiert, die jeder Patient in der Luisenstraße unterzeichnen muss. „Ich verzichte ausdrücklich auf jeglichen Beikonsum von Medikamenten, illegalen Drogen und

## **Bessere Vergütung für Substitutionsbehandlung**

Die Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen wird ab 1. Oktober 2017 besser vergütet. Mehr Honorar erhalten Ärzte für die Take-Home-Vergabe und die konsiliarische Untersuchung. Zudem kann eine Substitutionsbehandlung nun auch im Rahmen eines Hausbesuchs erfolgen.

Die Änderungen hat der Bewertungsausschuss beschlossen. Anlass waren die Änderungen der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV), die der Bundesrat im Mai beschlossen hatte. Danach können Ärzte beispielsweise in begründeten Einzelfällen ein Substitutions-

mittel auch für bis zu 30 Tage zur eigenverantwortlichen Einnahme verschreiben. Bislang war ein solch langer Zeitraum für die Take-Home-Vergabe in begründeten Einzelfällen nur für Aufenthalte im Ausland möglich.

#### **7,27 Euro für Take-Home-Vergabe**

Für die Take-Home-Vergabe gibt es im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) jetzt eine eigene Gebührenordnungsposition (GOP), die 01949. Sie ist extrabudgetär mit 69 Punkten bewertet (7,27 Euro) – und damit deutlich höher als die GOP 01950, die die Ärzte bislang abrechnen konnten.

Alkohol", heißt es darin zum Beispiel. In elf Paragrafen sind die Grundlagen für die Zusammenarbeit geregelt, wer dagegen verstößt, fliegt raus. „Wir sind keine Ersatz-Drogentankstelle, sondern eine Praxis, in der multimorbide Patienten behandelt werden“, erklärt Anheyer.

Beide Ärztinnen betreuen jeweils über 50 Substitutions-Patienten – und das an 365 Tagen im Jahr. „Ich fahre auch am Wochenende gern hierhin, um meinen Job zu machen“, sagt Internistin Hattenbach. Die Patienten seien „sehr nett, höflich und dankbar“. Angst haben die beiden Frauen nicht. „Wir behandeln unsere Patientinnen und Patienten wertschätzend – und werden auch umgekehrt geschätzt“, ergänzt Anheyer. Die Arbeit in der Substitutions-Praxis sieht sie als „tolle Ergänzung zur normalen Sprechstunde“ in ihrer Stammpraxis im Düsseldorfer Süden.

Bei den meisten Patienten ist es ihr Ziel, sie wieder so fit zu machen, dass eine Reintegration möglich ist. Auch wenn die beiden oft weit über den medizinischen Tellerrand schauen – das können sie nicht allein leisten. Dies

funktioniert nur in einem größeren Netzwerk, und das gibt es zum Glück.

Besonders gut arbeitet das Ärztinnen-Team aus der Luisenstraße mit der Düsseldorfer Drogenberatungsstelle „komm-pass“ zusammen. „Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter machen einen immens wichtigen Job, sie organisieren zum Beispiel Wohnungen oder helfen bei Amtsgängen“, so Anheyer. Die gemeinsamen Gespräche in der Praxis hätten sich als „überaus wertvoll“ erwiesen. „Zum einen wird das Vertrauen der Patienten in unsere ärztliche Arbeit gestärkt, zum anderen erhalten wir auf kurzem Wege schon mal Informationen, um in Krisensituationen früher eingreifen zu können.“

„Wir freuen uns über jeden Patienten, der clean wird, über jeden unserer Siege über die Sucht“,



Dr. Dagmar Anheyer (li.) und Christine Hattenbach in ihrer Praxis in der Düsseldorfer Luisenstraße – eine „tolle Ergänzung zur normalen Sprechstunde“.

Im Regelfall ist eine Take-Home-Vergabe bis zu sechs Tagen vorgesehen, am siebten Tag muss der Patient das Substitutionsmittel in der Praxis einnehmen. Die neue GOP ist je Behandlungstag, aber höchstens zweimal in der Behandlungswoche berechnungsfähig. Kommt der Take-Home-Patient öfter in die Praxis, kann der Arzt den Kontakt bei Vorliegen einer medizinischen Begründung über die GOP 01950 zusätzlich abrechnen.

Eine weitere GOP wurde für die konsiliarische Untersuchung und Beratung eines Patienten im Konsiliarverfahren in den EBM aufgenommen. Diese neue GOP 01960 ist mit 90 Punkten (9,48 Euro) bewertet und wird ebenfalls

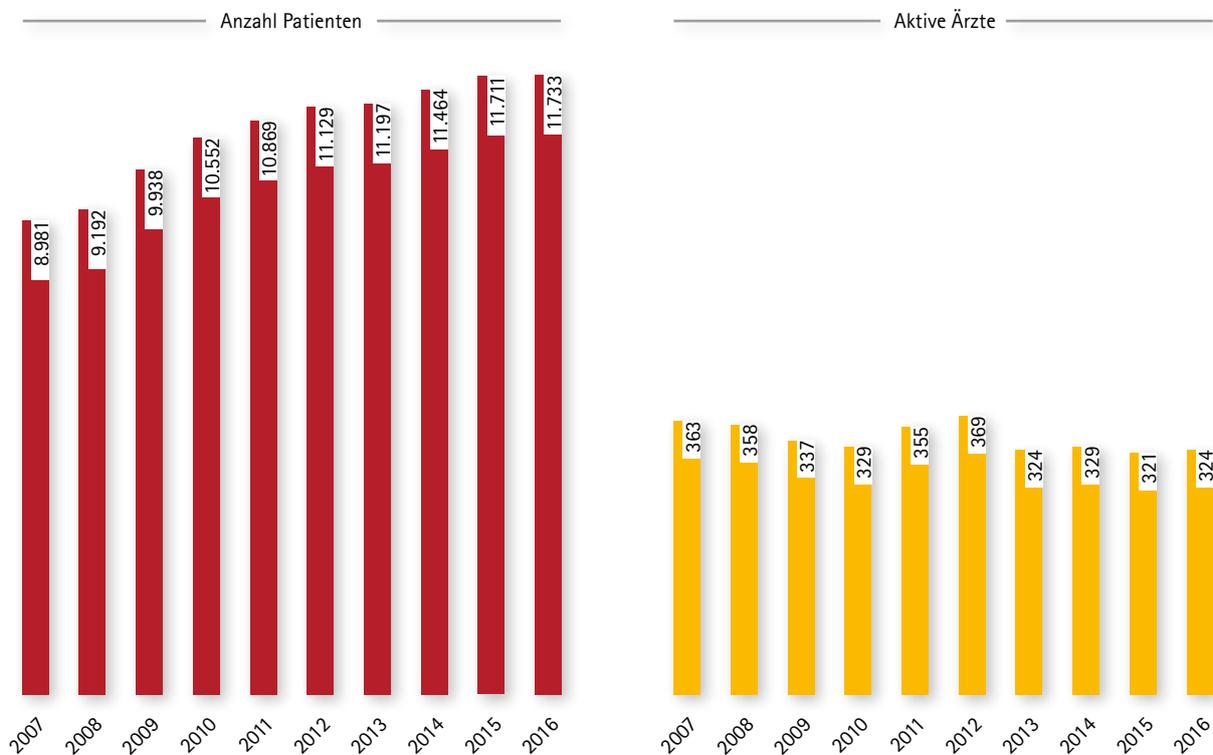
extrabudgetär vergütet. Diese GOP können ausschließlich suchtmmedizinisch qualifizierte Ärzte abrechnen.

### Substitution beim Hausbesuch

Weitere Neuerung: Eine Substitutionsbehandlung ist auch im Rahmen von Hausbesuchen möglich, zum Beispiel bei chronisch pflegebedürftigen Patienten. Abgerechnet wird über die üblichen GOP für Hausbesuche (01410 und 01413 für Mitpatienten) sowie die GOP 01950 oder GOP 01949 für die Substitutionsbehandlung während des Hausbesuchs. Eine Substitutionsbehandlung als alleiniger Grund für einen Hausbesuch ist allerdings nicht berechnungsfähig.

## Weniger Ärzte, mehr Patienten

Die Zahl der substituierten Patienten ist in den vergangenen zehn Jahren auf 11.733 gestiegen; die Zahl der Ärzte, die Substitutionstherapien durchführen, sank auf 322. Immer mehr Ärzte müssen folglich mehr als 50 Patienten substituieren.



sagt die Ärztin. Auch wenn die Siege nicht immer dauerhaft seien: Die Substitution dauere oft Jahre, mit Auf und Ab. Doch manch cleveren Patienten betreut sie nun in ihrer Garather Hausarztpraxis. „Das finde ich schön“, sagt Anheyer, schaut aus dem Fenster und lächelt.

### Take-Home-Vergabe verlängert

Das Bundesgesundheitsministerium hat längst erkannt, dass neue Ärzte für die Substitution gefunden werden müssen. Deswegen ist zum Beispiel möglich, dass Ärzte ohne die Qualifikation „Suchtmedizin“ ab Oktober 2017 zehn Patienten konsiliarisch betreuen dürfen. Bislang waren es nur drei. Zudem wurden die Take-Home-Verschreibungen ausgeweitet (siehe Kasten) und Einrichtungen wie Gesundheitsämtern, Hospizen und Heimen die Möglichkeit eingeräumt, Substitutionsmittel abzugeben.

„Es ist sehr gut, dass die Take-Home-Vergabe verlängert wurde“, sagt Krausbauer. Denn einige Patienten seien gut integriert, gingen geregelter Arbeit nach. „Die sollten nicht permanent in die Praxis kommen müssen“, so der Hausarzt aus Krefeld, der seit mehr als 20 Jahren die Substitutions-Kommission leitet.

Er hofft, dass sich jüngere Hausärztinnen und Hausärzte für die „interessante und wirklich befriedigende Substitutions-Tätigkeit“ finden. „Wir helfen den Abhängigen damit wirklich – vor allem, ein Leben in Würde zu führen.“

■ FRANK NAUNDORF

*Etwa 15.000 Menschen in Nordrhein sind abhängig von Opiaten. Ärztinnen und Ärzte können ihr Leben verlängern oder gar helfen, einen Weg aus dem Teufelskreis der Sucht zu ebnen. Wer an dieser Aufgabe mitwirken möchte, erhält mehr Infos in der „Geschäftsstelle Substitution“ der KV Nordrhein. Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de)*

KV | 170906

# Bitte,

*helfen Sie, chronisch kranke  
Drogenabhängige zu  
substituieren.*

*Eine professionelle Herausforderung  
und eine erfüllende Aufgabe.*

*Wir brauchen Sie,  
liebe Kollegen.*

[initiativkreis@bitte-substituieren-sie.de](mailto:initiativkreis@bitte-substituieren-sie.de)

[www.bitte-substituieren-sie.de](http://www.bitte-substituieren-sie.de)



Mit Unterstützung von: Bundesärztekammer, Drogenbeauftragte der Bundesregierung und Gesundheitspolitikern der Fraktionen von CDU/CSU, SPD, FDP, B'90/Grüne, LINKE



## Mehr Honorar für Akutbehandlung und Co.

Die am 1. April 2017 neu eingeführten Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung werden besser honoriert. Der Bewertungsausschuss hat am 21. Juni beschlossen, diese Leistungen höher zu vergüten. Durch weitere Anpassungen der Gebührenordnungspositionen (GOP) wurde der Abschnitt 35.2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) umstrukturiert.

Vertragsärzte und -psychotherapeuten bekommen rückwirkend ab 1. April 2017 für die psychotherapeutische Sprechstunde und für die Akutbehandlung mehr Honorar. Damit erhalten sie für die neuen Leistungen so viel, wie die Krankenkassen für eine Richtlinien-Psychotherapiestunde bezahlen. Angehoben wird außerdem der Strukturzuschlag, der auf die psychotherapeutische Sprechstunde und auf die Akutbehandlung gezahlt wird.

### Sprechstunde als Grundversorgung

Der Bewertungsausschuss hat zudem festgelegt, dass die psychotherapeutische Sprechstunde zu den Leistungen der Grundversorgung gezählt wird. Dadurch können Psychotherapeuten die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) inklusive des Zuschlags zur PFG jetzt auch für Behandlungsfälle erhalten, bei denen eine psychotherapeutische Sprechstunde abgerechnet wurde. Die Bewertung der PFG und des Zuschlags wur-

de leicht angehoben. Die Regelungen zur PFG gelten ebenfalls rückwirkend ab 1. April 2017.

Darüber hinaus hat der Bewertungsausschuss beschlossen, dass die Hypnose (GOP 35120) wieder neben Leistungen der Verhaltenstherapie (GOP 35220 bis 35225) abgerechnet werden kann. Dieser Beschluss gilt auch rückwirkend ab 1. April 2017.

Aufgrund der Anpassungen wurde der EBM-Abschnitt 35.2 zum 1. Juli 2017 neu strukturiert. Alle bisher gültigen GOP wurden zum 1. Juli gestrichen. Die Abrechnung erfolgt nach der neuen Systematik mit den neuen GOP.

Ein Grund ist die Vielzahl an neuen GOP vor allem für die Gruppentherapien: Für jede Gruppengröße gibt es seit dem 1. Juli eine eigene GOP. Wurde bisher nur zwischen kleinen und großen Gruppen unterschieden, richtet sich die Höhe der Bewertung seit Juli nach der genauen Anzahl der Teilnehmer. Die Gruppenleistungen wurden dazu neu bewertet.

Im Ergebnis steigt das Honorar für Gruppentherapien um etwa 20 Prozent. Dabei ist der Zuwachs je nach Gruppenstärke unterschiedlich hoch. Lediglich bei der Vierer-Gruppe führte die Neukalkulation zu einer leichten Absenkung des Honorars. Mit der Umstellung entfallen seit Juli die alten GOP für die Gruppentherapie. Für die neuen GOP wurde der Abschnitt 35.2.2 eingeführt. ■ MARSCHA EDMONDS

Mehr Informationen zur Honorierung der neuen psychotherapeutischen Leistungen finden Sie unter [kbv.de](http://kbv.de) KV | 170908

Leistung	GOP	Punkte	Euro
Psychotherapeutische Sprechstunde (je vollendete 25 Minuten)	35151	421	44,33
Psychotherapeutische Akutbehandlung (je vollendete 25 Minuten)	35152	421	44,33
Strukturzuschlag*	35254	72	7,58
Psychotherapeutische Sprechstunde und psychotherapeutische Akutbehandlung	(bis 30.06.2017) 35573 (ab 01.07.2017)		
PFG und PFG-Zuschlag*	22216	170	17,90
	22218	46	4,84
	23216	170	17,90
	23218	46	4,84

\* setzt die KNVO automatisch zu

# Wechsel der Praxissoftware wird leichter

Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sollen Praxissysteme künftig leichter wechseln und Zusatzmodule flexibler anbinden können. Eine Änderung des Paragraphen 291d im Sozialgesetzbuch Fünft (SGB V) regelt die Integration offener und standardisierter Schnittstellen in Praxisverwaltungs- und Krankenhausinformationssystemen für Softwarehersteller.

Softwareänderungen, die beispielsweise durch den Gesetzgeber erforderlich werden, sollen demnach in allen Systemen auf die gleiche Art erfolgen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sollen dafür jeweils für ihren Sektor offene und einheitliche Schnittstellen definieren.

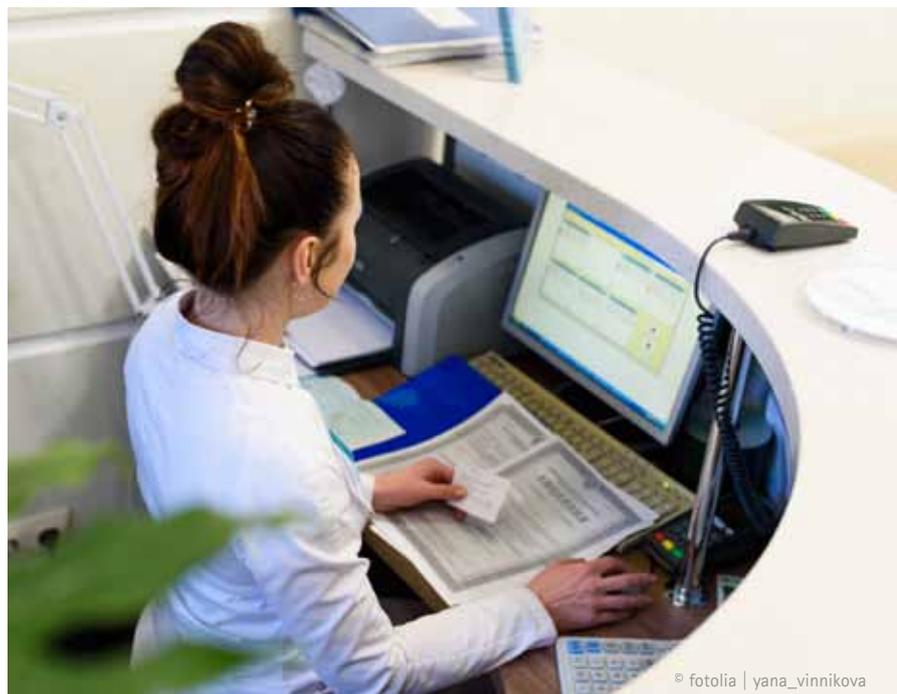
### Umsetzung innerhalb von zwei Jahren

In dem neuen Paragraphen 291d SGB V werden die Softwarehersteller verpflichtet, innerhalb von zwei Jahren offene und standardisierte Schnittstellen für die Archivierung von Patientendaten und für den Systemwechsel zu schaffen. Diese Frist gilt für die Industrie und läuft, sobald die KBV, die KZBV und die DKG einheitliche Schnittstellen definiert haben. Hierfür wurde keine Frist festgelegt.

„Wir haben uns schon immer für eine Interoperabilität zwischen den Praxisverwaltungssystemen eingesetzt. Ich begrüße es sehr, dass der Gesetzgeber diesen wichtigen Schritt nun gegangen ist. Dadurch sind niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten künftig nicht einseitig an einen Anbieter gebunden“, erklärte Dr. Thomas Kriedel, Mitglied des Vorstands der KBV.

### In jeder Praxissoftware

Die geänderten Regelungen betreffen neben Praxisverwaltungs- und Krankenhausinformationssystemen auch elektronische Program-



© fotolia | yana\_vinnikova

me für Infektionsschutzmeldungen und für die Verordnung von Arzneimitteln.

Nachdem der Bundestag bereits am 1. Juni 2017 eine entsprechende Änderung beschlossen hatte, hat am 7. Juli auch der Bundesrat der Regelung zugestimmt. Neben der jetzigen Änderung behält sich das Bundesgesundheitsministerium das Recht vor, weitere Schnittstellen per Rechtsverordnung festzulegen. Diese bedürfen dann keiner weiteren Zustimmung des Bundesrates. ■ MARSCHA EDMONDS

Weitere Informationen zum E-Health-Gesetz finden Sie auf [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 170909](https://www.kvno.de/kvno/170909)

Zusatzmodule lassen sich künftig von verschiedenen Herstellern in die Praxissoftware integrieren.

## Wann gibt es sie?

Um in die Telematik-Infrastruktur einzusteigen, sind mehrere Komponenten nötig. Die braucht jede Praxis – und jede „Nebenbetriebsstätte“. Derzeit ist aber noch nichts davon erhältlich. Die Übersicht zeigt, wann mit welcher Komponente zu rechnen ist. Übrigens: Voraussetzung zum Einstieg in die TI ist ein Internetzugang. Ein einfacher DSL-Anschluss reicht aus.



### Konnektor

Funktion: Zugang zur TI herstellen; der Konnektor ist mit dem Kartenterminal und der Praxissoftware verbunden.

Erhältlich: Die Kocobox der Compugroup soll ab Herbst 2017 lieferbar sein, Modelle anderer Hersteller ab 2018.

Info: Systemhaus oder Praxissoftware-Hersteller; Liste der zugelassenen Konnektoren unter [gematik.de](http://gematik.de)



### Kartenterminal

Funktion: eGesundheitskarte in der Praxis einlesen

Erhältlich: voraussichtlich ab Herbst 2017

Info: Systemhaus oder Praxissoftware-Hersteller; Liste der zugelassenen Konnektoren unter [gematik.de](http://gematik.de)

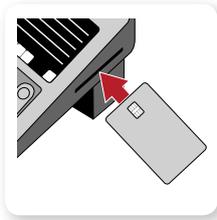


### Mobiles Kartenterminal

Funktion: eGesundheitskarte außerhalb der Praxis einlesen

Erhältlich: Alte Geräte können weiter verwendet werden, neue Geräte ab 2018.

Info: Systemhaus oder Praxissoftware-Hersteller; Liste der zugelassenen Konnektoren unter [gematik.de](http://gematik.de)

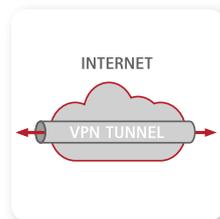


### Praxisausweis (SMC-B-Karte)

Funktion: zur TI-Anmeldung der Praxis;  
wird in das Kartenterminal gesteckt

Erhältlich: voraussichtlich ab Herbst 2017

Info: Hersteller der Praxisausweise; Liste der zugelassenen Anbieter unter [kbv.de/html/telematikinfrastruktur.php](http://kbv.de/html/telematikinfrastruktur.php)



### VPN-Zugangsdienst

Funktion: Zugang zur TI herstellen

Erhältlich: bei ersten Anbietern voraussichtlich ab Herbst 2017

Info: Systemhaus oder Praxissoftware-Hersteller; Liste der zugelassenen Zugangsdienste unter [gematik.de](http://gematik.de)



### Praxissoftware-Update

Funktion: Praxissoftware muss Zugang zur TI ermöglichen,  
um Versichertenstammdaten einlesen zu können

Erhältlich: je nach Praxissoftware-Hersteller; erste Systeme voraussichtlich ab September 2017, das Gros vermutlich ab 2018

Info: Systemhaus oder Praxissoftware-Hersteller

■ FRANK NAUNDORF

## TI: Deadline auf Ende 2018 verschoben

Der Gesetzgeber will die Einführungsphase für den Online-Rollout verlängern. Einen entsprechenden Gesetzentwurf hat das Bundesgesundheitsministerium vorbereitet. Praxen hätten demnach bis 31. Dezember 2018 Zeit, in die nötige Technik zu investieren. Erst dann soll der Online-Abgleich der Versichertenstammdaten für die Praxen verpflichtend sein. Für eine Verschiebung des Starttermins hatte sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung eingesetzt (siehe Seite 12).

Aktuelle Informationen, Checklisten und Kontaktdaten hat die KV Nordrhein für Sie in einem kompakten Internet-Angebot zusammengestellt. Sie finden die Seiten unter [onlinerollout.de](http://onlinerollout.de) | [KV | 170911](http://KV170911)



## Mehr Zeit für Einstieg in TI-Infrastruktur

Bei der Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein am 23. Juni 2017 waren die aktuellen Entwicklungen bei der Telematik-Infrastruktur (TI) und deren Online-Rollout das wichtigste Thema. Angesichts der aktuellen Verzögerungen bei der Bereitstellung der Hardware mahnten Vorstand und Delegierte zur Zurückhaltung beim Einstieg in die Technik.

Ursprünglich sollten alle Praxen bis zum 1. Juli 2018 mit der neuen Technik ausgerüstet und damit in der Lage sein, unter anderem den Versichertenstammdatenabgleich online durchzuführen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband hatten sich Anfang Mai auf eine Finanzierungsvereinbarung geeinigt – damit sollten die Voraussetzungen für die Anbindung an die sektorenübergreifende TI gegeben sein. Der Rollout sollte starten.

### Kühlen Kopf bewahren

Aber: „Gespräche der KBV mit dem Bundesministerium für Gesundheit über eine Verlängerung der Frist laufen bereits“, sagte Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, in seinem Bericht auf der VV. Der ursprüngliche Zeitplan wird nicht einzuhalten sein – schon deshalb, weil die Industrie derzeit noch keinen zertifizierten Konnektor ausliefern kann.

„Wir hoffen, dass die notwendigen IT-Komponenten ab dem dritten Quartal erhältlich sind, und empfehlen unseren Mitgliedern, den Praxis-Einstieg in die TI mit kühlem Kopf zu gestalten und kein ‚Windhundrennen‘ zu starten“, sagte Bergmann. Die Delegierten fassten einen zum Standpunkt des Vorstands passenden Beschluss, der „zurzeit“ davon abrät, die nötige Hardware anzuschaffen beziehungsweise zu bestellen – die Praxen müssen also

den Markt weiter im Blick behalten. Das Bundesgesundheitsministerium hat inzwischen auf die Startschwierigkeiten reagiert und erwägt offenbar eine Fristverlängerung für die Pflichtenwendungen – voraussichtlich um ein halbes Jahr bis Ende 2018.

### Mehr Geld für Psychotherapeuten

Weiteres Thema der VV waren aktuelle Entscheidungen der Gesundheitspolitik auf Bundesebene. Die durch den Bewertungsausschuss vorgenommene Entscheidung, die Vergütung für die neuen Psychotherapie-Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde sowie der Akutbehandlung rückwirkend zum 1. April zu erhöhen, bewertete Bergmann als eine aus Sicht der KV Nordrhein ausgesprochen positive Entscheidung. An den entscheidenden Beratungen des Bewertungsausschusses war Bergmann direkt beteiligt.

Dr. med. Carsten König, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, informierte die Delegierten unter anderem über verstärkte Aktivitäten zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung – unter anderem über die Arbeit an einer neuen „Sicherstellungs-Richtlinie“, zusammen mit den Beratenden Fachausschüssen der KV Nordrhein, und die Bildung einer „Task Force“ für zentrale Sicherstellungsfragen. ■ DR. HEIKO SCHMITZ

Die Beschlüsse der VV finden Sie auf [kvno.de](http://kvno.de)  
KV | 170912



## Neues auf den Punkt gebracht

Besser informiert mit den Newslettern der KV Nordrhein

### ■ KVNO-Ticker

Der Nachrichtendienst der KV Nordrhein inklusive aktueller Honorar-Informationen

### ■ Amtliche Bekanntmachungen

Ob Ausschreibungen, Honorarverteilungsmaßstab oder Verträge: Die Amtlichen Bekanntmachungen der KV Nordrhein gibt es jetzt auch als Newsletter.

### ■ Internet

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

### ■ IT-Beratung

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

### ■ MFA aktuell

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

### ■ Praxis & Patient

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

### ■ VIN – VerordnungsInfo Nordrhein

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



**Engagiert für Gesundheit.**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein



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

## Versorgungsniveau in Nordrhein erhalten

Der Bewertungsausschuss hat zum 1. Oktober 2017 neue Leistungen zur Palliativversorgung festgelegt. Inwieweit diese neuen bundesweiten Regelungen eine Anpassung der regionalen Verträge zur allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) erfordern, prüft die KV Nordrhein aktuell in Verhandlungsgesprächen mit den nordrheinischen Krankenkassen. Ziel ist vor allem, das hohe Qualitätsniveau der hiesigen AAPV zu erhalten.

Die ambulante Palliativversorgung durch Haus- und Fachärzte erhält zum 1. Oktober acht neue Gebührenordnungspositionen (GOP) im neuen Abschnitt 37.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Der gemeinsame Bewertungsausschuss hat zudem die Vergütung für die neuen EBM-Leistungen festgelegt.

### Ersterhebung und Koordination

Zu den Leistungen gehört die palliativmedizinische Ersterhebung, bei der der Arzt anhand eines Assessments den individuellen palliativen Bedarf des Patienten ermittelt, zum Beispiel für eine Schmerztherapie (GOP 37300: 392 Punkte, 41,28 Euro). Für die Koordination der palliativmedizinischen und -pflegerischen Versorgung erhalten die teilnehmenden Haus- und Fachärzte einen Zuschlag zur Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale.

Hierbei geht es vor allem um die Zusammenarbeit mit Palliativdiensten, Teams der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) und Hospizen (GOP 37302: 275 Punkte, 28,96 Euro).

### Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft

Für die telefonische Erreichbarkeit und Besuchsbereitschaft außerhalb der Sprechstundenzeiten erhalten die Ärzte eine einmalige Vergütung von 150 Euro. Die Zeiten, wann der Arzt erreichbar ist, stimmt er mit den Patienten, den Angehörigen oder den Pflegekräften ab (GOP 37317: 1.425 Punkte). Längere Telefonate mit dem Pflegepersonal, dem ärztlichen Bereitschaftsdienst oder den Angehörigen außerhalb der Sprechstundenzeiten werden ebenfalls vergütet (GOP 37318: 213 Punkte, 22,43 Euro).

### Hausbesuche

Erfolgt die palliativmedizinische Betreuung des Patienten zu Hause, im Pflegeheim oder im Hospiz, können Ärzte Zuschläge (GOP 37305: 124 Punkte je vollendete 15 Minuten, 13,05 Euro) zu den Hausbesuchen (GOP 01410, GOP 01413) berechnen. Der Zuschlag kann bis zu sechs Mal am Behandlungstag, also für bis zu 1,5 Stunden Besuchsbetreuung, berechnet werden.

Im Falle dringender Besuche ist zukünftig ein weiterer neuer Zuschlag mit eigener GOP je

### Teilnehmer an der Palliativversorgung Nordrhein

Die ambulante Palliativversorgung soll dabei helfen, schwer kranken Menschen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung und bei ihren Angehörigen zu ermöglichen. In Nordrhein nehmen derzeit 830 Praxen an der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung mit 1.877 fortgebildeten Haus-/Fachärzten teil, darunter 373 besonders qualifizierte Palliativärzte. Die SAPV wird von 23 „Palliative-Care-Teams“ übernommen.

Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 170914](http://kvno.de)

Besuch (GOP 37320: 64 Punkte, 6,74 Euro) ansetzbar. Die Zuschläge zu den Besuchen sowie Fallkonferenzen können alle an der Versorgung von Palliativpatienten beteiligten Ärzte abrechnen. Eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung ist dafür nicht erforderlich.

### Konsiliarische Erörterung

Ein weiterer Bestandteil des neuen EBM-Abschnitts 37.3 ist eine Pauschale für die konsiliarische Erörterung komplexer Fragestellungen. Konsiliarisch tätige Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin können diese GOP abrechnen, wenn sie von einem palliativmedizinisch betreuenden Haus- oder Facharzt wegen einer speziellen Fragestellung zu Rate gezogen werden, aber nicht den Patienten visitieren (GOP 37314: 106 Punkte, 11,16 Euro).

### Extrabudgetäre Vergütung

Die GOP des Abschnitts 37.3 werden extrabudgetär zu festen Preisen vergütet, zunächst für zwei Jahre. Darüber hinaus empfiehlt der Bewertungsausschuss den Vertragspartnern auf Landesebene, ab Oktober auch die palliativmedizinischen Leistungen in den haus- und kinderärztlichen EBM-Kapiteln (Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5) für zwei Jahre extrabudgetär zu honorieren.

### Bestehende Regelungen

Auf die regionalen Regelungen zur Palliativversorgung hat die bundesweite Vereinbarung (Anlage 30 zum BMV-Ä) keinen Einfluss. Auch die palliativmedizinischen Leistungen in den haus- und kinderärztlichen EBM-Kapiteln können weiter abgerechnet werden – allerdings bestehen entsprechende Berechnungsausschlüsse zu den neuen GOP. ■ SIGRID MÜLLER

*Eine Übersicht der neuen GOP finden Sie zum Herunterladen unter [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 170915](http://kvno.de)*

## „Ich bin ein Anhänger der Selbstverwaltung“

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) folgte am 30. Juni 2017 der Einladung der KV Nordrhein und gab in seiner Rede ein klares Bekenntnis zur Selbstverwaltung ab. Weitere Redner auf dem gesundheitspolitischen Abend im Haus der Ärzteschaft waren Dr. med. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, und KVNO-Chef Dr. med. Frank Bergmann. Die anschließende Diskussion kreiste um aktuelle Herausforderungen der Gesundheitspolitik – vor und nach der Bundestagswahl.

Mehr Infos zur Veranstaltung unter [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 170915](http://kvno.de)





## Herzscreening bei Neugeborenen seit Juli im EBM

Seit 1. Juli 2017 können Ärzte das Screening auf kritische angeborene Herzfehler bei Neugeborenen mittels Pulsoxymetrie über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechnen.

Dazu wurden zwei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM-Abschnitt 1.7.1 aufgenommen.

- GOP 01702: 2,95 Euro  
Aufklärung der Eltern zum Screening ohne Durchführung des Screenings
- GOP 01703: 16,53 Euro  
Aufklärung der Eltern zum Screening mit Durchführung des Screenings; die Ergebnisse werden im Gelben Heft – zunächst mittels Einlageblatt – dokumentiert.

Beide GOP können bis zur U2 berechnet werden, sofern noch kein Pulsoxymetrie-Screening im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert ist. Allerdings können nicht beide Leistungen für dasselbe Neugeborene abgerechnet werden. Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und damit extrabudgetär zum festen Preis. Anspruch auf das Screening haben alle Neugeborenen, bei denen pränatal kein kritischer Herzfehler diagnostiziert wurde.

Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 170916](#)

## Geschlechtsspezifische Leistungen: Abrechnung neu geregelt

Ärzte können geschlechtsspezifische Leistungen wie die Untersuchung der Prostata oder eine Mammografie seit Juli unabhängig von der personenstandsrechtlichen Geschlechtszuordnung abrechnen. Entscheidend ist der organbezogene Befund, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mitgeteilt.

Bisher galten die Bestimmungen nur, wenn bei einer Person das Geschlecht nicht zugeordnet werden konnte und auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) bei Geschlecht ein „X“ für „unbestimmtes Geschlecht“ gespeichert war. Jetzt ist der organbezogene Befund auch bei Patienten mit bestimmtem Geschlecht bei Trans- oder Intersexualität ausschlaggebend. Zur Abrechnung müssen Ärzte die bundeseinheitliche Pseudoziffer 88150 sowie den ICD-10-Kode für Inter- oder Transsexualität angeben.

Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 170916](#)

## Neue GOP für Kontrolle von Schrittmachersystemen

Die Abrechnungssystematik zur Kontrolle von Schrittmachersystemen wird ab 1. Oktober 2017 differenzierter. In EBM-Kapitel 4 (Pädiatrie) und 13 (Innere Medizin, Kardiologie) werden jeweils drei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) für die konventionelle Kontrolle und zwei GOP für die telemedizinische Funktionsanalyse von Schrittmachern aufgenommen. Zugleich werden die bisherigen GOP 04417, 04418, 13552 und 13554 gestrichen.

Die Bewertung der neuen GOP ist abhängig vom Aggregattyp und nicht davon, ob es sich um eine konventionelle und telemedizinische Funktionskontrolle handelt. Damit wird der Aufwand für die Kontrolle der unterschiedlichen Systeme besser berücksichtigt. Die Vergütung erfolgt – wie bei den bisherigen GOP – innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Unterschieden werden Herzschrittmacher, implantierte Kardioverter/Defibrillatoren und implantierte Systeme zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D).

Vertragsärzte, die solche Kontrolluntersuchungen durchführen wollen, benötigen eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Abrechnen können sie die Leistungen

bis zum 31. Dezember 2017 noch nach der alten Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-Vereinbarung), da die Übergangsregelung zur QS-Vereinbarung um ein halbes Jahr verlängert wurde. Ab Januar 2018 gelten dann die Anforderungen der neuen Vereinbarung.

## Neue GOP ab 1. Oktober 2017 im Überblick

Art der Funktionskontrolle	GOP	Bewertung (Punkte)
konventionell	13571 (Schrittmacher)	189
	13573 (Kardioverter/Defibrillator)	350
	13575 (CRT)	431
telemedizinisch	13574 (Kardioverter/Defibrillator)	350
	13576 (CRT)	431
konventionell	04411 (Schrittmacher)	347
	04413 (Kardioverter/Defibrillator)	641
	04415 (CRT)	789
Telemedizinisch	04414 (Kardioverter/Defibrillator)	641
	04416 (CRT)	789

Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 170917](https://www.kvno.de/kvno/170917)

## Weiterführendes geriatrisches Assessment wird einfacher

Die Regelungen für geriatrisch spezialisierte Hausärzte werden ab Oktober 2017 vereinfacht. So entfällt in bestimmten Fällen die Überweisungspflicht für ein weiterführendes geriatrisches Assessment. Der Bewertungsausschuss hat dazu den Abschnitt 30.13 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) angepasst.

Bislang darf ein weiterführendes geriatrisches Assessment (GOP 30984) nur auf Überweisung eines Hausarztes oder von bestimmten Fachärzten in Kooperation mit einem Hausarzt erfolgen. Das Assessment ist Teil der spezialisierten geriatrischen Diagnostik, die vor einem Jahr neu in den EBM aufgenommen wurde.

Ab dem 1. Oktober können geriatrisch spezialisierte Hausärzte für ihre Patienten selbst das weiterführende geriatrische Assessment durchführen und die Gebührenordnungsposition (GOP) 30984 abrechnen. Voraussetzung ist, dass ein anderer spezialisierter geriatrischer Vertragsarzt bescheinigt, dass das Assessment erforderlich ist. Dieser rechnet dafür die GOP 30981 (Vorabklärung durch den geriatrisch spezialisierten Vertragsarzt) ab.

Lediglich die Prüfung durch den Hausarzt, ob ein Patient überhaupt für eine weiterführende geriatrische Diagnostik geeignet ist und gegebenenfalls zusätzliche Befunde für das weiterführende Assessments erforderlich sind, darf auch jetzt schon durch ihn erfolgen (GOP 30980). Daran ändert sich nichts.

Bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) musste zusätzlich nachgebessert werden, da Überweisungen innerhalb der Einrichtungen bislang nicht möglich sind.

Dies ändert sich künftig. Voraussetzung ist, dass in dem MVZ oder der BAG ein Hausarzt und ein geriatrisch spezialisierter Arzt zusammenarbeiten und zuvor ein hausärztliches geriatrisches Basisassessment (GOP 03360) erfolgt ist, aus dem sich die Notwendigkeit für ein weiterführendes Assessment ergeben hat.

Der Aufwand für die Abstimmung ist innerhalb eines MVZ oder einer BAG geringer. Daher wird die Vergütung der Vorabklärung (GOP 30980 und GOP 30981) halbiert: Statt 20,43 Euro (GOP 30980) und 13,79 Euro (GOP

30981) erhalten Ärzte dort 10,21 beziehungsweise 6,90 Euro.

Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 170918](http://kvno.de)

## Höhere Bewertung von Früherkennungsuntersuchungen



© JenkoAtaman | Fotolia

Auch Kinderärzte können seit Juli Präventionsleistungen auf dem neuen Muster 36 empfehlen. Da dies mit zusätzlichem Aufwand verbunden ist, werden verschiedene Vorsorgeuntersuchungen nun höher bewertet.

Zum 1. Juli dieses Jahres wurde die Bewertung der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 und J1 (GOP 01713 bis 01720 und 01723) sowie der Gesundheitsuntersuchung für Erwachsene (GOP 01732) um jeweils einen Punkt angehoben. Die Finanzierung erfolgt extrabudgetär.

Hintergrund sind Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der Kinder-Richtlinie, der Jugendgesundheitsuntersuchungs-Richtlinie und der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie vom 21. Juni 2016, in denen gesetzliche Vorgaben zur Ausstellung von Präventionsempfehlungen umgesetzt wurden. Danach können Ärzte seit dem 1. Juli bei Bedarf Empfehlungen zu Präventionsleistungen ausstellen, die der Patient bei seiner Krankenkasse einreichen kann und die bei der Entscheidung zur Genehmigung von Präventionsleistungen berücksichtigt werden. Die Verordnung erfolgt auf dem neuen Formular 36.

## Psychotherapie: Neue GOP seit 1. Juli

Psychotherapeuten müssen ihre Abrechnung seit 1. Juli 2017 auf neue Gebührenordnungspositionen (GOP) umstellen. Im Zuge der Strukturreform wurde der EBM-Abschnitt 35.2 umgebaut. Betroffen sind die Einzel- und Gruppentherapien sowie Strukturzuschläge.

Ein wesentlicher Grund für die angepasste Struktur ist die Vielzahl an neuen GOP vor allem für die Gruppentherapien: Für jede Gruppengröße gibt es seit dem 1. Juli eine eigene GOP. Außerdem wurden die Gruppenleistungen neu bewertet – im Durchschnitt steigt das Honorar um etwa 20 Prozent.

Um trotzdem alle Leistungen übersichtlich und systematisch abbilden zu können, wurde der Abschnitt 35.2 im EBM in drei Abschnitte unterteilt:

- 35.2.1 für Einzeltherapien (GOP 35401 bis 35425)
- 35.2.2 für Gruppentherapien (GOP 35503 bis 35559)
- 35.2.3 für Zuschläge (GOP 35571, 35572, 35573)

Infolgedessen erhalten alle Leistungen neue Gebührenordnungspositionen.

Von der Umstrukturierung betroffen ist auch der Abschnitt 35.3: Die darin enthaltenen psychodiagnostischen Testverfahren bekommen ebenfalls neue GOP. Alle GOP des EBM-Abschnitts 35.1 bleiben unverändert. Dazu zählen auch die probatorische Sitzung (GOP 35150), die Psychotherapeutische Sprechstunde (GOP 35151) und die Psychotherapeutische Akutbehandlung (GOP 35152).

Die bisher gültigen GOP wurden zum 1. Juli gestrichen. Die Abrechnung erfolgt jetzt nach der neuen Systematik mit den neuen GOP. Die Änderungen werden mit einem Software-

Update im Praxisverwaltungssystem umgesetzt.

Die KBV hat für die drei anerkannten Therapieverfahren – analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie – auf jeweils einer Seite die neuen GOP dargestellt. Diese Übersichten stehen im Internet zum Download bereit.

Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 170919](#)

## Hausarztvertrag mit der Knappschaft aktualisiert

Zum 1. Juli 2017 wurde der bestehende Hausarztvertrag mit der Knappschaft angepasst. Folgende Regelungen wurden vereinbart:

- Hausärzte, die an den Gesundheitsnetzen „Prosper“ oder „ProGesund“ teilnehmen, können nun auch an dem Hausarztvertrag mit der Knappschaft teilnehmen, wenn sie die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.
- Medikationscheck: Die bisherige Regelung, bei der der Arzt nach Durchführung des Medikationschecks die Verordnungsliste an die Knappschaft übermittelt, entfällt. Die Knappschaft stellt der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Abrechnungsprüfung eine Liste der Patienten zur Verfügung, die einem Medikationscheck zustimmen. Zudem muss der Hausarzt das Ergebnis des Medikationschecks nicht mehr an die Knappschaft übermitteln.
- Zum 1. Oktober 2017 wird schließlich die Teilnahmeerklärung der Versicherten um den Passus ergänzt, dass die Versicherten ihre Teilnahme innerhalb einer Frist von zwei Wochen gegenüber der Knappschaft widerrufen können. Bis Ende September können Ärzte noch die bisherige Teilnahmeerklärung verwenden.

Die Änderungen sind in einem Nachtrag zum Vertrag zusammengefasst. Diesen finden Sie unter [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 170919](#)

## Neue Risikodefinition für MRSA-Patienten seit 1. Juli

Ein größerer Kreis von Risikopatienten kann seit 1. Juli 2017 in der ambulanten Versorgung auf den Keim Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus (MRSA) getestet werden. Anschließend kann gegebenenfalls eine Sanie-



© spotmatikphoto | Fotolia

rung durchgeführt werden. Die Anpassung ergibt sich durch die bereits im Jahr 2014 erweiterten beziehungsweise geänderten Empfehlungen der „Kommission für Krankenhaushygiene und Infektprävention (KRINKO)“ des Robert Koch-Instituts. Im Gegensatz zu der bisherigen Definition reicht jetzt bereits das Vorliegen eines Risikos – wie eine chronische Pflegebedürftigkeit des Patienten oder ein positiver MRSA-Nachweis in der Anamnese – aus, um eine Sanierung durchzuführen.

Die Grundvoraussetzung zur Testung auf MRSA innerhalb des ambulanten Bereichs bleibt nach wie vor unverändert: Patienten müssen innerhalb der vergangenen sechs Monate an mindestens vier zusammenhängenden Tagen stationär behandelt worden sein.

Der EBM-Abschnitt 30.12, der Leistungen der speziellen Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA enthält, wurde zum 1. Juli entsprechend angepasst. Die Risikode-

MRSA-Keime werden in Deutschland hauptsächlich in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen übertragen. Seit Juli kann nun ein größerer Kreis von Risikopatienten in der ambulanten Versorgung auf MRSA getestet werden.

definition der angepassten KRINKO-Empfehlungen (Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA-Stämmen in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen, Bundesgesundheitsblatt 6/2014) wurde übernommen.

Zur Sanierung und Behandlung bei MRSA-Befall ist weiterhin nur die Mupirocin-Nasensalbe (z. B. Turixin) verordnungsfähig. Die Nasensalbe kann bei einer Infektion beziehungsweise Erkrankung verordnet werden. Bei einer Eradikationstherapie ohne Krankheitszeichen ist die Salbe nur von Ärzten, die an der Qualitätssicherungs-Vereinbarung MRSA teilnehmen, zulasten der GKV verordnungsfähig. Waschlotionen, Desinfektionsmittel, Handschuhe und Mundschutz für die Patienten können weiterhin nicht auf einem Kassenrezept verordnet werden.

Mehr Infos unter [kvno.de](#) | [KV | 170920](#)

## Bauchaortenaneurysmen: Früherkennung Kassenleistung

Künftig haben gesetzlich krankenversicherte Männer ab 65 Jahren Anspruch auf ein einmaliges Ultraschallscreening zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen. Sie sind wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge davon wesentlich häufiger betroffen als Frauen. Die entsprechende Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und die begleitende Versicherteninformation sind im Juni 2017 in Kraft getreten.

Bevor das Screeningangebot genutzt werden kann, muss der Bewertungsausschuss jedoch noch die Vergütung der neuen Leistung festlegen. Dafür haben die Vertragspartner – Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband – bis zu sechs Monate Zeit.

Die Details des neuen Screenings hatte der G-BA bereits im Oktober 2016 beschlossen, das Inkrafttreten jedoch mit dem Vorliegen einer entsprechenden Versicherteninformation verknüpft. Diese soll die ärztliche Beratung zum Screening unterstützen. Arztpraxen beziehen diese über ihre Kassenärztlichen Vereinigungen.

Das Screening soll bevorzugt im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung „Check-up 35“ einmalig erfolgen. Alle Ärzte, die eine Genehmigung zur Ultraschalluntersuchung des Bauches (Anwendungsbereich 7.1 der Ultraschallvereinbarung) haben, dürfen die Leistung durchführen. Eine Evaluation der neuen Vorsorge ist drei Jahre nach Inkrafttreten vorgesehen.

Mehr Infos unter [kvno.de](#) | [KV | 170920](#)

## ZiPP-Befragung zu Praxiskosten und zum ambulanten Operieren

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) startet eine neue Datenerhebung zur wirtschaftlichen Situation der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Hierzu schreibt das Institut in den nächsten Wochen alle Praxen mit der Bitte an, am Praxis-Panel des Zi (ZiPP) teilzunehmen.

Abgefragt werden Daten zu Aufwendungen und Erlösen der Praxis aus kassen- und privatärztlicher Tätigkeit. Auch Informationen zur Personalausstattung, zur Versorgungsstruktur sowie zur Arbeitszeit der Praxisinhaber und Praxismitarbeiter werden benötigt.

## 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 | 170920](#)

Erstmalig werden zusätzlich Daten zum ambulanten und belegärztlichen Operieren erhoben, um eine Datenbasis für die Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zu schaffen. Bei dieser Befragung geht es um die Operations- und Anästhesiezeiten. Auftraggeber sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Berufsverbände der operativ tätigen Fächer.

Mit dem ZiPP untersucht das Zi jährlich die Wirtschaftslage und die Versorgungsstrukturen in den Praxen. Die Erhebung erfolgt seit 2010 im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV. Eine Teilnahme ist bis Ende September möglich.

Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 170921](#)

## 50 Formulare gibt es ab Oktober nur noch online

Ab 1. Oktober 2017 sind Änderungen bei der Bestellung von Formularen zu berücksichtigen. Die rund 50 Formulare, die jetzt schon unter [www.kvno.de/formulare](http://www.kvno.de/formulare) zum Download angeboten werden – insbesondere verschiedene Teilnahmeerklärungen zu Verträgen wie etwa AD(H)S oder DMP –, stehen dann nur noch online zur Verfügung. Vorteil: Praxen können sich diese Formulare bei Bedarf jederzeit ausdrucken. So lässt sich die Menge an gelagerten Formularen in der Praxis reduzieren.

Alle weiteren Formulare, insbesondere jene, die in der Vordruckvereinbarung verankert sind, etwa Überweisungsscheine, Notfallscheine etc., können Praxen weiterhin wie gewohnt über einen Bestellschein anfordern.

Hintergrund der Umstellung: Die KV Nordrhein plant, ab 1. Oktober einen externen Dienstleister mit dem Versand von Formularen zu beauftragen. Die bisherige Faxnummer und die E-Mail-Adresse bleiben zunächst erhal-

ten. Über mögliche weitere Änderungen beim Bestellvorgang werden wir rechtzeitig in KVNO aktuell und im Internet informieren.

Mehr Infos und alle Online-Formulare unter [kvno.de](http://kvno.de)  
[KV | 170921](#)

## Verordnung von Sozialtherapie: Änderungen an Formularen

Die Formulare zur Verordnung von Sozialtherapie werden zum 1. Oktober 2017 angepasst. Damit wird der erweiterte Indikationsbereich berücksichtigt, der mit der Änderung der Sozialtherapie-Richtlinie aus dem Jahre 2015 eingeführt wurde.

The image shows a sample form for the prescription of social therapy. The title is 'Verordnung Sozialtherapie gemäß § 37a SGB V' with the number '25' in the top right corner. The form is divided into several sections:
 

- Patienten- und Versicherungsdaten:** Includes fields for name, date of birth, and insurance status.
- Art und Ausprägung der Fingergestaltungen:** A section for describing the type and extent of hand deformities.
- Angaben des Versicherten:** Fields for the patient's name, date of birth, and insurance status.
- Angaben des behandelnden Arztes:** Fields for the doctor's name, date of birth, and insurance status.
- Angaben zum Betreuer:** Fields for the caregiver's name, date of birth, and insurance status.
- Prognose:** A section for the prognosis.
- Bestandteile der Verordnung:** A section for the components of the prescription, including checkboxes for 'wird durchgeführt', 'wird nicht durchgeführt', and 'ist nicht durchführbar'.
- Bestätigung:** A section for the doctor's confirmation, including a checkbox for 'Für das Ausstellen der Verordnung ist die Nr. 30812 EBM berechnungsfähig' and 'Für das Ausstellen der Folgerechnung ist die Nr. 30811 EBM berechnungsfähig'.

 A large 'MUSTER' watermark is overlaid on the form.

Auf dem Formular 26 zur Verordnung von Soziotherapie wird künftig abgebildet, dass Soziotherapie außerhalb des Bereichs des schizophrenen Formenkreises und der affektiven Störungen (Regelversorgung) auch für alle anderen Erkrankungen aus dem Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ des ICD-10 (F00 bis F99) verordnet werden kann. Es wird bei diesen Diagnosen künftig nach „Art und Ausprägung der Co-Morbiditäten“ und den „sonstigen (Fähigkeits-)Einschränkungen“ gefragt. Diese Angaben sind Voraussetzung, um für psychische Erkrankungen und Störungen außerhalb der Regelversorgung Soziotherapie verordnen zu können. Die Angabe „Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen zehn Jahren“ entfällt.

Auf dem Formular 28 zur Verordnung bei Überweisung zur Indikationsstellung für Soziotherapie wird die Erklärung des verordnenden Arztes ergänzt, dass auch zur Überweisung an einen Psychotherapeuten ein Soziotherapeut hinzugezogen werden kann. Diese Ergänzung ist notwendig, da zukünftig auch Vertragspsychotherapeuten Soziotherapie verordnen dürfen. Da seit der Änderung der Soziotherapie-Richtlinie bis zu fünf Therapieeinheiten für die soziotherapeutische Unterstüt-

zung der Überweisung zur Verfügung stehen (vorher: drei), wurden für die „Abrechnung des soziotherapeutischen Leistungserbringers“ die entsprechenden Felder erweitert.

Seit wann die Erkrankung besteht, muss der verordnende Arzt/Psychotherapeut auf beiden Formularen nur noch eintragen, wenn ihm dies bekannt ist.

## Fotokopien richtig abrechnen

Das Thema „Abrechnung von Fotokopien“ wirft immer wieder Fragen auf. Daher haben wir die wichtigsten Infos dazu noch einmal zusammengefasst:

Praxen können Fotokopien eigener oder fremder Befunde nach der Gebührenordnung (GOP) 40144 abrechnen, wenn sie die Kopien im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung für den mit- oder weiterbehandelnden oder konsiliarisch tätigen Arzt oder den Arzt des Krankenhauses benötigen.

Werden lediglich Fotokopien für Zwecke der Krankenkassen bzw. des Medizinischen Dienstes angefertigt, kann die GOP 40144 nicht berechnet werden. In diesen Fällen kann lediglich die Erstattung der Auslagen geltend gemacht werden.

Fotokopien auf Wunsch des Patienten sind diesem auf Basis der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu berechnen. Bei Kopien für Gerichte, Polizei, Staatsanwaltschaft etc. kommen die Regelungen des Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes (JVEG) zur Anwendung.

Kopien für die eigenen Unterlagen und Ausdrucke von per E-Mail erhaltenen Befunden sind ebenfalls nicht nach der GOP 40144 berechnungsfähig. Für Berichte oder Arztbriefe, die bereits durch das In-Ansatz-bringen der GOP 01600 oder 01601 abgegolten sind, kön-

## Serviceteams

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

### Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666 Telefax 0221 7763 6450

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

### Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888 Telefax 0211 5970 8889

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

### Formularversand

Telefon 02151 3710 00 Telefax 02151 9370 655

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

nen Praxen nicht noch zusätzlich die GOP 40144 abrechnen.

Für weitere Fragen zu diesem Thema stehen Ihnen die Serviceteams gern zur Verfügung.

## Infektionsschutzgesetz geändert

Im Juli dieses Jahres ist das „Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten“ in Kraft getreten. Das 2001 eingeführte Infektionsschutzgesetz (IfSG) wird dadurch im Bereich Surveillance und Meldewesen umfassend geändert.

Die Bundesregierung möchte mit den Änderungen das bestehende Meldesystem modernisieren und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit im Infektionsschutz stärken. Nosokomiale Infektionen und Kolonisationen sowie die Ausbrüche von Erkrankungen sollen künftig besser erfasst und verwaltet werden. Dazu werden beispielsweise zusätzliche Meldepflichten eingeführt und die Regelungen zum Impfschutz verschärft.

Um die angestrebten Ziele zu erreichen, ist nun in Paragraf 4 Absatz 3 IfSG die bedeutende Rolle des Robert Koch-Instituts (RKI) im Bereich des internationalen Gesundheitsschutzes gesetzlich verankert. In Paragraf 14 IfSG wird das RKI damit beauftragt, zukünftig das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DE-MIS), das bis Ende 2020 implementiert werden soll, zu errichten.

Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 170923](https://www.kvno.de/kvno/170923)

## Telemedizin: Anbieter für Videosprechstunde zertifiziert

Die Videosprechstunde kann jetzt starten, denn für die telemedizinische Leistung sind



© Photographee.eu | Fotolia.com

nun die ersten Anbieter zertifiziert worden. Auf die Vergütung hatten sich Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband bereits Anfang des Jahres geeinigt.

Auf ihrer Internetseite zur Videosprechstunde listet die KBV nun die zertifizierten Anbieter auf, sodass sich niedergelassene Ärzte dort informieren können. Zudem gibt die Themenseite einen Überblick über technische und fachliche Anforderungen sowie über die neuen Gebührenordnungspositionen. Die Abrechnung der Online-Videosprechstunde wäre bereits ab April möglich gewesen, doch es fehlte bislang ein Anbieter, der die technischen Anforderungen erfüllt.

So müssen Videodiensteanbieter über bestimmte Sicherheitsnachweise verfügen. Die Videosprechstunde muss zum Beispiel während der gesamten Übertragung nach dem Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sein. Darüber hinaus müssen die apparative Ausstattung der Praxis und die elektronische Datenübertragung eine angemessene Kommunikation mit dem Patienten gewährleisten.

Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 170923](https://www.kvno.de/kvno/170923)

Der Weg ist frei für die digitale Sprechstunde. Mehrere Anbieter sorgen für eine sichere Kommunikation zwischen Arzt und Patient.

## Flunitrazepam seit 2011 stark rückläufig

Das lang wirkende Benzodiazepin Flunitrazepam (Rohypnol, Generika) wurde 2011 als Betäubungsmittel eingestuft und kann seitdem nur noch auf einem BtM-Rezept verordnet werden. Der Gesetzgeber wollte damit die Abgabe des Wirkstoffs mit hohem Abhängigkeitspotenzial stärker kontrollieren. Seitdem wird es seltener verordnet. So wurden 2011 in Nordrhein noch 40.585 Verordnungen des Benzodiazepins zulasten der GKV ausgestellt, 2016 waren es nach Angaben des Zentralinstituts für die kasernenärztliche Versorgung nur noch 9.394.

Flunitrazepam ist zugelassen zur Kurzzeitbehandlung von Schlafstörungen. In Kombination mit Alkohol wird es aber auch missbräuch-

lich eingesetzt, als sogenannte K.-o.-Tropfen. Wegen der langen Halbwertszeit wird es als Schlafmittel mit ungünstiger Kinetik angesehen. Hier wären Benzodiazepine mit kürzerer Halbwertszeit, zum Beispiel Oxazepam, zu bevorzugen.

Nach Auskunft der AOK Rheinland/Hamburg entfallen über 60 Prozent der Flunitrazepam-Verordnungen auf Versicherte älter als 65 Jahre. Gemäß Zulassung und Vorgaben in der Arzneimittel-Richtlinie sollten Benzodiazepine nur in Ausnahmefällen länger als vier Wochen eingesetzt werden. ■ HON

Mehr Infos finden Sie in unserem Newsletter *VerordnungsInfo Nordrhein*. [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 170924](https://www.kvno.de/kvno/170924)

## Bei Arzneimittel-Verordnungen richtig kodieren

Für die Verordnung von Arzneimitteln zulasten der GKV müssen die Präparate für die Behandlung der jeweiligen Erkrankung zugelassen sein. Dabei sollte die passende Indikation auf dem Abrechnungsschein kodiert werden. Krankenkassen haben sonst die Möglichkeit, Regressanträge wegen Arzneimittel-Verordnungen außerhalb der Zulassung (Off-Label) zu stellen, wenn die Verordnungen nicht zu den übermittelten Diagnosen passen.

Beispielsweise ist niedrig dosiertes Dabigatran (Pradaxa, 75 mg) nur zur Primärprävention von venösen thromboembolischen Ereignissen bei erwachsenen Patienten nach elektivem chirurgischen Hüft- oder Kniegelenkser-

satz zugelassen. Verordnungen dieser Wirkstoffstärke zur Schlaganfallprophylaxe beim nicht valvulären Vorhofflimmern führten zu Anträgen einzelner Krankenkassen.

Eine Betriebskrankenkasse hat angekündigt, Anträge wegen einer Anwendung außerhalb der Zulassung für Lyrica zu stellen, wenn bei den Patienten die Indikationen Epilepsie, neuropathische Schmerzen oder generalisierte Angststörungen nicht kodiert sind. Bei entsprechenden Anträgen müssten die Praxen nachweisen, dass sie die Arzneimittel innerhalb der Zulassung zum Zeitpunkt der Verordnung eingesetzt haben. ■ HON

Mehr Infos zu Off-Label-Verordnungen finden Sie im Newsletter *VerordnungsInfo Nordrhein*. [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 170924](https://www.kvno.de/kvno/170924)

### Kontakt

#### Hilfsmittelberatung

Telefon 0211 5970 8070

Telefax 0211 5970 8136

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

#### Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111

Telefon 0211 5970 8666 (SSB)

Telefax 0211 5970 8136

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

#### Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396

Telefax 0211 5970 9396

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

## Grippesaison 2017/2018: Influvac und Afluria

Für die kommende Grippesaison sollten die Praxen in Nordrhein weiterhin Influvac und Afluria beziehen. Die Krankenkassen und Verbände in Nordrhein weisen darauf hin, dass die bestehenden Rabattverträge bereits im November 2016 für die kommende Impfsaison verlängert wurden. Die beiden Impfstoffe sind daher zu bevorzugen. Nur in medizinisch begründeten Einzelfällen können Praxen auf andere Impfstoffe ausweichen.

Die KV Nordrhein weist darauf hin, dass zur Gültigkeit der Rabattverträge derzeit unterschiedliche Rechtsauffassungen seitens des Bundesministeriums für Gesundheit und den Verbänden der Krankenkassen bestehen. Eine aktuelle Entscheidung des Landessozialgerichtes Niedersachsen-Bremen bestätigt jedoch die Auffassung der Kassen. Das Risiko für Anträge wegen unwirtschaftlicher Verordnung ist minimiert, wenn entsprechend der Auffassung der Krankenkassen in Nordrhein die rabattierten Impfstoffe Influvac und Afluria verordnet werden.

Für den bevorzugten Einsatz eines tetravalenten Impfstoffes gibt es bisher keine Empfehlung der WHO oder der STIKO. Bei der wirtschaftlichen Auswahl eines Impfstoffes ohne Berücksichtigung der Rabattverträge wären weiterhin trivalente Impfstoffe die wirtschaftliche Alternative.

Die Vorabbestellung der Impfstoffe sollte zu nächst circa 50 Prozent der Bestellung aus der

letzten Saison umfassen und über die Apotheke auf einem Muster 16 Vordruck bestellt werden. Influvac-Fertigspritzen mit feststehender Kanüle (10er-Packung) und Afluria ohne Kanüle (10er-Packung) sind die Impfstoffe, für die in Nordrhein Rabattverträge fortbestehen. Der Grippeimpfstoff für Impfungen nach der Schutzimpfungs-Richtlinie sollte über den Sprechstundenbedarf namentlich verordnet werden. Eine Verordnung über den allgemeinen Begriff „Grippeimpfstoff 2017/2018“ wäre für die Apotheken eine unklare Verordnung, die nicht beliefert werden könnte.

Die nasale Gripeschutzimpfung für Kinder und Jugendliche von zwei bis 17 Jahren wird von der STIKO nur noch bevorzugt bei Hindernissen für eine Injektion empfohlen, etwa bei Spritzenphobie oder Gerinnungsstörungen. Die Schutzimpfungs-Richtlinie muss in diesem Punkt noch angepasst werden. Bis zur Anpassung der Richtlinie kann der nasale Impfstoff nicht zulasten der GKV verordnet werden.

■ HON



Die Impfsaison startet. Die Apotheken sind bereits im August mit Influenza-Impfstoffen beliefert worden.

## Anti-D-Immunglobulin zur Rhesusprophylaxe

Zur sofortigen Anwendung im Notfall kann Anti-D-Immunglobulin zur Rhesusprophylaxe (etwa Rhophylac, Rhesonativ) als Sprechstundenbedarf verordnet werden. Dies kann zum Beispiel bei einer „missed abortion“ nötig sein. Die Verordnung erfolgt auf einem

Kassenrezept als Sprechstundenbedarf. Bei einer geplanten Prophylaxe, etwa anlässlich einer Hausgeburt, können Ärzte das Anti-D-Immunglobulin auf den Namen der Patientin zulasten der jeweiligen Krankenkasse verordnen.

■ HON

# Übersicht Influenza-Impfung 2017/2018 in Nordrhein

Für die Impfsaison 2017/2018 gelten weiterhin die Rabattverträge. Die KV Nordrhein empfiehlt daher, für Standard- und Indikationsimpfungen erneut die Ausschreibungsimpfstoffe Influvac mit feststehender Kanüle bzw. Afluria ohne Kanüle namentlich jeweils als 10er-Packungen zu verordnen, um möglichen Regressanträgen der Krankenkassen vorzubeugen. In medizinisch begründeten Einzelfällen können auch andere Grippeimpfstoffe verordnet werden. Eine präferenzielle Empfehlung der STIKO für den nasalen Impfstoff liegt nicht vor.

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

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

	SNR	Impfstoff	Bezugsweg
Standardimpfung über 60 Jahre	89111	Influvac bzw. Afluria	SSB
Indikationsimpfung*	89112	Influvac bzw. Afluria	SSB
Nasale Impfung	Der nasale Impfstoff wird von der STIKO nur eingeschränkt empfohlen. Praxen können ihn derzeit nicht zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Spätere Änderungen der Schutzimpfungs-Richtlinie sind zu beachten.		

## Satzungsimpfung (1. Oktober 2017 bis 31. März 2018)

Unter 60 Jahre ohne erhöhte gesundheitliche Gefährdung: <b>TK, KKH, pronova BKK, BKK 24, actimonda krankenkasse, VIACTIV Krankenkasse</b>	89112T	Grippeimpfstoff 2017/2018 (nicht nasal)	Einzelverordnung auf den Namen des Patienten
Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre ohne erhöhte gesundheitliche Gefährdung: <b>AOK Rheinland/Hamburg</b>	89112T	Grippeimpfstoff 2017/2018 (nicht nasal)	Einzelverordnung auf den Namen des Patienten

### \* Indikationsimpfung

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



Foto: PhotoSG/fotolia.com

## Vermittlung von Patienten Termine gesucht!

Die Termin-Servicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein vermittelt Facharzttermine sowie psychotherapeutische Erstgespräche und Akutbehandlungen 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 und Psychotherapeuten 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](mailto: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](http://www.kvno.de/tss2)

## Programme auf dem Prüfstand

Erstmals seit den 1950er Jahren könnten wieder sechs Parteien im Deutschen Bundestag vertreten sein. KVNO aktuell präsentiert die Positionen der Parteien zur Gesundheitspolitik, die nach den Prognosen der Wahlforscher den Einzug schaffen.

### CDU/CSU

**Gesetzliche Krankenversicherung:** Die CDU/CSU hält an der Dualität von privater Krankenversicherung und gesetzlicher Krankenversicherung fest. Die Einführung einer „Bürgerversicherung“ lehnen die Parteien ab.

**Ambulante Versorgung:** CDU und CSU wollen auch im ländlichen Raum eine gute ärztliche Versorgung garantieren. Zudem streben sie eine bessere Verzahnung der Sektoren sowie zwischen den verschiedenen (Fach-)Arzt- und Berufsgruppen an. Die Hospiz- und Palliativversorgung soll weiterentwickelt werden.

#### Gesundheitswesen allgemein | Die CDU/CSU will

- ein nationales Gesundheitsportal mit qualitativ gesicherten Patienteninformationen einrichten und für mehr Qualitätstransparenz sorgen.
- den Masterplan „Medizinstudium 2020“ rasch umsetzen. Dabei stehen die Stärkung der Allgemeinmedizin an den Universitäten und die Berücksichtigung weiterer Kriterien bei der Studienplatzvergabe neben der Abiturnote im Fokus.
- die medizinische Forschung stärken – speziell die Entwicklung neuer Antibiotika.



### SPD

**Gesetzliche Krankenversicherung:** Zentrales Anliegen der SPD ist die Einführung einer „paritätisch finanzierten Bürgerversicherung“. In diese werden automatisch alle erstmalig und bislang gesetzlich Versicherten sowie alle Beamten aufgenommen. Alle übrigen bisher Privatversicherten können wählen, ob sie in die Bürgerversicherung wechseln möchten.

**Ambulante Versorgung:** Die Sozialdemokraten wollen eine einheitliche ärztliche Honorarordnung einführen. Dies bedeutet die Abschaffung der GO-Ä. Zudem plant die SPD die Einführung einer „integrierten Bedarfsplanung“ für die gesamte medizinische Versorgung einschließlich der Pflege. Die Hausärzte sind für die SPD „erste Anlaufstelle im Krankheitsfall“. Darum soll es künftig mehr Allgemeinmediziner geben.

#### Gesundheitswesen allgemein | Die SPD will

- die Telemedizin zur Verbesserung der Versorgung nutzen und mit der Telematik-Infrastruktur eine Plattform für ein „zeitgemäßes Zusammenwirken der Sektoren“ schaffen.
- die Patientenrechte weiter stärken, etwa durch einen „Patientenentschädigungsfonds“ als Stiftung des Bundes.
- mit der Einführung des Programms „Gesunde Stadt“ auf kommunaler Ebene Präventionsmaßnahmen bündeln.



### Bündnis 90/DIE GRÜNEN

**Gesetzliche Krankenversicherung:** Auch die GRÜNEN wollen die gesetzliche und private Krankenversicherung in einer „Bürgerversicherung“ zusammenführen. Deren Beiträge sollen wieder paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern getragen werden, das bedeutet das Ende des jetzigen Zusatzbeitrags. Darüber hinaus wären nach dem Willen der GRÜNEN auch Aktiengewinne und Kapitaleinkünfte beitragspflichtig.

**Ambulante Versorgung:** Auch im Programm der GRÜNEN geht die „Bürgerversicherung“ einher mit einer einheitlichen Gebührenordnung. In ländlichen Räumen sollen die Kommunen und Regionen zudem mehr Einfluss auf die Gesundheitsversorgung und -planung erhalten. Zudem wollen die GRÜNEN im Falle einer Regierungsbeteiligung die Psychotherapeutenausbildung reformieren – unter anderem mit dem Ziel, eine „angemessene Ausbildungsvergütung zu ermöglichen“.



### Gesundheitswesen allgemein | Die GRÜNEN wollen

- die Gesundheitsförderung stärken.
- dafür sorgen, dass geschlechtsspezifische Aspekte bei Prävention, Behandlung und in der Forschung eine stärkere Beachtung finden.
- die Patientenverbände und die Selbsthilfe sowie die unabhängige Patientenberatung stärken.

### DIE LINKE



**Gesetzliche Krankenversicherung:** Die LINKE will eine paritätisch finanzierte „solidarische Gesundheitsversicherung“ einführen, in der alle derzeit Privatversicherten eingeschlossen sind. Zudem soll die Beitragsbemessungsgrenze ersatzlos entfallen. Wettbewerbliche Elemente in der GKV wie „Rabattverträge, Kassen-Ausschreibungen bei Hilfsmitteln und viele andere Selektivverträge“ sollen abgeschafft werden.

**Ambulante Versorgung:** Die LINKE will Arztsitze gleichmäßiger verteilen und „Übersorgung abbauen“. „Polikliniken sollen mittelfristig zu einem Rückgrat der ambulanten Versorgung werden.“ Auf der Grundlage einer besseren finanziellen Ausstattung und eigener Planungskompetenzen sollen Kommunen in die Lage versetzt werden, selbst lokale Versorgungszentren zu planen. Darüber hinaus fordert die LINKE eine „konsequente Barrierefreiheit“ für Arztpraxen, Untersuchungstechniken und die Patientenkommunikation. Für die Weiterbildung zur „kassenpsychotherapeutischen Versorgung soll eine angemessene Vergütung“ bezahlt werden.

### Gesundheitswesen allgemein | Die LINKE will

- Patientenvertreter in den Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung mit Stimmrecht versehen.
- „die Marketingaktivitäten der Pharmakonzerne begrenzen“ und
- „Patente für Arzneimittel und Heilverfahren abschaffen“.

### FDP



**Gesetzliche Krankenversicherung:** Die Liberalen wollen eine einkommensunabhängige Wahlmöglichkeit zwischen GKV und PKV etablieren. Bei einem Versicherungswechsel innerhalb der PKV will die FDP für eine verbesserte Portabilität der Altersrückstellungen sorgen. Die gesetzlichen Kassen sollen mehr Autonomie beim Leistungsangebot und in der Tarifgestaltung erhalten.

**Ambulante Versorgung:** Mehr Spielraum fordert die FDP für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern: In Verträgen der Integrierten Versorgung und solchen, die allein die ambulante Versorgung betreffen, soll der Nachweis der Wirtschaftlichkeit entfallen, „wenn eine besondere Qualität der Versorgung erreicht wird“. Die ambulante ärztliche Versorgung und die Niederlassung in eigener Praxis sollen „wieder an Attraktivität gewinnen“. Die FDP will die Budgetierung abschaffen. Neue Behandlungsmethoden sollen schneller als bisher auch in den ambulanten Sektor Eingang finden.

### Gesundheitswesen allgemein | Die FDP will

- Patienten durch Informationsangebote zum besseren Selbstmanagement befähigen.
- die Palliativversorgung erweitern.
- die Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) wieder abschaffen.

### AfD



**Gesetzliche Krankenversicherung:** Die AfD plant eine Rückkehr zur paritätischen Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber und damit ebenfalls die Abschaffung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags.

**Ambulante Versorgung:** Nach den Plänen der AfD soll es für Ärzte attraktiver werden, „sich wieder vermehrt auf dem Land niederzulassen“. Hierzu sollen Kommunen und Landkreise sowie die Bundesländer entsprechende Anreize schaffen. An den Krankenhäusern sollen „Portal-Praxen aus dem niedergelassenen Bereich“ eingerichtet werden.

### Gesundheitswesen allgemein | Die AfD will

- will durch ein „Hausarztssystem ambulante Behandlungen besser koordinieren und Doppeluntersuchungen vermeiden“.
- fordert, dass „Ärzte und Therapeuten, die in Gesundheitsberufen arbeiten, nach Möglichkeit in Deutschland ausgebildet“ sind oder „über gute deutsche Sprachkenntnisse verfügen“.
- sieht „alternative Behandlungsmethoden in bestimmten Bereichen als eine Ergänzung der akutmedizinischen Behandlungsmethoden“.

## Viele Gesetze, schwache Performance

Seit Ende 2013 regiert die Große Koalition, denn die bisherige schwarz-gelbe Koalition ließ sich nicht fortführen, da die FDP nicht mehr im Bundestag vertreten war. Das Gesundheitsministerium übernahm Hermann Gröhe (CDU) von Daniel Bahr (FDP). Was hat sich in den vergangenen knapp vier Jahren getan? Helmut Laschet, stellvertretender Chefredakteur der Ärzte Zeitung, wirft einen kritischen Blick zurück.

Mangelnden Fleiß kann man den Gesundheitspolitikern der großen Koalition in der jetzt ablaufenden Legislaturperiode nicht nachsagen. Gemessen an der Zahl der Gesetze ist wohl ein Rekord aufgestellt worden und auch die Ziele waren durchaus ambitioniert: Sicherstellung der (haus-)ärztlichen Versorgung auf dem Land, ein 1,2 Milliarden Euro schwerer Innovationsfonds, eine Digitalisierungsoffensive mit dem E-Health-Gesetz, eine Reform des Medizinstudiums, eine vollständige Neudefinition des Pflegebegriffs mit erheblichen Leistungserweiterungen und schließlich auf internationalem Parkett Initiativen gegen Antibiotikaresistenzen und zur Seuchenbekämpfung. Und diese Auflistung ist keineswegs vollständig.

Doch was davon ist in der Versorgungswirklichkeit angekommen? Gesundheitsgesetze erweisen sich – anders etwa als die Steuergesetzgebung, die unmittelbar durch die Finanzämter anzuwendendes Recht ist – als tückisch: Der Gesetzgeber ist von wenigen Ausnahmen abgesehen auf die Mitwirkung und Performance der Selbstverwaltung angewiesen.

### Wenige Projekte im Plan

Nur wenige Projekte liegen im Plan: Das sind die Termin-Servicestellen zur Vermittlung von Facharzt- und neuerdings auch Psychotherapeuten-Terminen, die pünktlich zu arbeiten begonnen haben, deren Nützlichkeit und Notwendigkeit entgegen den Bedenken aus

der Ärzteschaft vom Gesetzgeber überschätzt worden ist. Das ist zweitens der beim Bundesausschuss eingerichtete Innovationsfonds, der über einen Zeitraum von vier Jahren einen Milliardenbetrag in neuartige Versorgungskonzepte und deren Evaluation investieren kann. Das könnte eine Initialzündung für die Entwicklung neuer Leistungsstrukturen sein.

Die Wirksamkeit anderer wichtiger Teile des Versorgungsstärkungsgesetzes lassen sich derzeit nicht beurteilen. Das gilt etwa für die zukünftige Sicherung der hausärztlichen Versorgung. Der Gesetzgeber hat hier eindeutig zu kurz gegriffen. Die Aufstockung der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung von 5.000 auf 7.500 Stellen ist nicht ausreichend, um den vom Sachverständigenrat geschätzten Ersatzbedarf von 3.000 Ärzten für Allgemeinmedizin pro Jahr zu decken. Ferner hat es der Gesetzgeber unterlassen vorzugeben, dass mit den 7.500 Stellen Vollzeitäquivalente gemeint sein sollten. Die bislang gängige Praxis war, zwar näherungsweise 5.000 Stellen zu fördern – nach vorliegenden Evaluationsberichten entsprach dies aber weniger als 2.500 Vollzeitäquivalenten.

Auf einem anderen Blatt steht, ob sich überhaupt genügend frisch approbierte Ärzte für eine Zukunft in der hausärztlichen Versorgung entscheiden. Dies ist nicht zuletzt abhängig von der Attraktivität und Sicherheit des Hausarzt-

berufs. Verbalbekundungen und Signale des Gesetzgebers als auch der Krankenkassen bleiben widersprüchlich und verunsichern. So ist das Regressrisiko, das vielfach nur als theoretisch bezeichnet wird, aus der Perspektive von Ärzten durchaus eine reale Bedrohung. Und neuerdings durch das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg zu den Eigenschaften des Erstattungsbetrag für nutzenbewertete Arzneimittel potenziell verschärft worden. Am Ende ist es ein inkonsequenter Gesetzgeber, der den Ärzten signalisiert: Du hast immer ein Restrisiko! Zu der Entscheidung, die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit innovativer Arzneimittel eindeutig und abschließend den Arzneimittelherstellern und den Krankenkassen zuzuordnen, hat sich die Große Koalition nicht durchringen können. Die Folge sind Ausweichreaktionen der Ärzte. Das stärkt die Versorgung nicht!

Ein besonders düsteres Kapitel ist die Digitalisierung des Gesundheitswesens. Das E-Health-

Gesetz mit seinen zahlreichen Vorgaben und Fristen sollte den Durchbruch bringen für eine zeitige Einführung eines elektronischen Medikationsplans, Notfalldatensatzes, Arztbriefs und Patientenakte. Trotz angedrohter Sanktionen liegt kein einziges Projekt im Zeitplan. Die Einführung moderner Informationstechnologie in der Medizin scheint genauso verhext wie die Dauerbaustelle BER.

Spätestens an dieser Stelle muss sich der Gesetzgeber zum Start in die nächste Legislaturperiode eine Grundsatzfrage stellen: Ist es weiterhin hinnehmbar, dass ausführende Institutionen wie die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen Gesetzesaufträge entweder nicht oder mit ständiger Verzögerung abarbeiten? Denn am Ende begründen Gesetze Leistungsansprüche aller Bürger – und der Gesetzgeber verliert an Glaubwürdigkeit, wenn diese Leistungsansprüche nicht erfüllbar sind und ins Leere laufen.



Helmut Laschet ist stellvertretender Chefredakteur der Ärzte Zeitung.

## „Gute Zusammenarbeit fortsetzen“

KVNO-Vorstandsvorsitzender Dr. med. Frank Bergmann über Rahmenbedingungen und neue Konstellationen im politischen Umfeld der KV.

*Herr Dr. Bergmann, bei Ihrer Wahl zum Vorstandsvorsitzenden war Barbara Stefens Gesundheitsministerin in NRW – jetzt führt Karl-Josef Laumann das Ministerium. Was ändert sich dadurch für die KVNO?*

Bergmann: Wir pflegen traditionell gute Beziehungen zum Ministerium – unabhängig von Koalitionen oder Kurswechseln. Ich freue mich, die gute Zusammenarbeit mit Karl-Josef Laumann an der Spitze des Ministeri-

ums fortzusetzen, zumal ich mit ihm schon als Berufsverbandsvorsitzender viele konstruktive Gespräche geführt habe. Als Patientenbeauftragter der Bundesregierung war er ein verlässlicher Ansprechpartner. Ich begrüße, dass jemand kommt, der sich stark für die Belange von Patienten eingesetzt und sich besonders um Verbesserungen bei der Pflege gekümmert hat. Es geht immer um eine gute Versorgung der Patienten. *weiter auf Seite 32 ►*

*Bei der Bundestagswahl scheint es entweder weiter auf eine Große Koalition oder Schwarz-Gelb hinauszulaufen. In beiden Fällen könnte Hermann Gröhe Bundesgesundheitsminister bleiben. Wie bewerten Sie seine bisherige Arbeit?*



Dr. med. Frank Bergmann wünscht sich von den Politikern einen stärkeren Fokus auf die ambulante Versorgung.

Man muss Hermann Gröhe attestieren, dass er gewissenhaft und mit großem Einsatz viele Projekte abgearbeitet hat. Projekte wie das Hospiz- und Palliativgesetz, das E-Health- und Präventionsgesetz sind zukunftsweisend und haben das Potenzial für deutliche Verbesserungen. Auch der Innovationsfonds steht auf der Habenseite. Ich würde begrüßen, wenn Gröhe seine Arbeit fortsetzt, obwohl einige von seinem Ministerium initiierten Projekte sehr „komplex“ sind.

#### *Was meinen Sie?*

Nehmen wir das Krankenhaus-Strukturgesetz: Wir begrüßen das Vorhaben, die Zahl der Kliniken zu reduzieren. Das muss dann aber auch angegangen werden – ebenso forsch, wie das Gesetz verabschiedet wurde. Grundsätzlich wünschen wir uns einen stärkeren Fokus auf die Situation der ambulanten Versorgung, die analog zum stationären Bereich einen Strukturwandel benötigt, um Engpässe und Quali-

tätseinbußen durch Veränderungen im stationären Sektor zu vermeiden.

#### *Was sehen Sie noch kritisch?*

Die Termin-Servicestelle des „GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes“ ist verzichtbar, ihr Nutzen viel zu gering. Bei den Regressen, die wir abschaffen möchten, wurde das Prüfgeschehen nicht wie angekündigt abgeschafft, sondern nur regionalisiert. Und Verbesserungen im EBM, die betriebswirtschaftliche Faktoren stärker berücksichtigen, sind insbesondere bei den Fachärzten bislang nicht angekommen. Beim Thema Konvergenz freuen wir uns zwar über die Möglichkeit, Verhandlungen zu führen, stellen aber schon heute fest, dass aufgrund der komplexen Rahmenbedingungen weitere Nachbesserungen nötig sein werden, um Nordrhein nicht dauerhaft von der Honorarentwicklung in anderen Bundesländern abzukoppeln.

#### *Auf welche Weise wollen Sie den politischen Akteuren Ihre Erwartungen und Wünsche nahebringen?*

Lobbyarbeit ist für uns als Vorstand ein hoch prioritäres Thema. Wir wünschen uns eine enge Abstimmung mit den Akteuren der Gesundheitspolitik und suchen auch den Kontakt – ohne Abstimmung sind der eben genannte Strukturwandel im ambulanten Bereich oder die Neuausrichtung des Notdienstes nicht möglich. Wir wollen durch einen regelmäßigen Austausch gemeinsame Handlungsfelder identifizieren und Probleme lösen.

#### *Einige KVen haben mit Bündnissen wie „FALK“ Lobbyarbeit betrieben. Sind solche „Koalitionen“ für die KVNO eine Option?*

Dr. König und ich führen als Vorstand viele gute Gespräche mit anderen KVen – in ganz unterschiedlichen Konstellationen. Wir pflegen enge Kontakte und suchen in Sachfragen gern Verbündete, um unsere Interessen zu vertreten. ■ DR. HEIKO SCHMITZ FÜHRTE DAS GESPRÄCH

## Achtung: Falsche Polizisten am Telefon

Eine Betrugsmasche falscher Polizisten sorgt derzeit in Deutschland für Aufsehen. Um noch mehr Bürgerinnen und Bürger darüber aufzuklären, startet die KV Nordrhein Mitte September im Rhein-Kreis Neuss gemeinsam mit dem Landeskriminalamt (LKA) Nordrhein-Westfalen ein Pilotprojekt. Die dort ansässigen Praxen erhalten vom LKA Poster und Handzettel mit der Bitte, diese im Wartezimmer aufzuhängen beziehungsweise an die Patienten zu verteilen. So läuft die Betrugsmasche ab: Betrü-

ger aus ausländischen Callcentern rufen Bürgerinnen und Bürger in ganz Deutschland an und geben sich als Polizisten aus. Sie täuschen ihren Opfern vor, dass sie im Fokus krimineller Aktivitäten stünden. Einziger Schutz: Die Übergabe ihrer Wertsachen wie Schmuck, Bargeld und Bankvermögen an die Polizei. Um möglichst authentisch zu wirken, sorgen die Betrüger dafür, dass im Display der Angerufenen die Nummer der Polizei erscheint. Die Täter arbeiten mit allen Tricks, um ihre Opfer zu überzeugen – und

schlüpfen dabei in verschiedene Rollen. Sie geben sich als Bundeskriminalamt, Landeskriminalamt, örtliche Polizeidienststelle, Staatsanwaltschaft oder Untersuchungsrichter aus. Das LKA Nordrhein-Westfalen rät den Bürgerinnen und Bürgern, sich nicht auf solche Gespräche einzulassen, sondern unverzüglich aufzulegen und Anzeige bei der Polizei zu erstatten. Die Praxen im Rhein-Kreis-Neuss erhalten im September weitere Materialien zur Kampagne des LKA. ■ HSCH

## KBV-App überarbeitet

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat ihre mobile App „KBV2GO!“ für Ärzte und Psychotherapeuten überarbeitet. Das Update erweitert das Angebot um weitere Nachschlagewerke wie den ICD-10-Katalog sowie um Qualitätsmanagement-Informationen. Darüber hinaus läuft „KBV2GO!“ nun auch

auf Tablet-PCs mit optimierter Darstellung. Mit dem Angebot kann man sich den aktuellen ICD-10-Katalog als navigierbare Baumstruktur anzeigen lassen. Die KBV-App ermöglicht den schnellen und mobilen Zugriff auf die wöchentlich erscheinenden Praxisnachrichten und auf die Videos der KBV.

Zudem steht den Benutzern der Einheitliche Bewertungsmaßstab inklusive Anhang II (Verzeichnis der ambulanten und belegärztlichen Operationen nach OPS codiert) als mobiles Nachschlagewerk zur Verfügung. „KBV2GO!“ wurde mittlerweile fast 30.000 Mal heruntergeladen. ■ MED  
Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 170933](https://www.kvno.de/kvno/170933)



Dr. D. Graf von Stillfried



Prof. Dr. Günter Neubauer



Günter Wältermann

17|10  
2017



# SAVE THE DATE

## Reichen die Ressourcen? | Fachtagung zur ambulanten Versorgung

Fragen und Antworten zur Zukunft der ambulanten Medizin von Wissenschaft, Politik und Selbstverwaltung.

**Moderation:** Wolfgang van den Bergh | Chefredakteur der Ärzte Zeitung

**Themen:** Bedarf und Angebot ärztlicher Leistungen im demografischen Wandel | Work-Life-Balance: Mit Teilzeit in den Versorgungsnotstand? Versorgung und Vergütung: Stimmen die Anreize? | Sektorübergreifende Planung als Antwort auf den Ärztemangel?

Beginn: 17:30 Uhr | Ort: Haus der Ärzteschaft | Tersteegenstraße 9 | 40474 Düsseldorf

## Rahmenvertrag legt Regeln fest

Ab dem 1. Oktober 2017 müssen Krankenhäuser für Patienten nach voll- oder teilstationärem oder stationsäquivalentem Aufenthalt ein Entlassmanagement organisieren. Dies nutzt den Patienten und vereinfacht die Weiterbehandlung in den Praxen.

Der Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung verläuft für Patienten nicht immer reibungslos. Deshalb hat der Gesetzgeber bereits im Jahr 2015 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz konkretere gesetzliche Vorgaben festgelegt. Strittige Punkte der Vertragspartner verzögerten allerdings bisher eine bundesweit verpflichtende Umsetzung. Einzelheiten regelt nun der Rahmenvertrag zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband sowie die vor Kurzem geschlossene ergänzende Änderungsvereinbarung. Der Vertrag soll eine bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung im Anschluss an die Krankenhausbehandlung gewährleisten.

Krankenhäuser müssen künftig den patientenindividuellen Bedarf für eine Anschlussversorgung frühzeitig erfassen und einen Entlassplan aufstellen. Des Weiteren müssen sie bei komplexem Versorgungsbedarf ein differenziertes Assessment durchführen und Weiterversorger wie Ärzte, Rehakliniken, Pflegeheim oder den ambulanten Pflegedienst kontaktieren. Hierbei ist unter anderem zu klären, welcher Arzt gegebenenfalls die ambulante Nachsorge übernimmt.

### Verordnungen möglich

Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können in begrenztem Umfang demnächst auch Arzneimittel sowie Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen eingeschränkten

Zeitraum verordnen. Ob dies erforderlich ist, muss nach Paragraph 39 Absatz 1a Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V) geprüft werden.

Die Verordnung muss spätestens am Entlassungstag ausgestellt werden. Beispielsweise können Klinikärzte Arzneimittel in der kleinsten Packungsgröße verschreiben – in der Regel N1 –, um die Übergangsphase von der stationären in die ambulante Versorgung zu überbrücken. Beim Verordnungsrecht gelten die Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung (Paragraph 73 Absatz 9 und 10 SGB V), das Gebot der Wirtschaftlichkeit (Paragraph 12 SGB V) sowie regionale Vereinbarungen/Rabattverträge. Zum Bedrucken der Formulare dürfen nur zertifizierte Softwareprodukte eingesetzt werden. Es gelten die technischen Vorgaben der KBV. Der Druck und die Kosten der Formulare obliegen den Krankenkassen.

Folgt auf die Entlassung ein Wochenende oder Feiertag, können dem Patienten Medikamente mitgegeben werden – dabei gilt Paragraph 14 Absatz 7 des Gesetzes über das Apothekenwesen. Ein weitergebildeter Krankenhausarzt kann ab Oktober auch die Arbeitsunfähigkeit für sieben Tage nach der Entlassung feststellen.

Krankenhausärzte erhalten zur Kennzeichnung der Verordnungen übergangsweise ein Arzt-pseudonym anstelle der lebenslangen Arzt-nummer. Diese Regelung gilt solange, bis die gesetzlich vorgeschriebene Krankenhausarzt-nummer ab 1. Januar 2019 verwendet werden muss. Zusätzlich ist auch die versorgungsspezi-

fische Betriebsstättennummer der Klinik für das Entlassmanagement auf allen Rezepten anzugeben.

### **Schnittstelle Krankenhaus | Praxis**

Bei einem komplexen Versorgungsbedarf muss anschließend bei der Entlassung ein zeitnaher Termin beim weiterbehandelnden Haus- oder Facharzt vereinbart beziehungsweise bei Bedarf ein Gespräch mit diesem Arzt geführt werden.

### **Dokumentation für Weiterbehandlung**

Der Entlassbrief muss dem Patienten ausgehändigt werden, der ihn an den Hausarzt beziehungsweise den einweisenden oder weiterbehandelnden Vertragsarzt weitergibt – insofern er damit einverstanden ist. Kann dem Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung kein endgültiger Brief mitgegeben werden, muss zumindest ein vorläufiger ausgestellt werden. Der Entlassbrief enthält alle für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten erforderlichen Informationen.

Der Entlassungsbrief muss zudem die Rufnummer eines zuständigen Ansprechpartners im Krankenhaus beinhalten, der mindestens Montag bis Freitag von 9 bis 19 Uhr sowie Samstag und Sonntag von 10 bis 14 Uhr erreichbar ist.

Auch einweisende Ärzte sollen das Krankenhaus im Rahmen der mitgegebenen Unterlagen soweit wie möglich über den Patienten informieren und für Rücksprachen erreichbar sein. Hierzu gehören zum Beispiel Überleitungsbrief, Medikationsplan und etwaige Angaben zur Pflegestufe.

Dr. Stephan Becker, Facharzt für Allgemeinmedizin und Vorstand der Kreisstelle Oberhausen: „Die allgemeine Zielsetzung des Entlassmanagements sehe ich positiv. Hilfreich sind vor allem das Gespräch zwischen Krankenhausarzt und weiterbehandelndem Arzt bei konkreten Fällen sowie der feste Ansprechpartner und feste Zeiten zur Erreichbarkeit für Nachfragen im Krankenhaus. Auch die Vorgaben zum Entlassbrief sind zu begrüßen. Da der Brief aber nur dem Patienten mitgegeben wird, ist nicht gewährleistet, dass er stets und rechtzeitig beim niedergelassenen Arzt ankommt. Möglicherweise kommt der Patient im Anschluss nicht in die Praxis oder der Brief geht zuerst an andere Folgekontakte wie Pflegedienst oder Heim. In der Praxis wird sich zeigen, wo noch Verbesserungspotenzial besteht.“

■ SIGRID MÜLLER

Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | **KV | 170935**

## **Mindestanforderungen an den Entlassbrief**

- Patientenstammdaten, Aufnahme- und Entlassdatum
- Name des behandelnden Krankenhausarztes und Telefonnummer für Rückfragen
- Kennzeichnung „vorläufiger“ oder „endgültiger“ Entlassbrief
- Grund der Einweisung
- Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger
- Entlassungsbefund
- Epikrise (Anamnese, Diagnostik, Therapien inklusive Prozeduren)
- Weiteres Prozedere/Empfehlungen
- Arzneimittel (Wirkstoffbezeichnung/-stärke, Darreichungsform gegebenenfalls inklusive Erläuterung; Dosierung bei Aufnahme/Entlassung mit Therapiedauer, Erläuterung bei Veränderungen, bekannte Arzneimittelunverträglichkeiten) und der Medikationsplan; Information über mitgegebene Arzneimittel
- Alle veranlassten Verordnungen und Information über AU-Bescheinigung
- Nachfolgende Versorgungseinrichtung
- Mitgegebene Befunde

## NäPa in Facharztpraxen: Mehr Geld für Hausbesuche

Qualifiziertes Praxispersonal entlastet Ärztinnen und Ärzte. Das ist aber nicht der einzige Pluspunkt: Für Leistungen von nicht ärztlichen Praxisassistentinnen (NäPa) gibt es inzwischen auch bessere Abrechnungsmöglichkeiten. So sind seit 1. Juli 2017 Hausbesuche von NäPas, zu denen auch die Entlastenden Versorgungsassistentinnen (EVA) zählen, auch im fachärztlichen Bereich abrechenbar. Bislang wurden ausschließlich deren Besuche in Alten- und Pflegeheimen vergütet.

	Pflegeheimbesuch		Hausbesuch	
	GOP	Bewertung (Punkte)	GOP	Bewertung (Punkte)
1. Patient	38100	76	38100	76
	38200	90	38202	90
Weiterer Patient	38105	39	38105	39
	38205	83	38207	83

Fachärzte, die keine NäPa beschäftigen, können weiterhin die GOP 38100/38105 abrechnen, erhalten allerdings keine Zuschläge.

### 17,48 Euro für den Hausbesuch

Zur Abrechnung der Hausbesuche wurden zwei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) 38202 und 38207 in das EBM-Kapitel 38 (Delegierbare Leistungen) aufgenommen. Sie werden als Zuschläge zu den GOP für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern (Wegepauschalen GOP 38100 und 38105) gezahlt – extrabudgetär.

Der Hausbesuch einer EVA ist mit insgesamt 166 Punkten (17,48 Euro) bewertet, der Mitbesuch mit insgesamt 122 Punkten (12,85 Euro). Genauso viel erhalten Praxen, wenn eine EVA Patienten in einem Pflegeheim aufsucht. Eine solche Konsultation ist bereits seit einem Jahr möglich. Wer die Haus- und Pflegeheimbesuche delegiert, benötigt eine entsprechend qualifizierte MFA – und die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. ■ NAU

## Fortbildung zur EVA Neurologie/Psychiatrie startet

Im September 2017 startet in Nordrhein eine neue Spezialisierungsqualifikation für Medizinische Fachangestellte (MFA), die in neurologischen/psychiatrischen Praxen arbeiten. Sie werden zu Entlastenden Versorgungsassistenten ausgebildet, kurz: EVA-NP. Mit Ende der Ausbildung besitzen sie Kenntnisse und Fertigkeiten, um delegierbare Leistungen in der fachärztlichen Praxis zu übernehmen. Im Kurs sind noch Plätze frei.

„Die EVA-NP kennen sich in häufigen neurologischen und psychiatrischen Krankheitsbildern aus und sind zum Beispiel in der Lage, Routinebesuche in Heimen selbstständig durchzuführen“, sagt Dr. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Er hofft, dass viele sich für die Fortbildung entscheiden. „Wir brauchen hoch qualifizierte MFA, um die Kolleginnen und Kollegen noch stärker zu entlasten.“

### Berufsbegleitende Fortbildung

Das Unterrichtskonzept ist 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 nahezu 250 Stunden, fast ein Drittel können die Teilnehmer im Selbststudium auf einer Online-Lernplattform absolvieren. Die Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung organisiert die Fortbildung im Auftrag der KV Nordrhein. ■ NAU

### Kontakt

Claudia Putz  
claudia.putz@aeckno.de  
Telefon 0211 4302 2832

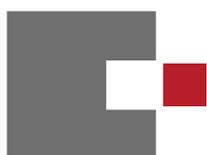
Mehr Infos unter [akno.de/eva](http://akno.de/eva) | KV | 170936

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

## Extra für MFA:

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

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



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

## Vorbildliche Palliativversorgung in Nordrhein



Informierten ausführlich über die Palliativversorgung: Chirurg Dr. med. Bernhard Mallmann, die KVNO-Referenten Achim Merling und Dr. Heike Zimmermann, Hausarzt Dr. Claudius Löns, Bettina Kutzscher vom Hospizverein Düsseldorf-Nord und Pflegedienstleiter Claus Bunten (v.l.n.r.), der wie Mallmann zum „Palliative-Care-Team Düsseldorf“ gehört.

Schon vor mehr als zehn Jahren hat die KV Nordrhein damit begonnen, die ambulante Palliativversorgung zu etablieren. Bis Ende 2016 wurden bereits über 20.000 Patienten in Nordrhein palliativmedizinisch betreut, davon über 11.300 in der „Allgemeinen Ambulanten

Palliativversorgung (AAPV)“ und fast 9.300 in der „Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV)“. Um das Angebot bekannt zu machen, informiert die KV Nordrhein regelmäßig auf Veranstaltungen für Angehörige betroffener Patienten über Möglichkeiten und Grenzen dieser Versorgung – so auch am 7. Juli 2017 im Haus der Ärzteschaft unter Beteiligung des „Palliative-Care-Teams Düsseldorf“. Aus erster Hand berichteten der Hausarzt und Palliativmediziner Dr. med. Claudius Löns, der Palliativmediziner und Chirurg Dr. med. Bernhard Mallmann sowie Pflegedienstleiter Claus Bunten, der wie Mallmann zum „Palliative-Care-Teams Düsseldorf“ gehört, über die Behandlungsmöglichkeiten und die professionellen Strukturen innerhalb der Palliativ-Netzwerke. Zu diesem gehört in Düsseldorf auch Bettina Kutzscher, Koordinatorin beim Hospizverein Düsseldorf-Nord. Das gemeinsame Ziel: die Lebensqualität des Patienten so lange wie möglich zu erhalten. Die nächste Infoveranstaltung findet am 18. Oktober 2017 in Kooperation mit der Volkshochschule (VHS) im VHS Studienhaus am Neumarkt in Köln statt (Beginn 18 Uhr). ■ HSCH

## KVNO und MDK informierten über Pflegereform

Seit Januar 2017 wirkt die bisher weitreichendste und wichtigste Reform der Pflegeversicherung in Deutschland – Zeit für eine erste Zwischenbilanz zu den Auswirkungen der neuen Systematik bei der Pflegebegutachtung und der neuen Definition von Pflegebedürftigkeit. Die KV Nordrhein hatte daher am 5. Juli gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu einer sozialmedizinischen Fortbildung eingeladen, an der fast 60 Ärztinnen und Ärzte im Haus der Ärzteschaft teilnahmen. Experten des MDK informierten die Besucher über die neuen Regeln

und Methoden zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit eines Patienten, die sich jetzt in weiten Teilen an der Selbstständigkeit eines Menschen bei der Bewältigung seines Alltages orientieren. Welche Rolle dabei der Expertise der niedergelassenen Mediziner zukommt und welche ärztlichen Empfehlungen und Diagnosen für die Messung des individuellen Hilfebedarfes des Patienten relevant sind, wurde in Fachvorträgen sowie einer abschließenden Expertendiskussion erörtert. Auch das Thema Rehabilitation mit Hinweisen zum richtigen Verordnen nahm breiten Raum ein. ■ HSCH

## Vollmacht wichtiger als Patientenverfügung

Viele Menschen möchten selbst bestimmen, welche medizinischen und pflegerischen Maßnahmen ergriffen werden, wenn sie schwerstkrank sind und im Sterben liegen. Wenn es dann aber zum Ernstfall kommt, lassen sich die eigenen Wünsche oft nicht erfüllen, weil sie nicht aufgeschrieben wurden. Wir geben einen Überblick, worauf man achten sollte.

Möchte ich reanimiert werden? Möchte ich an eine Herz-Lungen-Maschine angeschlossen werden? Will ich noch künstlich ernährt werden? Antworten auf diese Fragen müssen klar formuliert sein. Es reicht nicht, sich „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ zu wünschen. Es hilft auch nicht, sich auf den (Ehe-) Partner zu verlassen, weil dieser kein automatisches Vertretungsrecht hat.

Es ist schwierig, ohne fachliche Beratung durch Arzt oder Jurist eine Patientenverfügung für alle Eventualitäten so eindeutig zu formulieren, dass Mediziner sie im Krisenfall auch anwenden können. Aber Betroffene können auf jeden Fall mit einer Person ihres Vertrauens die persönlichen Wertvorstellungen bezüglich Leben und Sterben besprechen und sowohl eine Vorsorgevollmacht für Gesundheitsangelegenheiten als auch eine Betreuungsverfügung erteilen.

Am wichtigsten ist die **Vorsorgevollmacht**. Darin muss ausdrücklich formuliert sein, dass eine genannte Vertrauensperson „über ärztliche Maßnahmen mit der Gefahr des Versterbens oder des schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schadens“ entscheiden darf (§ 1904 Absatz 1 und 2 BGB). Mit dem Dokument wird diese Person bevollmächtigt, notwendige Angelegenheiten – auch am Lebensende – zu regeln, wenn die Betroffenen selbst nicht mehr dazu in der Lage sind.

In der **Patientenverfügung** entscheiden Betroffene vorab über medizinische und andere Maß-

nahmen. Es werden verschiedene Situationen beschrieben und konkret festgelegt, welche Behandlungsmaßnahmen (Art, Umfang und Dauer) in diesen Situationen ergriffen werden dürfen und welche nicht. Wer eine Patientenverfügung erstellt, sollte ebenfalls eine Vertrauensperson bevollmächtigen und dies mit ihr besprechen. Wünsche sollten, gegebenenfalls nach fachkundiger Beratung, immer individuell und möglichst konkret formuliert sein, etwa bezüglich künstlicher Ernährung oder Beatmung.

In der **Betreuungsverfügung** wird festgelegt, wen das Gericht notfalls als gesetzlichen Betreuer einsetzen soll.

Wer eine Vollmacht oder Patientenverfügung erstellt hat, sollte diese für die Vertrauensperson „griffbereit“ hinterlegen. Zudem hilft es, für Notfälle einen Hinweis in die Geldbörse zu legen, in dem beschrieben ist, wo das Dokument zu finden und wer bevollmächtigt ist.

■ MARITA MEYE

*Es gibt verschiedene Muster für Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen. Die Links dazu finden Sie unter [kvno.de](http://kvno.de) KV | 170939*

### ■ Ärztekammer Nordrhein

[www.aekno.de](http://www.aekno.de) Rubrik „Bürger“, Menü „Patientenverfügung“: „Leitfaden für die persönliche Vorsorge“

### ■ Bundesjustizministerium

[www.bmjv.de](http://www.bmjv.de) Rubrik „Service“, Menüpunkt „Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung“ bzw. „Patientenverfügung“ (auch fremdsprachige Versionen zum Download)

### ■ Stiftung Warentest: Das Vorsorge-Set

[www.test.de](http://www.test.de) Suchwort „Vorsorge-Set“ eingeben: „Vorsorge-Set: Patientenverfügung, Testament, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht“, 144 Seiten, ISBN: 978-3-86851-382-0, 12,90 €.

## Die Praxis zielgerichtet führen

Wer sich als Arzt oder Psychotherapeut für die Selbstständigkeit entscheidet, für den geht es nicht mehr ausschließlich um die Behandlung von Patienten. Als Arzt oder Psychotherapeut sollten Sie dann auch wirtschaften – und sich Gedanken über die Steuerung Ihres Unternehmens machen.

In der Alltagshektik kann es passieren, dass die ursprünglichen Pläne zur Ausrichtung der eigenen Praxis in Vergessenheit geraten. Das birgt Risiken für den wirtschaftlichen Erfolg.

Die KV Nordrhein unterstützt Praxiseinsteiger und etablierte Praxen beim Entwickeln und Realisieren praxisindividueller Ziele. In einem gemeinsamen Gespräch werden diese festgehalten und in einem weiteren Schritt konkrete Maßnahmen für die Umsetzung erarbeitet, um die definierten Ziele im Praxisalltag langfristig zu etablieren. Zwecks Beurteilung des Erfolgs definieren Berater und Arzt oder Psychotherapeut für jedes Ziel aussagekräftige Kennzahlen (zum Beispiel Gewinn vor Steuern oder Anzahl der Neupatienten pro Wo-

che), die in festgelegten Zeiträumen analysiert und ausgewertet werden.

### Für wen ist die Praxisführungsstrategie geeignet?

Die Antwort ist: für alle Ärzte und Psychotherapeuten, die bereits niedergelassen sind oder sich neu niederlassen wollen. Praxiseinsteigern empfehlen wir, sich vor der Übernahme der Praxis zu überlegen, wofür diese künftig stehen möchte und welche Erwartungen man selbst an die eigene Tätigkeit hat. Dabei können die gewählten Ziele so unterschiedlich sein wie die Praxen selbst.

Mögliche Ziele können dabei finanzieller Art sein, beispielsweise die Angabe des künf-

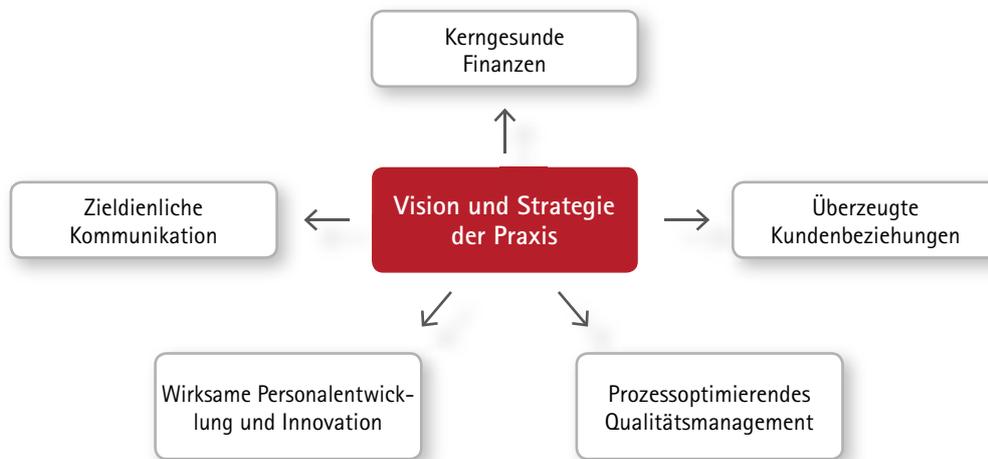
### Vorteile der Balanced Scorecard (BSC)

Die Arbeit mit der BSC hat viele Vorteile für die Führung einer Praxis:

- **Zielorientierung:** Die Ziele werden für die gesamte Praxis festgehalten. Wichtig ist auch, dass nicht nur der Praxisinhaber, sondern das gesamte Team die Ziele kennt und darauf hinarbeiten kann. Dies verbessert oft auch die Kommunikation in der Praxis.
- **Konzentration auf Kennzahlen:** Dies unterstützt die Fokussierung auf Ihre praxisindividuellen Ziele und ermöglicht die Überprüfung der Zielerreichung. Zudem sind die entsprechenden Kennzahlen bei strategischen Entscheidungen präsender.
- **Transparenz:** Ziele und Strategien werden in Kennzahlen ausgedrückt und messbar bewertet. Die BSC bietet somit Orientierung für alle Beschäftigten in der Praxis.
- **Frühwarnsystem:** Die festgelegten Kennzahlen ermöglichen die Beurteilung des Erfolgs und eine Abweichung der Kennzahlen dient dem Praxisinhaber als Frühwarnsystem. In diesem Fall können entsprechende Gegenmaßnahmen eingeleitet werden.

## Ziele und Kennzahlen für Praxen

Die Grafik zeigt beispielhaft fünf Perspektiven, zu denen in der Beratung Ziele, Kennzahlen und Maßnahmen formuliert werden können.



tigen Gehaltes. Aber auch qualitative Ziele sind möglich, zum Beispiel die Steigerung der Patientenzufriedenheit.

Für den bereits niedergelassenen Arzt oder Psychotherapeuten kann es unterschiedliche Anlässe für die Etablierung einer Praxisführungsstrategie geben. Vielleicht möchten Sie in der Praxis einen neuen Schwerpunkt aufbauen oder eine Kooperation gründen? Oder Sie planen einen Umzug und wollen sich „neu ausrichten“?

### Inhalt des Beratungsangebots

Die Berater der KV Nordrhein arbeiten in der Beratung mit dem strategischen Instrument „Balanced Scorecard“, kurz: BSC. Diese wird von vielen Unternehmen als Steuerungs- und Managementsystem angewendet, denn sie berücksichtigt nicht nur langfristige, sondern auch kurz- und mittelfristige Ziele des Unternehmens. Sie verbindet zudem monetäre mit nicht monetären Zielen. „Sie werden sehen: Das strukturierte Erfassen Ihrer Ziele kann auch Spaß machen“, sagt Annika Wirtz, Beraterin der KV Nordrhein. ■ LINDA PAWELSKI

## Kontakt

### Ansprechpartnerinnen für die Bezirksstelle Düsseldorf



**Britta Matuschek**  
Telefon 0211 5970 8517  
praxisfuehrungsstrategie@kvno.de



**Katja Wellner**  
Telefon 0211 5970 8794  
praxisfuehrungsstrategie@kvno.de



**Annika Wirtz**  
Telefon 0211 5970 8780  
praxisfuehrungsstrategie@kvno.de

### Ansprechpartner für die Bezirksstelle Köln



**Alexander Konrad**  
Telefon 0221 7763 6529  
praxisfuehrungsstrategie@kvno.de

Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | KV 170941

„Ein kluger Mann macht nicht alle Fehler selbst.  
Er gibt auch anderen eine Chance.“

*(Winston Churchill)*

# ZEIT FÜR KOMMENTARE

auf [www.cirs-nrw.de](http://www.cirs-nrw.de)

Internationaler Tag der Patientensicherheit 2017 „Wenn Schweigen gefährlich ist“

## Teilen Sie Ihr Wissen!

So kommentieren Sie Fallberichte auf [www.cirs-nrw.de](http://www.cirs-nrw.de):

1. Besuchen Sie [www.cirs-nrw.de](http://www.cirs-nrw.de).
2. Klicken Sie den orangefarbenen Button „Berichten & Lernen“.
3. Die Registerkarte „Fallberichte“ (oben links) zeigt eine Liste aller eingestellten Fälle.
4. Stöbern Sie durch die Fälle, nutzen Sie die Filter- und Suchfunktion.  
Filtern Sie z. B. nach Ihrem Fachgebiet oder nach dem Ort des Geschehens.
5. Sie haben zu dem Ein oder Anderen schon erfolgreich Sicherheitsmaßnahmen in Ihrer Einrichtung umgesetzt? Seien Sie stolz darauf und lassen Sie andere daran teilhaben.  
Kommentieren Sie die Fälle und teilen Sie Ihr Wissen!
6. Gemeinsames Lernen fördert die Patientensicherheit. Machen Sie mit bei CIRS-NRW!



## Neuregelungen in der Psychotherapie

Die seit April 2017 geltenden Neuregelungen in der psychotherapeutischen Versorgung werfen viele Fragen auf.

***Können die Gebührenordnungspositionen (GOP) 35140 bis 35142 neben genehmigten Therapien abgerechnet werden?***

Nein, die Leistungen schließen sich in derselben Sitzung neben genehmigten Therapien seit dem 1. April 2017 aus.

***Trägt die KV die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) ein?***

Ja. Die KV Nordrhein setzt bei Vorliegen der Voraussetzungen die PFG automatisch hinzu.

***Führen die GOP 35151 und 35152 zum Ausschluss der PFG?***

Wer die psychotherapeutische Sprechstunde (GOP 35151) abrechnet, erhält die PFG. Anders sieht es bei der Akutbehandlung (GOP 35152) aus: Hier handelt es sich um eine Leistung der spezialisierten Versorgung, da sie unter Umständen auf das Kontingent einer sich anschließenden Kurz- oder Langzeittherapie angerechnet wird. Die Abrechnung der GOP 35152 führt also zum Ausschluss der PFG.

***Eine Kurzzeittherapie wurde vor April 2017 beantragt und bewilligt. Wie rechnen wir die nun ab?***

Die ersten 12 Sitzungen innerhalb des bewilligten Kontingents sind mit der GOP 35401 (TP), 35411 (AP) oder 35421 (VP), die 13. bis 25. Sitzung in-

nerhalb des bewilligten Therapiekontingents sind mit der GOP 35402 (TP), 35412 (AP) oder 35422 (VP) abzurechnen. Die 25. Sitzung kennzeichnen Sie in diesen Fällen bitte mit einem „L“.

***Ich habe eine genehmigte Gruppentherapie für neun Patienten. Davon kommen mal sieben Patienten, mal nur fünf. Welche GOP kann ich abrechnen?***

Sie rechnen jeweils die GOP der tatsächlichen Gruppengröße ab, zum Beispiel bei einer Verhaltenstherapie in einer Sitzung mit sieben Patienten die GOP 35547 (Kurzzeit) oder 35557 (Langzeit) bei jedem Patienten. Sind nur fünf Patienten anwesend, wird die Sitzung mit 35545 (Kurzzeit) oder 35555 (Langzeit) je Patient abgerechnet.

***Wie beantrage ich Gruppentherapie, ich weiß doch nie, wie groß genau die Gruppe sein wird?***

Sie müssen sich nicht schon bei Antrag auf eine Gruppengröße festlegen. Beantragen Sie eine Gruppentherapie mit einem „X“ an der letzten Stelle der GOP, zum Beispiel „3551X“ für PT/Langzeit/Gruppe. Auf der Bewilligung werden die GOP aller Gruppengrößen der entsprechenden Therapie mitgeteilt, in unserem Beispiel wären das: „35513 bis 35519“.



© fotolia | WavebreakmediaMicro

Psychotherapeutische Sprechstunde, Akutbehandlung, weniger Bewilligungsschritte: Die ambulante psychotherapeutische Versorgung wurde neu strukturiert. Die Serviceteams der KV Nordrhein beantworteten dazu viele Fragen.

***Haben sich die Ziffern für die Testverfahren geändert?***

Ja. Seit 1. Juli 2017 wurde die GOP 35300 (standardisierte Verfahren) in die GOP 35600, die GOP 35301 (psychometrische Verfahren) in die GOP 35601 und die GOP 35302 (projektive Verfahren) in die GOP 35602 geändert.

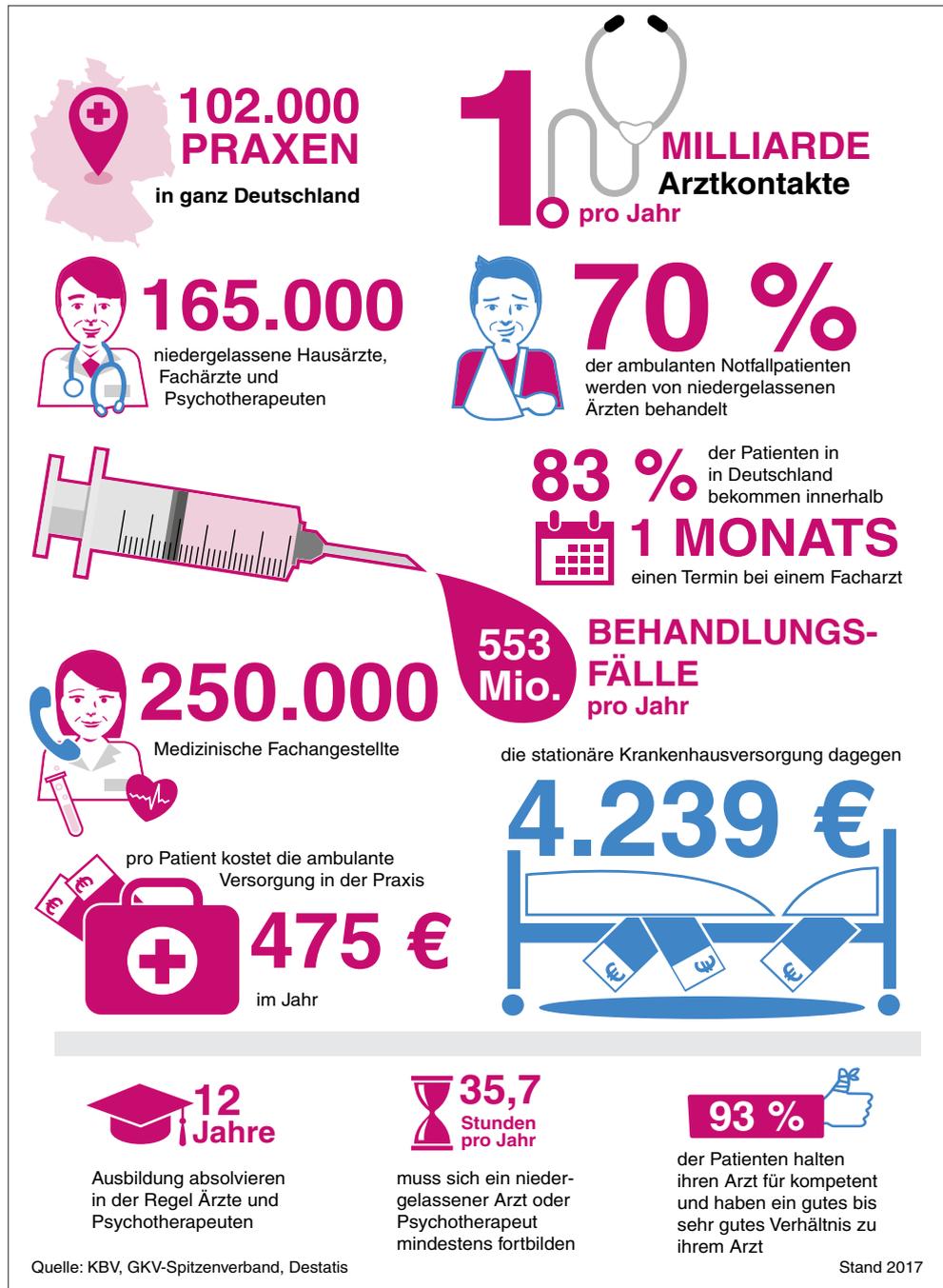
***Wann ist die GOP 35130 noch abrechnungsfähig?***

Die Beantragung einer Kurzzeittherapie ist grundsätzlich nicht mehr gutachterpflichtig, es sei denn, innerhalb der vergangenen zwei Jahre fand bereits eine Therapie statt oder die Krankenkasse fordert im Einzelfall ein Gutachten an.

## Leistungszahlen der ambulanten Versorgung

165.000 niedergelassene Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten sowie 250.000 medizinische Fachangestellte arbeiten in den 102.000 deutschen Arztpraxen und versorgen pro Jahr 553 Millionen Behandlungsfälle. Die Niedergelassenen haben in der Regel eine zwölfjährige Ausbildung durchlaufen und lernen auch im Berufsalltag immer weiter:

Mindestens 35,7 Stunden pro Jahr müssen sie sich fortbilden. 93 Prozent der Patienten halten ihren Arzt für kompetent und haben ein gutes bis sehr gutes Verhältnis zu ihm. Lange auf ihren Arzt warten müssen die Patienten in Deutschland nicht: 83 Prozent bekommen innerhalb eines Monats einen Termin bei einem Facharzt.





Am 17. Juli 2017 fand die Abschlussfeier der Fachwirtinnen im Haus der Ärzteschaft statt. 14 frischgebackene Fachwirtinnen nahmen ihre Zertifikate entgegen. Dr. Carsten König, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein (rechts im Bild), Monika Rueb (2. v. li.), Vorsitzende des Prüfungsausschusses und Landesvorstandsmitglied im Verband medizinischer Fachberufe, sowie Dr. Caroline Kühnen (links), stellvertretende Geschäftsführerin der Nordrheinischen Akademie, überreichten Blumen an die Absolventinnen.

## Qualitätszirkel: Moderatorenntag 2017

Die Tutoren der KV Nordrhein in Kooperation mit der Akademie für Fort- und Weiterbildung bieten eine Fortbildungsveranstaltung für Qualitätszirkelmoderatoren und alle Interessierten an. In diesem Jahr werden nach der Begrüßung durch den Vorstand der KVNO und einem Einführungsvortrag von Prof. Dr. Marcus Siebolds in Kleingruppen

die Themen „Coaching im Qualitätszirkel“, „Multimedikation“, „Der fidele Kunstfehler“, „Patientenfallkonferenz“, „Zwischen den Stühlen – im Spannungsfeld zwischen interner und externer Evidenz“ sowie „Verborgene Gefahr“ angeboten. Jeder Teilnehmer hat die Möglichkeit, zwei Themengebiete für seinen Qualitätszirkel zu erarbeiten.

ZERTIFIZIERT | 10 Punkte

**Termin** 7. Oktober 2017  
9 - 16 Uhr

**Ort** Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

**Kosten** für Mitglieder kostenfrei  
**Anmeldung** KV Nordrhein  
Sabine Stromberg  
Christiane Kamps  
Hauptstelle  
Qualitätssicherung  
40182 Düsseldorf

**Telefon** 0211 5970-8149 | -8361

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

## Qualitätszirkel suchen Mitglieder

**Thema** Psychotherapie  
**Kontakt** Moderator: Peter Hartmann  
Praxis Mina Stark  
**Telefon** 0221 2570908  
**E-Mail** praxisstark@t-online.de  
**Ort** Köln

**Thema** Behandlungstechniken und Probleme im Rahmen der analytischen Kinder- und Jugendpsychotherapie  
**Kontakt** Ralf Kaesler  
**Telefon** 0211 2909783  
**E-Mail** akjp-praxis@t-online.de  
**Ort** Düsseldorf

**Thema** Verhaltenstherapeutische Strategien mit Kindern  
**Kontakt** Martina Gies  
**Telefon** 02234 3797808  
**E-Mail** info@kiju-therapie-koeln.de  
**Ort** Köln

**Thema** OZ Psychotherapie linker Niederrhein  
**Kontakt** Dr. Birgit Henkel  
**Telefon** 02151 1521124  
**E-Mail** PsychotherapieHenkel@t-online.de  
**Ort** Krefeld

### Kontakt

**Sabine Stromberg**  
Telefon 0211 5970 8149

**Christiane Kamps**  
Telefon 0211 5970 8361

Telefax 0211 5970 8160  
qualitaetszirkel@kvno.de

# 19. Nordrheinischer Praxisbörsestag

## Informationen rund um Praxisabgabe und Nachfolge



**Samstag, 14. Oktober 2017**

9 bis 15 Uhr | Maternushaus | Kardinal-Frings-Straße 1-3 | 50668 Köln

### Programm

- 9.00 – 9.30 Uhr **Begrüßung – Gute Perspektiven für die Niederlassung**  
Dr. med. Frank Bergmann | Vorstandsvorsitzender KV Nordrhein
- 9.30 – 10.30 Uhr **Die eigene Praxis – Von der Niederlassung bis zur Abgabe**  
Britta KleiB | Rechtsabteilung KV Nordrhein | Alexander Konrad | Niederlassungsberatung KV Nordrhein
- 10.30 – 10.45 Uhr **Kaffeepause**
- 10.45 – 11.15 Uhr **Praxiswertermittlung – Strategien für Einsteiger und Praxisabgeber**  
Christoph Röger | Steuerberater Köln
- 11.15 – 11.45 Uhr **Die Beratungsangebote der KV Nordrhein – Kurzportraits**
- 11.45 – 12.30 Uhr **Meet and Greet – Abgeber trifft Nachfolger**
- 12.30 – 13.15 Uhr **Mittagspause**

### Vorträge für Praxisabgeber | Maternussaal

Moderation: Hans Burchatzki | Leiter Sicherstellung/Qualitätssicherung KV Nordrhein

- 13.15 – 13.45 Uhr **Finanzplanung vor der Praxisabgabe**  
N. N.
- 13.45 – 14.30 Uhr **Auf was muss ich beim Übergabevertrag achten?**  
Britta KleiB | Rechtsabteilung KV Nordrhein
- 14.30 – 15.00 Uhr **Steuerliche Gestaltungsmöglichkeiten beim Praxisverkauf**  
Dr. Rolf Michels | Laufenberg, Michels und Partner

### Vorträge für Praxiseinsteiger | Dreikönigssaal

Moderation: Linda Pawelski | Koordinatorin Beratungsdienste KV Nordrhein

- 13.15 – 13.40 Uhr **Fördermöglichkeiten**  
Laura Bäumer | Praxisstark
- 13.40 – 14.10 Uhr **Die eigene Praxis – Wege zur Finanzierung**  
Thomas Jennissen | Hypovereinsbank
- 14.10 – 14.30 Uhr **Abrechnungsinformationen für Ärzte und Psychotherapeuten**  
Jasmin Krahe und Michael Sybertz | Abrechnungsberatung KV Nordrhein
- 14.30 – 15.00 Uhr **Endlich mein eigener Chef – ein Erfahrungsbericht**  
Sebastian Haaß | Facharzt für Allgemeinmedizin | Inden



Engagiert für Gesundheit.  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

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

## Konflikte und Aggressionen im Umgang mit Patienten

Von verbalen Attacken über Aggressionen bis zur Gewalt – Ärzte und andere Beschäftigte im Gesundheitswesen gehören statistisch gesehen zu den am meisten gefährdeten Berufsgruppen. Die dadurch unter Umständen entstehenden psychischen Belastungen werden nur selten aufgearbeitet, prophylaktische Maßnahmen zur Konfliktprävention bisher zu wenig ergriffen. Als Bestandteil des praxisinternen Arbeitsschutz- und Risikomanagement-Konzepts ist die Fortbildung für Mitarbeiter von Gesundheitseinrichtungen aller Fachrichtungen geeignet. Das Konzept spricht sowohl Ärzte als auch nicht ärztliches Personal an.

ZERTIFIZIERT | 5 Punkte

**Termin** 22. September 2017  
14.30 – 19 Uhr

**Kosten** 110 €

**Ort** Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

**Anmeldung** Nordrheinische Akademie  
Tanja Kohnen  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

**Telefax** 0211 4302 2809

**E-Mail** tanja.kohnen@aekno.de

## Arzneimittelsicherheit bei Kindern, in Schwangerschaft und Stillzeit

Im Mittelpunkt der Veranstaltung stehen Patienten im Kindes- und Jugendalter sowie Schwangere und stillende Mütter. Was ist speziell bei diesen Zielgruppen bei der Gabe von Medikamenten und Psychopharmaka zu beachten? Welche Herausforderungen und Probleme stellen sich hinsichtlich der Arzneimittelsicherheit? Darüber hinaus wird die Bedeutung des Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetzes (AMVSG) aus Sicht der Pädiatrie beleuchtet.

ZERTIFIZIERT | 4 Punkte

**Termin** 27. September 2017

**Ort** Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

**Anmeldung** Institut für Qualität  
im Gesundheitswesen  
Nordrhein (IQN),  
Petra Wicenty

**Telefon** 0211 4302-2751

**Telefax** 0211 4302-5751

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

## Ambulante Versorgung im Wandel

Es geht um den Status quo und den Wandel der ambulanten Versorgung in Nordrhein, deren Perspektiven und den Zusammenhang zwischen ambulanten Ressourcen und ihrer Finanzierung. KVNO-Vorstandsvorsitzender Dr. med. Frank Bergmann wird Dr. Dominik Graf von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), und Prof. Günter Neubauer, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik in München, begrüßen. Dazu kommen Referenten aus Politik und Selbstverwaltung – und hoffentlich viele Mitglieder der KV Nordrhein.

ZERTIFIZIERUNG | beantragt

**Termin** 17. Oktober 2017  
17.30 – 21 Uhr

**Ort** Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

**Anmeldung** nicht erforderlich

## Seminar: Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis

In diesem Seminar vermittelt die IT-Beratung der KV Nordrhein wichtige Aspekte, die ärztliche und psychotherapeutische Praxen 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. Es geht besonders um den Schutz sensibler Patientendaten vor Verlust und Manipulation sowie den Umgang mit Internet, E-Mail und Fax. Weitere Themen sind Datensicherung, Aufbewahrung und Vernichtung von Daten sowie Aspekte, die sich im Rahmen von Patientenrechten ergeben. Das Seminar ist kostenlos.

**Termin 1** 18. Oktober 2017  
15 – 18 Uhr

**Ort** Haus der Ärzteschaft  
Tersteegenstraße 9  
40474 Düsseldorf

**Termin 2** 17. November 2017  
14 – 17 Uhr

**Ort** Bezirksstelle Köln  
Sedanstraße 10-16  
50668 Köln

**Anmeldung** kvno.de

**E-Mail** it-beratung@kvno.de

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

## Mitgliederversammlung

08.11.2017 | 18.00 Uhr | KV Nordrhein | Mitgliederversammlung der Kreisstelle Essen

16.11.2017 | 19.30 Uhr | KV Nordrhein | Mitgliederversammlung der Kreisstelle Mülheim

### Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten

■	16.09.2017	KV Nordrhein in Kooperation mit IVPNetworks GmbH (IVP): Kick-off-Veranstaltung NPPV (Neuropsychiatrische und Psychotherapeutische Versorgung), Düsseldorf
	22.09.2017	Nordrheinische Akademie: „Tatort Klinik und Praxis – Konflikte und Aggressionen im Umgang mit Patienten“, Düsseldorf
	21.-23.09.2017	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM): 51. Wissenschaftlicher Kongress, Düsseldorf
	22.-23.09.2017	Nordrheinische Akademie: Moderatorenschulung, Grundkurs, Düsseldorf
	23.09.2017	Nordrheinische Akademie: „Notfallmanagement in der Praxis – Kardiale Notfälle – ACS“, Düsseldorf
	27.09.2017	IQN: „Arzneimittelsicherheit bei Kindern sowie in der Schwangerschaft und Stillzeit“, Düsseldorf
	27.09.2017	Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Nordrhein: Auftaktveranstaltung, Essen
	30.09.2017	Ärztammer Nordrhein: „Beratungstag für junge Kammermitglieder“, Düsseldorf
■	04.10.2017	KV Nordrhein: „Einführungsworkshop ‚rational und rationell verordnen‘ für neu niedergelassene Ärzte“, Düsseldorf
	07.10.2017	Nordrheinische Akademie: „Moderatorentag/Aufbaukurs“, Düsseldorf
	11.10.2017	Tag des Bereitschaftsdienstes, bundesweit
■	14.10.2017	KV Nordrhein: „19. Nordrheinischer Praxisbörsentag“, Köln
■	17.10.2017	KV Nordrhein: „Reichen die Ressourcen?“ – Fachtagung zur ambulanten Versorgung, Düsseldorf
■	18.10.2017	KV Nordrhein: Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis, Düsseldorf

### Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

■	20.09.2017	KV Nordrhein: „Effizienzcoaching – die Kunst, sich selbst und andere zu organisieren“, Düsseldorf
	22.09.2017	Nordrheinische Akademie: „Tatort Klinik und Praxis – Konflikte und Aggressionen im Umgang mit Patienten“, Düsseldorf
	22.-23.09.2017	Nordrheinische Akademie: „Körpersprache – Ausstrahlung und Souveränität ausbauen“, Düsseldorf
■	27.09.2017	KV Nordrhein: „Geriatrisches Basiswissen“, Düsseldorf
■	27.09.2017	KV Nordrhein: „Workshop EBM Wiedereinsteiger (Teil 1)“, Köln
	27.09.2017	Nordrheinische Akademie: „Einführungsseminar Datenschutz auf Grundlage der EU-Datenschutz-Grundverordnung“, Düsseldorf

### Veranstaltungen für Patienten

■	04.10.2017	KV Nordrhein in Zusammenarbeit mit dem Rheinboten/NRZ: „Erkältung, Grippe und Co.“, Düsseldorf
---	------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

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

## 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](mailto:redaktion@kvno.de)

## Ansprechpartner

Montag bis Donnerstag von 8 bis 17 Uhr

Freitag von 8 bis 13 Uhr

## Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666

Telefax 0221 7763 6450

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

## Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888

Telefax 0211 5970 8889

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

## Formularversand

Petersstraße 17-19

47798 Krefeld

Telefon 02151 3710 00

Telefax 02151 9370 655

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

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

Gesamtauflage dieser Ausgabe: 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“ 10 | 2017

## ■ Innovation

### NPPV-Projekt startet

## ■ KVNO

### Vorsitzende der Kreisstellen

## ■ Bedarfsplanung

### Die Sonderregion Ruhrgebiet

## ■ Abrechnung

### Mehrere Übertragungsmöglichkeiten

Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell

erscheint am 29. September 2017.

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

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



**Engagiert für Gesundheit.**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein