

12 | 2017

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Hintergrund

DMP | Erfolgreiche
Behandlungsprogramme

Schwerpunkt

VV der KVNO | Struktur-
fonds für die Sicherstellung

Aktuell

Onlinerollout | Praxis in
Neuss an TI angeschlossen

Verordnungsinfos

Prüfvereinbarung | 14 Praxis-
besonderheiten sind entfallen

Beilage

Fortbildungsübersicht
Januar bis Juli 2018

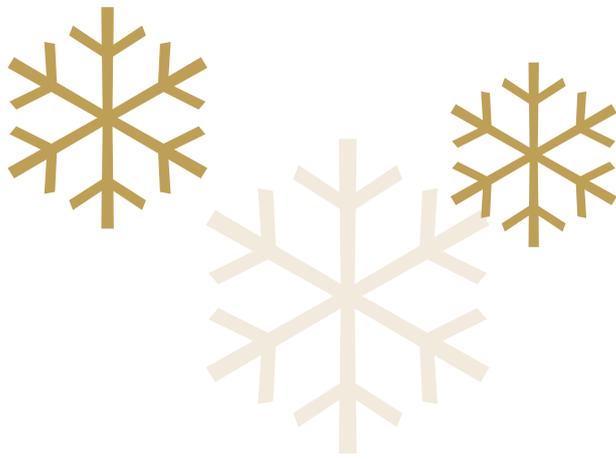
Polypharmazie im Griff



© fotolia.com | pix4U



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein



Inhalt

Schwerpunkt

- 2 VV der KVNO:
Ein Strukturfonds
für Nordrhein

Aktuell

- 6 Telematik-Infrastruktur
entsteht jetzt
- 7 TI in Neusser
Praxis gestartet
- 9 Düren: Austausch
von eArztbriefen
- 10 Fehlermeldesystem
wird angenommen
- 10 Risiko: Wenn
Informationen fehlen

■ Praxisinfos

- 12 Hautkrebsvorsorge:
Höhere Vergütung
- 12 Pflegeheimversorgung:
Muster-Vertrag
- 12 Kinderärzte dürfen keine
Erwachsenen behandeln

- 13 Heimat BKK kündigt
U10 und U11
- 13 Bauchaortenaneurysma:
Vergütung steht

■ Verordnungsinfos

- 14 RESIST: Fortbildung
einfach möglich
- 14 Richtlinie geändert:
Antidiarrhoika für Kinder
- 15 Hepatitis C: Neue
Verordnungs-Ampel
- 16 14 Praxisbesonder-
heiten entfallen
- 17 Kassen stellen
1300 Prüfanträge
- 17 Mehr Krätzefälle – Eng-
pässe bei Arzneimitteln

Hintergrund

- 18 DMP-Bericht:
Polypharmazie im Griff
- 18 „Die DMP-Ziele sind
nützliche Anhaltspunkte“

Berichte

- 22 Wie viel Fortschritt

- ist bezahlbar?
- 25 TSS künftig auch
für Probatorik
- 25 Fit für die
Hausarztpraxis
- 26 Abrechnungsarten:
KV-Connect legt zu
- 28 „Der Mensch
im Mittelpunkt“

Service

- 31 Lotsen-Projekt:
Betroffene Helfer

In Kürze

- 32 Bei Verdacht auf
Kindesmissbrauch
- 33 Versorgung von Patienten
mit Migrationshintergrund
- 33 Laborreform auf
April verschoben
- 33 Gelbes Heft: Englische
Übersetzung verfügbar
- 33 Neue stellv. Vorsitzende
in zwei Kreisstellen

Veranstaltungen

- 35 Veranstaltungen | Termine

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

am Thema Gesundheit sind die Verhandlungen der Jamaika-Koalition nicht gescheitert. Zentrale Themen der Sondierung – Versorgung im ländlichen Raum, Abbau von Sektorengrenzen und Digitalisierung – werden auch auf der Agenda einer Großen Koalition stehen. Zu befürchten ist allerdings, dass auch über die Bürgerversicherung wieder verhandelt wird. Man kann nur hoffen, dass die Union eine solche Einheitsversicherung mit unkalkulierbaren Folgen für die Versicherten und unsere Praxen so nachhaltig ablehnt wie wir.

In Nordrhein-Westfalen hat sich die neue Landesregierung schnell auf gesundheitspolitische Eckpunkte verständigt. Unser Austausch mit Minister Laumann und seinem Haus ist gut. Ohnehin blickt die KV Nordrhein auf ein Jahr zurück, in dem wir als neuer Vorstand ebenso wie die Vertreterversammlung und sämt-

liche Ausschüsse sowie Gremien gut zusammengearbeitet haben.

Vieles konnten wir auf den Weg bringen – ob neue Initiativen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung und ihrer Finanzierung, neue Vertragsformen, Telematik-Infrastruktur oder Laborreform. Intensiv arbeiten wir auch daran, die Verwaltung der KV Nordrhein weiter zu modernisieren, um unsere Aufgaben effizienter und damit auf Dauer kostengünstiger erfüllen zu können.

Noch nicht abschließen konnten wir die Honorarverhandlungen für dieses Jahr. An vielen Punkten sind wir mit den Krankenkassen einig – strittig bleibt die Anpassung der Vergütung im Zuge der Konvergenz. Auch beim Thema Regresse sind wir mit den Kassen im Gespräch. Die Flut an Prüfanträgen ist ein Ärgernis, vor allem, wenn sich



die Kassen wie bei der modernen Wundversorgung allein auf Formfehler berufen, ohne dass ein wirtschaftlicher Schaden entstanden wäre. Mit dem stationären Bereich gibt es weiter Abstimmungsbedarf bei der sektorenübergreifenden Notfallversorgung, Stichwort Portalpraxis. Unsere To-do-Liste ist also noch lang.

Wir hoffen, dass Sie an den Weihnachtstagen und in der Zeit zwischen den Jahren Ruhe und Entspannung finden, und wünschen Ihnen und Ihren Familien frohe Weihnachten und ein gutes neues Jahr!

Herzliche Grüße

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Bergmann'.

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'König'.

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

Ein Strukturfonds für Nordrhein

Bei der Vertreterversammlung (VV) der KV Nordrhein am 24. November 2017 votierten die Delegierten für die Einrichtung eines Strukturfonds in Nordrhein, mit dem Aktivitäten zur Sicherstellung finanziert werden können. Deutliche Kritik gab es an den jüngsten Prüfanträgen der Krankenkassen und der geplanten Ausweitung der Aufgaben der Termin-Servicestelle.

Zufrieden reagierte der Vorstand auf die breite Zustimmung der Delegierten zum Strukturfonds, den es bereits in zehn Kassenärztlichen Vereinigungen gibt und der bisher von der VV abgelehnt worden war. „Damit erhalten wir eine wichtige Grundlage zur Finanzierung von Initiativen zur Sicherstellung der Versorgung in nordrheinischen Regionen, in denen schon heute Nachwuchs fehlt“, sagte Vorstandsvorsitzender Dr. med. Frank Bergmann. „Der besondere Charme besteht in der gemeinsamen Finanzierung des Fonds: Wir als KV müssen nur eine Hälfte der Mittel bereitstellen, auch die Kostenträger sind zu 50 Prozent daran beteiligt.“ Ergänzt wird der Fonds durch eine Sicherstellungsrichtlinie, die die Grundsät-

ze der Mittelverwendung, Fördermaßnahmen, Antragsverfahren und die Festlegung von zu fördernden Gebieten regelt.

Scharf kritisierte Bergmann erneut die Prüfanträge der nordrheinischen Krankenkassen, die im Oktober knapp 1300 Anträge für das vierte Quartal 2016 gestellt haben, darunter ein großer Teil wegen der Verordnung von Materialien der modernen Wundversorgung über den Sprechstundenbedarf (siehe Seite 17). „Wir wissen, dass bei der Abrechnung Formfehler passiert sind. Den Kassen ist aber durch die Abgabe der Wundversorgungsmaterialien kein materieller Schaden entstanden, das Verbandsmaterial war und ist für die Versorgung der

■ Änderungen am Honorarverteilungsmaßstab (HVM)

Zum 1. Quartal 2018 hat die VV Anpassungen am HVM vorgenommen. Die Änderungen ergeben sich aus gesetzlichen Vorgaben, Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Honorarverteilung, redaktionellen Änderungen und einem Beschluss des HVM-Ausschusses zur humangenetischen Vergütung. Die wichtigsten Punkte in Kurzform:

- Für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) wurde die Unterschriftenregelung in der Sammelerklärung erweitert. Bei einer kurzfristigen Verhinderung darf im Einzelfall nun

auch ein stellvertretender ärztlicher Leiter unterzeichnen.

- Wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für einen Planungsbereich eine Unterversorgung feststellt oder diese droht, wird die Fallzahlssystematik beim Berechnen des Regelleistungsvolumens (RLV) angepasst. Hausärzte, die dort tätig sind, werden von der Fallzahlzuwachsbegrenzung ausgenommen. Für Fachärzte würde die aktuelle Fallzahl zur Berechnung des RLV gelten.
- Aufgrund eines Beschlusses des Bewertungsausschusses werden die Leistungen



Patienten nötig", sagte Bergmann. Einstimmig forderten die Delegierten die Kassen auf, die Prüfanträge zurückzuziehen.

Kein Markt bei Telematik-Infrastruktur

Eine kritische Zwischenbilanz zog Bergmann zum Start der Telematik-Infrastruktur (TI): „Nach wie vor herrscht keine Marktsituation mit Wettbewerb bei den Komponenten. Und dass ausgerechnet das Versichertenstammdatenmanagement als erste Anwendung laufen soll, ist strategisch mehr als unglücklich – an sinnvollen medizinischen Anwendungen hätten wir dagegen großes Interesse“.

Ein weiteres Thema im Bericht des KVNO-Vorstandes waren die jüngsten Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur künftigen Bedarfsplanung in der Sonderregion: Ab 2018 soll die „Soll-Arztlich-

te“ der Hausärzte innerhalb eines Zeitraums von zehn Jahren an bundeseinheitliche Verhältnisse angepasst werden. „Im nordrheinischen Teil des Ruhrgebietes entstehen im ersten Schritt etwa 34 neue Hausarzt-Sitze, die voraussichtlich ab Mitte 2018 ausgeschrieben werden. Insgesamt wird sich der Zuwachs auf etwa 215 neue hausärztliche und rund 50 psychotherapeutische Zulassungen belaufen, deren Verhältniszahl ebenfalls durch den G-BA angepasst wurde“, so Bergmann. Der KVNO-Chef betonte, dass Interessenten die Beschlüsse des hiesigen Landesausschusses im Frühjahr abwarten müssten.

Dr. med. Carsten König, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, widmete sich unter anderem den Disease-Management-Programmen (DMP). Bei den auf Bundesebene diskutierten Plänen, den DMP-Katalog auf

der nicht-ärztlichen Praxisassistenten (GOP 03060 bis 03065 EBM) ab 2018 in die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) überführt. Hierfür wurde ein eigenes Kontingent im hausärztlichen Versorgungsbereich gebildet. Dadurch werden der MGV auch bisher noch nicht abgerufene Gelder für nicht-ärztliche Praxisassistenten (Näpa) zugeführt (etwa 3,4 Millionen Euro pro Quartal).

- Auf Grundlage des VV-Beschlusses vom 24. November kann die KV einen Strukturfonds für die Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztli-

chen Versorgung bilden. Dafür werden 0,1 Prozent der MGV je Versorgungsbereich zur Verfügung gestellt. Die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen haben einen Betrag in gleicher Höhe zu entrichten.

- Palliativmedizinische Leistungen der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM werden künftig als Einzelleistungen vergütet.
- Einzelne humangenetische Leistungen, die noch mit dem Orientierungspunktwert vergütet werden, werden in das bestehende Kontingent „humangenetische Beratung“ überführt.

weitere Erkrankungen auszuweiten, mahnte er zu Augenmaß: „Die Behandlung chronisch Kranker noch zielgerichteter zu strukturieren, ist richtig. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass Patienten und Behandler nicht den Überblick verlieren.“ Wichtig sei zudem, dass bei der Konzeption neuer DMP, zum Beispiel zur Behandlung von Rheuma, Osteoporose oder auch Depressionen, beteiligte Fachärzte einbezogen werden.

Laborbereich reformieren

Weitere Entscheidungen der VV betrafen Laborleistungen und die Arbeit der Termin-Servicestelle. Die Delegierten beschlossen einen Antrag zur Laborreform auf Bundesebene, die zum 1. April 2018 ansteht. Die VV wünscht, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband weitere strukturelle Anpassungen im Laborbereich vornimmt. Angestrebt wird unter anderem eine verbindliche, indikationsbezogene Stufendiagnostik bei der Laboranforderung, um diese innerärztlich steuern und die Zahl unnötiger Leistungen reduzieren zu können. „Wir brauchen Laborpfade und müssen

über eine sinnvolle Ausbudgetierung diagnostischer Leistungen nachdenken“, sagte König.

Mit großer Mehrheit verabschiedete die VV eine Resolution gegen die Entscheidung des Bundesschiedsamts vom 7. November 2017, wonach die Termin-Servicestellen der KVen künftig auch Termine für probatorische Sitzungen zur Einleitung einer Richtlinien-Psychotherapie vermitteln müssen (siehe Seite 25). Ebenfalls einstimmig kritisierten die Delegierten den Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses, den Orientierungspunktwert für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen 2018 nur um 1,18 Prozent zu erhöhen – die Kostenträger hätten offenbar kein Interesse daran, in eine Verbesserung der ambulanten Versorgung zu investieren.

Wie immer am Jahresende standen auch die Bilanz des Geschäftsjahres 2016 und der Haushalt für 2018 auf der Agenda. Die Delegierten entlasteten den Vorstand für 2016 und stimmten dem Entwurf für das kommende Haushaltsjahr zu – inklusive der Erhöhung des Verwaltungskostensatzes (siehe Kasten).

■ DR. HEIKO SCHMITZ

Verwaltungskostensatz steigt auf 2,8 Prozent

Ausführlich ging der Vorstand in der VV auf die Erhöhung des Verwaltungskostensatzes ein. Dieser steigt 2018 für Mitglieder, die IT-gestützt abrechnen – und das sind inzwischen fast alle in der KVNO –, um 0,1 Prozentpunkte auf 2,8 Prozent des Arztumsatzes. (Wer seine Abrechnung auf Papier oder CD einreicht, zahlt wie bisher 3,5 Prozent.)

„Auch wenn die Anhebung minimal ist: Einen Anstieg verkündet niemand gern“, sagte KVNO-Vize Dr. med. Carsten König, der umfassend darstellte, warum die KVNO an diesem Schritt nicht mehr vorbeikommt. „Die Erhöhung hat nichts mit dem Geschehen in der Verwaltung zu tun“, betonte König. „Es gibt auch keinen Zusammenhang mit Umsatz oder Honorarverteilung. Fakt ist jedoch, dass die betriebliche Altersversorgung der ehemaligen Mitar-

beiterinnen und Mitarbeiter den Haushalt immer stärker belastet. Wir haben bei den Rückstellungen ein Defizit von rund 98 Millionen Euro angehäuft, das in der Vergangenheit schon hätte reduziert werden müssen.“ Der Gesamthaushalt für 2018 sei sehr kostenbewusst geplant, – „der Haushalt ist in gutem Zustand“ – die Erhöhung der Verwaltungskosten sei zweckgebunden, aber unvermeidbar. Für die rund 1500 nordrheinischen Praxen, die bisher mit KV Connect und elektronischem Heilberufsausweis (eHBA) abgerechnet haben, steigt der Beitrag um 0,3 Prozentpunkte, da diese Abrechnungsvariante bislang durch einen ermäßigten Verwaltungskostensatz von 2,5 Prozent gefördert wurde. „Dieser regionale Rabatt entfällt ab 2018, da es auf der Bundesebene eine finanzielle Förderung für den Einsatz des eHBA im Rahmen des Online-rollouts der TI-Infrastruktur gibt“, so König.



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

Telematik-Infrastruktur entsteht jetzt

Jahrelang gab es nur Verzögerungen – jetzt ging es schneller als erwartet: Zur Medizinmesse Medica standen plötzlich die ersten zugelassenen Komponenten zur Verfügung. Lediglich beim sogenannten Praxisausweis dauerte es noch ein paar Tage länger. Schon am 27. November 2017 wurde in Neuss die erste Praxis bundesweit an die Telematik-Infrastruktur (TI) angebunden.

Für den Anschluss an die Telematik-Infrastruktur benötigen Praxen einen Konnektor, ein E-Health-Kartenterminal, einen VPN-Zugangsdienst und einen Praxisausweis. Außerdem muss das Praxisverwaltungssystem für die TI zugelassen sein.

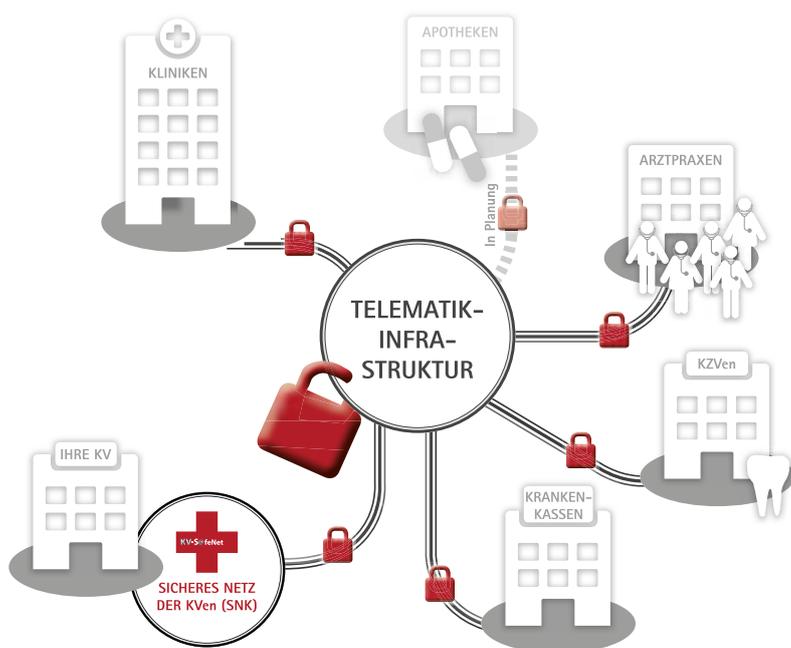
Compugroup-Kunden können starten

Bei den Komponenten hat die Compugroup Medical Deutschland, unter anderem Hersteller der Praxissoftware-Systeme Albis, Medistar oder Turbomed, die Nase vorn: Als ers-

ter Hersteller bietet die Compugroup ein komplettes Komponenten-Paket an, zu dem zum Beispiel der Konnektor KoCoBox MED+, das E-Health-Kartenterminal Orga 6141 online und der VPN-Zugangsdienst der Compugroup gehören. Das Auftragsbuch der Aktiengesellschaft ist voll, erste Installationen in den Praxen laufen.

Auch für den Praxisausweis, die sogenannte SMC-B, gibt es einen ersten von der Gematik zugelassenen Anbieter: die Bundesdruckerei. Praxisausweise können Praxen über das Antragsportal der Bundesdruckerei bestellen; bis Redaktionsschluss dieser Ausgabe war dies allerdings noch nicht möglich. Den Ausweis benötigen Praxen zur Registrierung als medizinische Einrichtung, damit der Konnektor eine Verbindung zur TI aufbauen kann.

Telematik-Infrastruktur: Datenautobahn für das Gesundheitswesen



Pauschalen erhalten

Praxen, die sich an die TI anschließen lassen, erhalten dafür finanzielle Unterstützung in Form verschiedener Pauschalen. Für den Aufwand rund um die Installation erhalten sie zum Beispiel 900 Euro oder für den Konnektor zwischen 2.620 und 720 Euro – je nachdem, wann sie den ersten Versichertendatenabgleich durchführen.

Wichtig: Die Pauschalen erhalten Praxen erst, nachdem sie mindestens einen Abgleich der Versichertenstammdaten online durchgeführt haben. Erst dann sollten sie einen Antrag stellen.

Um die Pauschalen zu erhalten, haben Praxen die Wahl zwischen zwei Verfahren:

- **Automatisch nach der Abrechnung:** Praxen erhalten die Pauschalen spätestens acht Wochen nach Ende des Abrechnungsquartals – automatisch, ganz ohne weiteres Zutun.
- **Antragsverfahren:** Alternativ können Praxen einen Förderantrag unmittelbar nach Installation und erstem Versicherten-

stammdatenabgleich stellen. Die Auszahlung findet spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Eingang des Antrags statt.

Weitere Anbieter im Frühjahr 2018

Bis ins Frühjahr 2018 dürften nur Compu-group-Kunden die Pauschalen erhalten, dann erst dürften weitere Anbieter in den Markt eintreten. Praxen haben bis Ende 2018 Zeit,

TI in Neusser Praxis gestartet

Der Echtbetrieb der Telematik-Infrastruktur begann am 27. November 2017 um 14 Uhr in Neuss. Der Pionier ist die Berufsausübungsgemeinschaft, in der Dr. med. Wolfgang von Schreitter mit seiner Frau und einer angestellten Ärztin arbeitet. „Ich stehe Neuerungen offen gegenüber“, sagt der Allgemeinmediziner. Deswegen habe er auch schon am Testbetrieb für den Onlinerollout teilgenommen.

Test mit einigen Ausfällen

„Der Test war unterm Strich in Ordnung“, sagt der 62-Jährige, „aber nicht störungsfrei.“ So kam es etwa einmal pro Monat zum Ausfall der Lesegeräte, was den Praxisbetrieb natürlich beeinträchtigte. Doch da der Koordinator der Neusser Notfallpraxis auf mobile Geräte ausweichen konnte, bekam er das Problem in den Griff.

Zwei Wochen nach Ende der Medica wurden in der Praxis die bereits im Januar 2017 für den Test installierten Geräte gegen die zertifizierten Komponenten ausgetauscht. Das ging schnell. Nun arbeitet die Praxis im Echtbetrieb und gleicht die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte der Patienten mit den Daten der Krankenkassen online ab – und überschreibt diese zum Beispiel bei einem Umzug des Patienten. „Das bedeutet schon einen Zeitverlust, wenn auch einen kleinen“, sagt von Schreitter. Ein Ärger-

nis seien vor allem die vielen ungültigen Versichertenkarten: Über 130 habe er im Laufe des Jahres aus dem Verkehr ziehen müssen.

Anwendungen für Praxen

Doch der Hausarzt ist optimistisch: „Ich setze auf die Zukunft der TI – und hoffe, dass sich aus dem Milliardenprojekt nun noch etwas entwickelt, das den Praxen nützt.“ Von Schreitter denkt dabei vor allem an die Daten aus den Impfausweisen, die er online abrufen und aktualisieren möchte.

Das E-Health-Gesetz sieht als nächste Schritte vor, dass die Notfalldaten über die eGK abrufbar sein sollen und dann der elektronische Medikationsplan. Dies ist für 2019 vorgesehen. Danach steht die elektronische Patientenakte auf der Agenda. Und vielleicht gibt es dann auch die Impfdaten via TI. Doch bis dahin ist es nach dem Start des Echtbetriebs in Neuss noch ein weiter Weg.

Dr. von Schreitter mit einem neuen Kartenlesegerät und dem Konnektor. In seiner Praxis begann am 27. November 2017 Echtbetrieb der TI.



© KVNO | Naundorf

sich mit der neuen Technik auszustatten. Ab 1. Januar 2019 ist dann das Versichertenstammdatenmanagement Pflicht.

Antrag, Website und Newsletter

Aktuelle Informationen, Checklisten und Kontaktdaten rund um den Onlinerollout hat die KV Nordrhein für Sie kompakt in einem Internetangebot zusammengestellt. Hier finden Sie

auch das Formular, mit dem Sie die Erstattung der Pauschalen beantragen, wenn Sie sich für das Antragsverfahren entscheiden. Sie können sich auf der Site auch für den Newsletter IT-Beratung anmelden, der Sie auf dem Laufenden hält. So erfahren Sie schnell und bequem, wenn TI-Komponenten zugelassen werden. Holen Sie sich alle Infos unter onlinerollout.de

■ FRANK NAUNDORF

Infos rund um den Onlinerollout

Website und Newsletter

Aktuelle Informationen, Checklisten und Kontaktdaten hat die KV Nordrhein für Sie in einem kompakten Internetangebot zusammengestellt.

Auf der Homepage können Sie sich auch für den Newsletter IT-Beratung der KV Nordrhein anmelden, der Sie auf dem Laufenden hält. So erfahren Sie schnell und bequem, wenn TI-Komponenten zugelassen werden. Sie finden hier auch Links zu den Übersichten über den aktuellen Stand der Zulassungen der TI-Komponenten: onlinerollout.de

Save the Date: Messen in Köln und Düsseldorf

Um in die Telematik-Infrastruktur einzusteigen, benötigen die Praxen mehrere Komponenten. Auf zwei Onlinerollout-Messen der KV Nordrhein tragen Experten vor, was Sie für den Einstieg benötigen und wie Sie die Pauschalen dafür erhalten. Zudem zeigen Aussteller, welche Angebote sie den Praxen anbieten. Wenn Fragen offen sind, stehen die IT-Berater der KV Nordrhein für Sie vor Ort zur Verfügung.

- 24. März 2018 | Maternushaus, Köln
- 9. Juni 2018 | Haus der Ärzteschaft, Düsseldorf



Hotline

Wenn Sie Fragen rund um den Onlinerollout haben, ist Ihr IT-Haus ein wichtiger Ansprechpartner. Darüber hinaus können Sie sich gern an unsere IT-Hotline wenden. Sie ist erreichbar am Montag, Mittwoch und Donnerstag von 8 bis 17 Uhr, Dienstag von 8 bis 16 Uhr und Freitag von 8 bis 13 Uhr:

Telefon 0211 5970 8500 | Telefax 0211 5970 9500 | E-Mail onlinerollout@kvno.de

Düren: Praxen und Kliniken setzen auf eArztbriefe

In Sachen eArztbriefe ist Düren schon lange ein bundesweiter Trendsetter. Im Rahmen eines von der EU und dem Land NRW geförderten Projektes versenden und empfangen über 100 Mediziner hier bereits seit Jahren regelmäßig eArztbriefe. Gut 7300 waren es im Oktober 2017 – etwa die Hälfte aller eArztbriefe bundesweit. Nun gehen die Dürener Ärzte noch einen Schritt weiter: Vier Krankenhäuser der Caritas Trägergesellschaft West (CTW) in der Region tauschen mit ihnen eArztbriefe und Befunde via KV-Connect aus. „So werden Befunddaten ohne Medienbrüche verschlüsselt und ohne Zeitverzug zwischen ambulantem und stationären Sektor zum Wohle der Patienten ausgetauscht“, sagt Dr. Florian Fuhrmann, Geschäftsführer der KV Telematik GmbH.

Das St. Marien-Hospital und das St. Augustinus-Krankenhaus in Düren sowie die CTW-Häuser in Jülich und Linnich erstellen zum Beispiel am Ende eines Krankenhausaufenthalts einen eArztbrief erstellt. Das kommt in den Praxen gut an: „Seitdem ich die Arztbriefe elektronisch erhalte, kann ich sie schnell zur Patientenkartei zuordnen, spare so Zeit und arbeite endlich modern“, sagt Dr. med. Holger Meyer, niedergelassener Hausarzt. Die

Ärzte versenden und empfangen die Briefe aus ihrer Praxissoftware heraus – ganz einfach. Dennoch ist die Anwendung extrem sicher: Die Daten sind durch den Versand im Sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen (SNK) und die Verschlüsselung bestens geschützt.

Dr. med. Thomas Heyer, Chefarzt der Inneren Medizin im St. Marien-Hospital



Düren, nennt weiter Gründe für den Umstieg: „Durch den Postweg verlieren wir beim Entlassmanagement wertvolle Zeit und münden den Empfängern zu, das Papier scannen zu müssen. Dieser analoge Weg ist heutzutage nicht mehr zeitgemäß. Außerdem ist das Fax für uns aus datenschutzrechtlichen Gründen fraglich.“ In nächster Zeit sollen das Universitätsklinikum Aachen und weitere Praxen eingebunden werden. Als Erweiterung bei den Dokumenten steht der Bundesmedikationsplan auf der Agenda. „Die Region Düren lebt von der hohen Motivation der Beteiligten vor Ort“, berichtet Gilbert Mohr, der für die Region Düren/Aachen zuständige Projektleiter von I/E-Health NRW und Leiter der Stabsstelle Telematik der KV Nordrhein. ■ NAU

„Patienten müssen von Telematik profitieren“

NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann besuchte am 13. November 2017 die Gesundheitsmesse Medica und informierte sich dort über Neues aus Gesundheitswirtschaft, Telematik und Telemedizin – auch am Stand des Projekts I/E-Health NRW, an dem auch die KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe beteiligt sind.

Laumann würdigte, dass sich die Zahl derer, die eine weitreichende Vernetzung wollten,

deutlich erhöht habe. „Aber wir brauchen eine Telematik in der Medizin, die so funktioniert, dass es der Patient in der Fläche auch merkt.“ Gerade in ländlichen Gebieten eröffne die Vernetzung von Kompetenzen große Chancen für eine bessere Versorgung: „Dann ist es nicht mehr so wichtig, wo das Krankenbett steht.“ Er wolle die Technik daher weiter fördern – sofern Patienten davon in absehbarer Zeit profitierten. ■ HSCH



NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann auf der Medica.

Fehlermeldesystem wird angenommen

Unter dem Motto „Wer führt gewinnt. Chancen und Risiken sehen“ stand der 5. CIRS-NRW-Gipfel, der am 20. November in Münster mit 120 Teilnehmern stattfand. CIRS steht für „Critical Incident Reporting System“, ein Lern- und Berichtssystem für kritische Ereignisse in der Patientenversorgung. Die fünf CIRS-Partner wollen etwaige Hemmschwellen für einen offenen Umgang mit Fehlern abbauen – und Meldesysteme wie CIRS in der Fläche etablieren.

Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, betonte, dass die Krankenhausgesellschaft NRW, die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe vertrauensvoll zusammenarbeiten und das gleiche Ziel verfolgen: Patientensicherheit. Die Institutionen haben

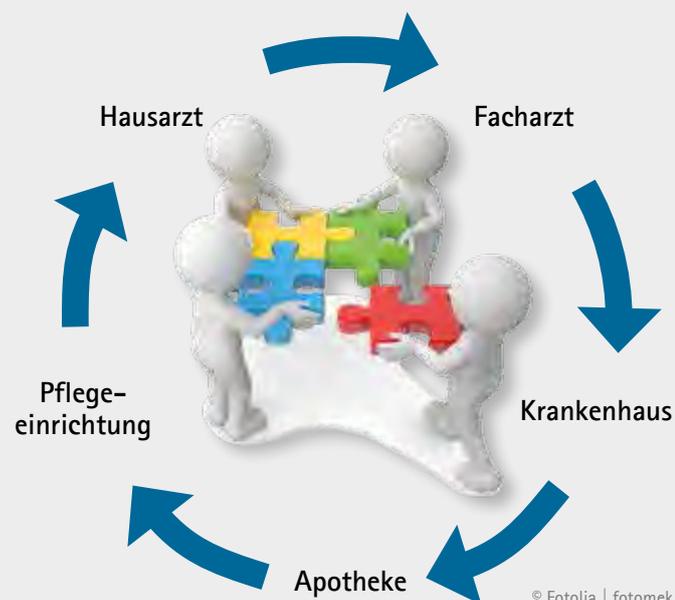
sich zusammengeschlossen und ein Sicherheitsnetzwerk gesponnen, in dem Fehler und kritische Ereignisse diskutiert werden.

„Das Gesundheitswesen ist ein Hochrisikobereich, in dem Menschen für Menschen sektorübergreifend tätig sind. Hier können auch Fehler passieren, die schlimmstenfalls zu ei-

Risiko: Wenn Informationen fehlen

Der Patient durchläuft bei einer Erkrankung häufig verschiedene Einrichtungen des Gesundheitswesens – im ambulanten und stationären Sektor. Informationen können dabei verloren gehen oder falsch weitergegeben werden.

Welche Auswirkungen das im Alltag haben kann, zeigt sich unter anderem an folgenden CIRS-Fällen: Im ambulanten Vorgespräch einer OP wurde eine Nickelallergie angegeben, jedoch nicht dokumentiert. Wegen fehlender allergenfreier Implantate konnte die OP nicht wie geplant durchgeführt werden (CIRS-Fallnummer 157400). Eine in der Klinik durch Kortisongabe notwendig gewordene Insulintherapie eines Diabetikers wurde nach Entlassung weitergeführt, da die Information fehlte, dass das Kortisonpräparat längst abgesetzt wurde (157467). Schnittstellen sind potenzielle Schwachstellen. Es drohen Informationsverlust oder Übertragungsfehler. Der oft als „bürokratischer Ballast“ empfundene Arztbrief (bei Einweisung,



© Fotolia | fotomek

nem Patientenschaden führen", so Windhorst. Wichtig sei es, keinen Fehler zweimal zu machen, aus kritischen Ereignissen anderer zu lernen und so das eigene Handeln zu reflektieren.

Über 1000 Berichte

Dass alle fünf Partner für dieses wichtige Ziel seit fünf Jahren gemeinsam tätig sind und bereits über 1000 Berichte in einer Internetplattform eingestellt sind, ist in der Bundesrepublik einzigartig. Dr. Wolfgang Axel Dryden, Vorsitzender der KV Westfalen-Lippe, betonte, dass CIRS von der Beteiligung beider Seiten lebe: von denen, die über Ereignisse berichten, und denen, die hiervon lernen.

Auch im niedergelassenen Bereich spielt die Patientensicherheit eine dominierende Rolle. Die Sicherheitskultur für Patienten und auch das Personal zu fördern, ist

ein wesentlicher Punkt der Qualitätsmanagementrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Lern- und Berichtssysteme sind ein wirksames Instrument des Risikomanagements, das hilft, Arbeitsprozesse zu optimieren und unbeabsichtigte Patientenschäden zu vermeiden.

Matthias Blum, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft NRW, appellierte an alle im Gesundheitswesen Tätigen, sich weiter aktiv zu beteiligen, CIRS mit Leben zu füllen, zu berichten und bereits eingestellte Fälle zu kommentieren.

■ MIRIAM MAUSS

Mehr Infos unter cirs-nrw.de



Verlegung oder Entlassung) ist ein Grundpfeiler der Patientensicherheit, da nur so ein einheitlicher Wissensstand über Erkrankung, Diagnostik und Therapie eines Patienten bei allen an der Behandlung Beteiligten gewährleistet werden kann. Dazu sind unter anderen folgenden Fragestellungen hilfreich:

- Welche Informationen benötigen die an der Behandlung Beteiligten?
- Sind die Angaben klar verständlich und aktuell?
- Ist der Bericht vollständig (nicht darauf verlassen, dass Patienten alle Informationen weitergeben)?
- Kommen die Informationen rechtzeitig an (Wochenende und Feiertage beachten)?

Ziel des Entlassmanagements ist es, Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt eine lückenlose medizinische Versorgung zu bieten. Der neue Rahmenvertrag verpflichtet Krankenhausärzte daher gesetzlich dazu, die Entlassung ausführlich vorzubereiten. Eventuell

erforderliche Maßnahmen zur weiteren medizinischen Behandlung sind dann noch während des Aufenthalts einzuleiten. Sicherzustellen ist, dass zum Beispiel Hausarzt oder Apotheker über den Gesundheitszustand und die weitere Therapie informiert sind, entsprechende Leistungsanträge an die Krankenkasse gestellt werden, eine ordnungsgemäße Terminkoordination erfolgt und die Patienten oder die gesetzlichen Betreuer entsprechend einbezogen und beraten werden. Um eine fehlerfreie und nahtlose Weiterbehandlung zu gewährleisten, wird ein Entlassplan erstellt. Ebenfalls dazu gehören ein Entlassbrief und ein Medikationsplan. Falls notwendig, kann der Klinikarzt dem Patienten außerdem Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel oder häusliche Krankenpflege verordnen.

Weitere Informationen zum Entlassmanagement finden Sie unter kvno.de | [KV 171211](http://kv171211.de)

- KAY WINKLER-PARCIAK, STÄDTISCHE KLINIKEN NEUSS LUKASKRANKENHAUS
- MIRIAM MAUSS, KV NORDRHEIN
- JUDITH SINGER, ÄRZTEKAMMER NORDRHEIN

Hautkrebsvorsorge: Höhere Vergütung für unter 35-Jährige

Ärzte erhalten seit 1. Oktober 2017 27 Euro für die Hautkrebsvorsorge bei unter 35-Jährigen, die bei der Techniker Krankenkasse, der Barmer und der Bosch BKK versichert sind. Auf die Anhebung der Vergütung haben sich die KV Nordrhein und die genannten Krankenkassen verständigt.

Das Innenministerium NRW hat sich der Anhebung analog der Vereinbarung mit der Barmer angeschlossen. Deshalb erhalten Ärzte auch bei Polizeibeamten seit dem 1. Oktober 2017 27 Euro für diese Leistung. Voraussetzung: Der Arzt muss am Vertrag der Barmer teilnehmen. Für die übrigen Krankenkassen bestehen die bisherigen Vergütungen fort.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 171212](#)

Pflegeheimversorgung: Vertrag erleichtert Kooperation

Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen sollen durch eine stärkere Vernetzung von Ärzten und Pflegekräften medizinisch besser versorgt werden. Dazu wurden bereits im Juli 2016 mehrere neue Gebührenordnungs-

positionen (GOP) in Kapitel 37 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) aufgenommen. Haus- und Fachärzte fast aller Fachrichtungen können diese Leistungen abrechnen, wenn sie mit einer stationären Pflegeeinrichtung einen Kooperationsvertrag geschlossen haben.

Mit den neuen GOP wird der erhöhte Aufwand honoriert, den Ärzte im Rahmen solcher Kooperationsverträge haben. Das kann zum Beispiel die Koordination diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen und der pflegerischen Versorgung sein. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Die KV Nordrhein stellt auf ihrer Homepage einen Muster-Kooperationsvertrag zur Verfügung. Dieser muss sowohl vom Arzt als auch vom Pflegeheim ausgefüllt und unterschrieben sowie anschließend der Abteilung Qualitätssicherung der KV Nordrhein zur Prüfung vorgelegt werden. Bisher wurden mehr als 1800 Verträge in Nordrhein von Haus- und Fachärzten mit stationären Pflegeheimen geschlossen.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 171212](#)

Kinderärzte dürfen keine Erwachsenen behandeln

Kinder- und Jugendärzte sind grundsätzlich nicht berechtigt, Erwachsene zu behandeln und diesbezügliche Leistungen abzurechnen. Grund: Für Kinder- und Jugendärzte ist nicht die angewandte Methode oder ein Organismus maßgebend, sondern der behandelte Personenkreis. Und der besteht laut Weiterbildungsordnung aus Säuglingen, Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen von Beginn bis zum Abschluss ihrer somatischen Entwicklung einschließlich pränataler Erkrankungen. Damit ist die Behandlung von Erwachsenen durch Kinder- und Jugendärzte ausgeschlossen. Die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein regelt zudem, dass Ärz-

Serviceteams

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

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666 Telefax 0221 7763 6450

E-Mail service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888 Telefax 0211 5970 8889

E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Formularversand

Telefon 0228 9753 1900 Telefax 0228 9753 1905

E-Mail formular.versand-kvno@gvp-bonn.de

te verpflichtet sind, die Tätigkeit auf dieses Fachgebiet zu beschränken.

Im Bereich der KV Nordrhein werden von diesem Grundsatz jedoch bei Notfallbehandlungen und Impfungen bei erwachsenen Begleitpersonen Ausnahmen gemacht. Darüber hinaus kann auf Antrag nach Genehmigung durch die Bezirksstelle bei bestimmten Krankheitsbildern – etwa Trisomie oder primäre Munddefekte – eine Weiterbehandlung von Patienten über 18 Jahre hinaus erfolgen, teilweise bis 25 Jahre. In diesen Ausnahmefällen dürfen Kinderärzte die Leistungen abrechnen.

Heimat BKK kündigt U10 und U11

Die Heimat Krankenkasse hat ihre Teilnahme am erweiterten Präventionsangebot U10 und U11 zum 31. Dezember 2017 gekündigt. Leistungen des Vertrages sind für Versicherte dieser Krankenkasse somit ab dem 1. Januar 2018 nicht mehr abrechenbar.

Bauchaortenaneurysma: Vergütung für Früherkennung steht

Gesetzlich krankenversicherte Männer ab 65 Jahren haben künftig Anspruch auf ein einmaliges Ultraschallscreening zur Früherkennung von Bauchaortenaneurysmen. Dazu werden zum 1. Januar 2018 zwei neue GOP in den Abschnitt 1.7.2, „Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen“, des EBM aufgenommen. Das hat der Bewertungsausschuss beschlossen.

GOP 01747 (57 Punkte):

Aufklärung zum Screening

- Ärzte können mit dieser GOP die Aufklärung zum Screening und die Ausgabe der begleitenden Versicherteninformation abrechnen. Vergütet bekommen können diese Leistung Hausärzte, Urologe, Internis-

ten, Chirurgen und Radiologen. Darüber hinaus kann die Beratung auch im Zusammenhang mit der Gesundheitsuntersuchung (GOP 01732) berechnet werden, sofern die jeweiligen Voraussetzungen zur Inanspruchnahme erfüllt sind.

GOP 01748 (148 Punkte):

Ultraschallscreening der Bauchaorta

- Diese GOP ist für die Ultraschalluntersuchung der Bauchaorta berechnungsfähig. Abrechnen dürfen die Leistung Hausärzte, Urologen, Internisten, Chirurgen und Radiologen. Voraussetzung für die Vergütung ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung.
- Um bei Bedarf im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung auch weitere Organe des Abdomens sonografisch untersuchen zu können, ist es möglich, die GOP 01748 neben der GOP 33042 (Sonographie Abdomen, 157 Punkte) zu berechnen. In diesen Fällen ist aufgrund sich überschneidender Leistungsinhalte jedoch ein Abschlag von 77 Punkten auf die GOP 33042 vorzunehmen, sodass zusätzlich zur GOP 01748 noch 80 Punkte vergütet werden.

Die beiden neuen GOP werden als Präventionsleistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt. Der Beschluss steht noch unter dem Genehmigungsvorbehalt des Bundesgesundheitsministeriums. Die nordrheinischen Krankenkassen müssen die Neuregelung noch bestätigen.

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 171213](http://kvno.de)

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 | 171213](http://kvno.de)

RESIST: Fortbildung einfach möglich



Nicht notwendige Antibiotikaverordnungen tragen zur bakteriellen Resistenzbildung bei. RESIST will dies verhindern helfen.

Wer etwas gegen Resistenzen unternehmen möchte, hat dazu jetzt Gelegenheit: Die Einschreibefrist für das Projekt „Resistenzvermeidung durch adäquaten Antibiotikaeinsatz bei

akuten Atemwegsinfektionen (RESIST)“ wurde bis zum Jahresende verlängert. Das Projekt soll mit zusätzlichen Schulungen der teilnehmenden Ärzte und mit Informationsmaterialien für Patienten dazu führen, die Antibiotikagabe bei akuten Atemwegsinfektionen zu reduzieren. RESIST ist ein Projekt von neun Kassenärztlichen Vereinigungen und dem Verband der Ersatzkassen (vdek).

Interessierte Allgemeinmediziner, hausärztliche Internisten, Kinderärzte und HNO-Ärzte können die geforderte Online-Fortbildung nun auch ohne Anbindung an das KV SafeNet durchführen. Alle Praxen, die sich für das Projekt eingeschrieben und die Online-Fortbildung noch nicht durchlaufen haben, sind Ende Oktober per E-Mail erneut angeschrieben worden. ■ HON

Mehr Infos unter kvno.de/verträge und kbv.de/resist
KV | 171214

Richtlinie geändert: Antidiarrhoika für Kleinkinder

Die Verordnung von Antidiarrhoika ist in der Arzneimittel-Richtlinie wieder eingeschränkt worden. Ärzte dürfen Arzneimittel mit *Lactobacillus rhamnosus* GG (Infectodiarrstop LGG) nicht mehr für Säuglinge und Kleinkinder auf einem Kassenrezept verordnen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat seinen Beschluss revidiert, weil nach erneuter Studien-Analyse keine kürzere Diarrhoedauer erkennbar war.

Nach der Arzneimittel-Richtlinie (Anlage III, Absatz 12) dürfen Ärzte nur folgende Antidiarrhoika verordnen:

- Elektrolytpräparate zur Rehydratation bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr
- *Escherichia coli* Stamm Nissle 1917 (mindestens 108 vermehrungsfähige Zellen/

Dosiseinheit), zum Beispiel Mutaflor bei Säuglingen und Kleinkindern zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen

- *Saccharomyces boulardii* (zum Beispiel Perenterol, Perocur, Yomogi) nur bei Kleinkindern und Kindern bis 12 Jahre zusätzlich zu Rehydratationsmaßnahmen
- Motilitätshemmer (zum Beispiel Loperamid)
 - nach kolorektalen Resektionen in der postoperativen Adaptationsphase oder
 - bei schweren und länger andauernden Diarrhöen, auch wenn diese therapieinduziert sind, sofern eine kausale oder spezifische Therapie nicht ausreichend ist;

Bitte beachten Sie: Eine Anwendung über vier Wochen bedarf der besonderen Dokumentation und Verlaufsbeobachtung. ■ HON

Hepatitis C: Neue AOK-Verordnungs-Ampel

Seit 2014 gibt es gut wirksame und verträgliche Medikamente mit kurzer Behandlungsdauer und hoher Heilungsrate. „Seitdem ist es möglich, Hepatitis C ohne Interferon zu behandeln. Es gibt die Möglichkeit, die Hepatitis C pangenotypisch, das bedeutet für alle Genotypen erfolgreich zu behandeln“, sagt Dr. med. Stefan Mauss, hepatologischer Sprecher des Berufsverbandes der niedergelassenen Gastroenterologen (bng). Doch die medikamentöse Therapie hat ihren Preis: „Derzeit liegt der Preis für eine Standardtherapie in der Bundesrepublik Deutschland bei rund 35.000 Euro“, so Mauss.

Ein Vertrag trägt dazu bei, die medikamentöse Versorgung zu sichern. Geschlossen haben ihn die AOK Rheinland/Hamburg und die KV Nordrhein. Der bng und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Ärzte in der Versorgung HIV-Infizierter (dagnä) unterstützen den Vertrag.

Welche Arzneimittel teilnehmende Ärzte im Rahmen des Vertrages verordnen sollten, stellt die „AOK-HCV-Ampel“ dar (siehe Abbildung). Die Übersicht zeigt, welche medikamentöse Therapie bei welchem Genotyp am wirtschaftlichsten ist – und zwar unter Berücksichtigung der Rabattverträge, die die AOK Rheinland/Hamburg mit Herstellern geschlossen hat. Berücksichtigt wurden natürlich auch die Empfehlungen der relevanten Fachgesellschaften.

„Der Vertrag schützt vor einer regelhaften Regressprüfung und bedeutet gleichzeitig eine finanzielle Anerkennung für eine qualitativ hochwertige Behandlung der Hepatitis C“, benennt

Wirtschaftliche Verordnung durch Berücksichtigung aktueller Rabattverträge der AOK Rheinland/Hamburg
Eine Information nach § 73 Abs. 8 SGB V



AOK - HCV - Ampel

- eine Unterstützung zur wirtschaftlichen Verordnung (W) bei der Therapie von Hepatitis C - Patienten

Genotyp 1a	Arzneimittel*	Dauer in Wochen	W
Genotyp 1a	Zepatier® ELB / GRZ +/- Ribavirin	12 - 16	●●●
	Maviret® GLE / PIB	8 - 12	●●●
	Epclusa® SOF / VEL	12	●●●
	Harvoni® SOF / LPV +/- Ribavirin	8 - 12 (ggf. 24)	●●●
	Daklinza® DAC + Sofosbuvir +/- Ribavirin	12 - 24	●●●
	Olysio® SIM + Sofosbuvir +/- Ribavirin	12	●●●
Genotyp 1b	Zepatier® ELB / GRZ	12	●●●
	Maviret® GLE / PIB	8 - 12	●●●
	Epclusa® SOF / VEL	12	●●●
	Harvoni® SOF / LPV	8 - 24	●●●
	Daklinza® DAC + Sofosbuvir +/- Ribavirin	12 - 24	●●●
	Olysio® SIM + Sofosbuvir +/- Ribavirin	12	●●●
Genotyp 2	Maviret® GLE / PIB	8 - 12	●●●
	Epclusa® SOF / VEL	12	●●●
	Sovaldi® SOF + Ribavirin	12 - 24	●●●
Genotyp 3	Maviret® GLE / PIB	8 - 16	●●●
	Epclusa® SOF / VEL +/- Ribavirin	12	●●●
	Daklinza® DAC + Sofosbuvir +/- Ribavirin	12	●●●
Genotyp 4	Zepatier® ELB / GRZ +/- Ribavirin	12 - 16	●●●
	Maviret® GLE / PIB	8 - 12	●●●
	Epclusa® SOF / VEL	12	●●●
	Harvoni® SOF / LPV	12 - 24	●●●
Genotyp 5 und 6	Maviret® ELB / GRZ	8 - 12	●●●
	Epclusa® SOF / VEL	12	●●●
	Harvoni® GLE / PIB	12	●●●

* Vosevi®: Keine Standardtherapie/ Einsatz sollte nur von Experten vorgenommen werde

Stand Oktober 2017

Je nach Genotyp liegen verschiedene Empfehlungen der Fachgesellschaften zu Wirkstoffen, Therapiedauer und - alternativen vor.

Die AOK - HCV - Ampel unterstützt Sie in der Auswahl einer wirtschaftlichen Therapie für unsere Versicherten.

- wirtschaftlich
- In besonderen Fällen wirtschaftlich
- Nur in seltenen Fällen (Ausnahme) wirtschaftlich

Der Tabelle können Sie derzeit aktuelle Therapieempfehlungen für die jeweiligen Genotypen entnehmen. Die Ampelfarbe bezieht sich auf die Wirtschaftlichkeit der Therapie in Hinblick auf die tatsächlich entstehenden Kosten unter Berücksichtigung unserer Rabattverträge.

Bitte beachten Sie hinsichtlich der geplanten Therapie aktuelle Fachinformationen, Therapiehinweise der Fachgesellschaften, Einnahmehinweise (insbesondere bei Maviret® 1x täglich 3 (I) Tabletten zu einer Mahlzeit), zur Datenlage sowie zu Wechselwirkungen, z. B. mit Antazida, PPI oder Statinen.

Diese Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit!

Quellen:

<http://www.bng-gastro.de/mitglieder/infos/leitlinien-empfehlungen/details/bng-empfehlung-zur-therapie-der-chronischen-hepatitis-c-siehe-auch-ig-hepatologie.html> und www.dgvs.de/wissen/kompakt/leitlinien/leitlinien-der-dgvs/hepatitis-c

der Düsseldorfer Gastroenterologe die Vorteile. Ärzte erhalten 80 Euro Betreuungspauschale pro teilnehmendem Patient und Quartal. Mit 35 Euro vergütet wird die Durchführung eines Zweitmeinungsverfahrens, das vor allem eingeleitet werden sollte, wenn es um eine Re-Therapie geht. ■ NAU

Mehr Infos unter kvno.de | [KV | 171215](http://kvno.de)

Kontakt

Hilfsmittelberatung

Telefon 0211 5970 8070

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail patricia.shadiakhy@kvno.de

Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111

Telefon 0211 5970 8666 (SSB)

Telefax 0211 5970 8136

E-Mail pharma@kvno.de

Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396

Telefax 0211 5970 9396

E-Mail margit.karls@kvno.de

14 Praxisbesonderheiten entfallen

Die Liste der Praxisbesonderheiten Arzneimittel ist mit der Prüfvereinbarung überarbeitet worden (wir berichteten). Mit dem Update der Praxissoftware für das 3. Quartal 2017 sind insgesamt 14 Symbolziffern entfallen. Diese können Praxen also nicht mehr zur Kennzeichnung einer Praxisbesonderheit auf dem Behandlungsschein ansetzen. Hierbei handelt es sich entweder um Arzneimittel, die sehr wenig verordnet werden, oder um Arzneimittel, die inzwischen als Generika verfügbar sind und deswegen keine Besonderheit mehr darstellen.

Alle gestrichenen Symbolziffern dienen zur Kennzeichnung einer Praxisbesonderheit nach „Schritt 2“. Sie wurden also in dem Umfang anerkannt, in dem die Verordnungskosten des jeweiligen Präparats über dem Fachgruppenschnitt lagen. Bei der Hyposensibilisierung (Symbolziffer 90922) zum Beispiel lagen aber die Verordnungen in keiner Praxis über dem Fachgruppenschnitt, sodass hier auch keine Symbolziffer nötig bzw. das Eintragen überflüssig war. Die Symbolziffer ist deswegen nun entfallen. ■ HON

Praxisbesonderheiten, die seit 1. Oktober 2017 weggefallen sind

90908	Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs
90914	Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten
90915	Behandlung der Schizophrenie mit atypischen Neuroleptika
90916	Schmerztherapie mit Opioiden und mit den dazugehörigen Laxantien
90920	Verteporfin zur Photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration
90922	Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten
90923	Moderne Glaukomtherapeutika
90924	Antiparkinsonmittel
90925	Antithrombotische Mittel, parenteral
90927	Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten (Triptane)
90929	Bisphosphonate und SERM bei Osteoporose oder zur Behandlung von Knochenmetastasen
90931	Neuroleptische Behandlung chronischer Tic-Störungen
90939	Ziconotid, nur, wenn eine zuvor durchgeführte Opioidtherapie nicht ausreicht oder nicht vertragen wurde
90990	Linezolid

Unding des Monats

Preis eines Wirkstoffs steigt um 760 Prozent

Der Wirkstoff Chenodesoxycholsäure wird eingesetzt bei einer seltenen Stoffwechsellstörung der primären Gallensäuresynthese aufgrund eines Sterol-27-Hydroxylase-Mangels, die sich als zerebrotendinöse Xanthomatose (CTX) manifestiert. Enthalten war der Wirkstoff im Präparat Chenofalk, das 2010 vom Markt genommen und durch Xenbilox ersetzt wurde – verbunden mit einem Preisanstieg um das 15-Fache.

Xenbilox ist nun ebenfalls vom Markt genommen worden. Nach Informationen des Handelsblatts hat sich der bisherige Anbieter Sigma-tau in Leadiant Biosciences umbenannt. Das Nachfolgepräparat Chenodesoxycholsäure Leadiant kostet nun 27.513 Euro für 100 Kapseln – eine erneute Preissteigerung um fast das 8-Fache. Insgesamt sind die Kosten um 760 Prozent gestiegen.

■ HON

Kassen stellen 1300 Prüfanträge

Die Krankenkassen im Rheinland haben im Oktober dieses Jahres knapp 1300 Prüfanträge für das vierte Quartal 2016 gestellt, einen großen Teil davon wegen der Verordnung moderner Wundversorgungsmaterialien über den Sprechstundenbedarf (SSB). Die Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen in Nordrhein hat diese Anträge Anfang November verschickt. Die Praxen sollen Materialien der modernen Wundversorgung wie Alginat, Schaumverbände oder Hydrogele aus eigener Tasche bezahlen. Im Einzelfall belaufen sich die Summen auf bis zu 20.500 Euro.

Die KV Nordrhein kritisiert die Aktion der Krankenkassen und hat diese aufgefordert, die Prüfanträge zurückzuziehen. Denn den Kassen

ist durch die Abgabe der Wundversorgungsmaterialien keinerlei materieller Schaden entstanden. „Das Verbandsmaterial war und ist für die Versorgung der Patienten nötig“, sagt Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. „Der einzige Fehler, den die Praxen gemacht haben, ist es, bestimmte Verbände über den SSB zu beziehen, statt diese auf einem Rezept auf den Namen des Patienten zu verordnen.“

Die KV Nordrhein setzt nun auf die Einsicht der Krankenkassen im Rheinland und hofft, dass sie ihre Prüfanträge zurückziehen, weil sich diese ausschließlich auf Formfehler stützen und den Kassen kein finanzieller Schaden entstanden ist. ■ NAU

Mehr Krätzfälle – Engpässe bei Arzneimitteln

Die Zahl der Patienten, die unter Skabies (Krätze) leiden, nimmt nach Meldungen von Dermatologen in jüngster Zeit zu. Zudem sei die Diagnose der Infektionserkrankung schwieriger geworden, weil sich das Erscheinungsbild gewandelt habe. Zur medikamentösen Behandlung stehen prinzipiell lokal anzuwendende Cremes oder oral einzunehmende Präparate zur Verfügung. Nach den Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) und der Leitlinie der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft ist topisches Permethrin (zum Beispiel Infectoscab Creme) das Mittel der Wahl. Ivermectin oral (Scabioral) wird vom RKI empfohlen, wenn wegen nicht zu beeinflussender Rahmenbedingungen eine bestimmungsmäßige Anwendung von Permethrin nicht möglich ist.

Scabioral war im Oktober und November in Deutschland nicht lieferbar. In Einzelfällen kann das Präparat über die Internationale Apotheke (gemäß § 73 Absatz 3 Arznei-

mittelgesetz) bezogen werden. Dabei sollte jedoch im Vorfeld geprüft werden, ob eine wirtschaftliche, lokal anzuwendende Alternative ausreichend ist. Im Dezember soll Scabioral wieder in den Apotheken verfügbar sein.

Enge Kontaktpersonen zu den erkrankten Patienten sollten mit behandelt werden. Für eine Ansteckung müsste laut Leitlinie ein längerer Hautkontakt bestehen. Bei der Mitbehandlung ist von einer Infektion auszugehen, sodass es sich hier ebenfalls um eine Behandlung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung handelt.

Mehr Infos unter rki.de | [KV 171217](http://kv171217.de) ■ HON



© Prof. Dr. H. Mehlhorn/OKAPIA

Mikroaufnahme einer Krätzmilbe von unten in vielfacher Vergrößerung

Polypharmazie im Griff

Seit mehr als zehn Jahre werden in Nordrhein Patienten in Disease-Management-Programmen (DMP) versorgt. Die langfristige Beobachtung und Auswertung der dokumentierten Daten zeigt, dass Patienten bei vielen gesundheitlichen Aspekten von einer kontinuierlichen Teilnahme profitieren. Eine besondere Herausforderung in der Versorgung ist die Polypharmazie. Doch trotz Multimedikation bei Patienten, die an mehreren DMP teilnehmen, werden die Qualitätsziele der Programme erreicht.



Den DMP-Bericht finden Sie unter kvno.de

KV | 171218

Mehrjährige Evaluationen von DMP-Daten vermitteln stabile Trends: Je länger die Patienten im DMP sind, desto besser gelingt das Erreichen der Qualitätsziele – nachweislich für die DMP Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit (KHK) und Asthma bronchiale. Das führt dazu, dass beispielsweise schwere diabetische Folgeschäden wie Fußamputationen abnehmen. Dies belegt der aktuelle Bericht der Nordrheinischen Gemeinsamen Einrichtung DMP basierend auf der Evaluation der Dokumentationsdaten des Jahres 2016

durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi).

Herausforderung Multimorbidität

Ein großer Teil der Patienten in den DMP Diabetes mellitus Typ 2, KHK und COPD ist 70 Jahre alt oder älter. Mittlerweile wird ein Viertel der Patienten mit Diabetes und fast die Hälfte der KHK-Patienten parallel in anderen DMP betreut. Viele von ihnen leiden unter mehreren Begleiterkrankungen.

[weiter auf Seite 20](#) ►

„Die DMP-Ziele sind nützliche Anhaltspunkte“

Welche Vorteile bringen die Disease-Management-Programme Ihnen als Hausärztin?

Es ist der Überblick. Mir gibt es ein beruhigendes Gefühl, an alles gedacht zu haben. So erinnert mich die Software jedes Quartal daran, nachzusehen, ob der KHK-Patient neue Medikamente benötigt oder etwas umgestellt werden muss, weil er einen neuen Stent hat, und ob die Blutverdünnung reduziert werden müsste. Wenn ich einen Privatpatienten mit Diabetes behandle, dann gehe ich im Kopf den DMP-Bogen durch, damit ich mir sicher bin, dass ich nichts vergessen habe.

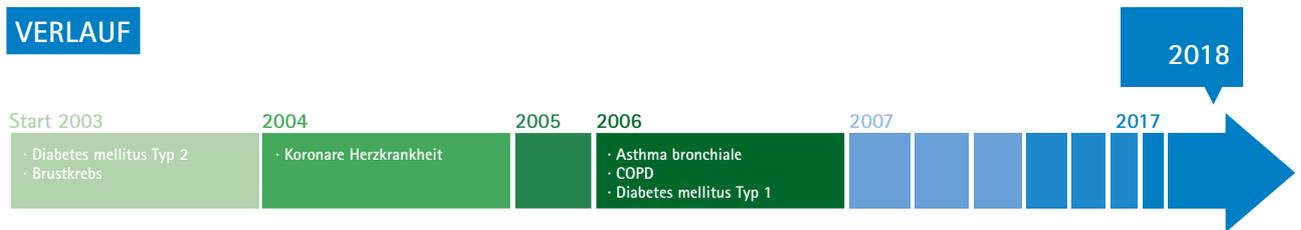
Wie handhaben Sie die DMP innerhalb der Praxisorganisation? Durchführung und Dokumentation erfordern ja einigen Aufwand.

Ich habe vor rund drei Jahren in dieser Praxis begonnen – zu einer Zeit, als die DMP bereits gut etabliert waren, das hat vieles erleichtert. Das gängige Prozedere ist, dass Mitarbeiter die Patienten aktiv darauf ansprechen, Termine für bestimmte Untersuchungen wie Blutabnahme oder Messung der Lungenfunktion wahrzunehmen. Da unsere Praxis klein ist, und die meisten unserer betreuungsinten-

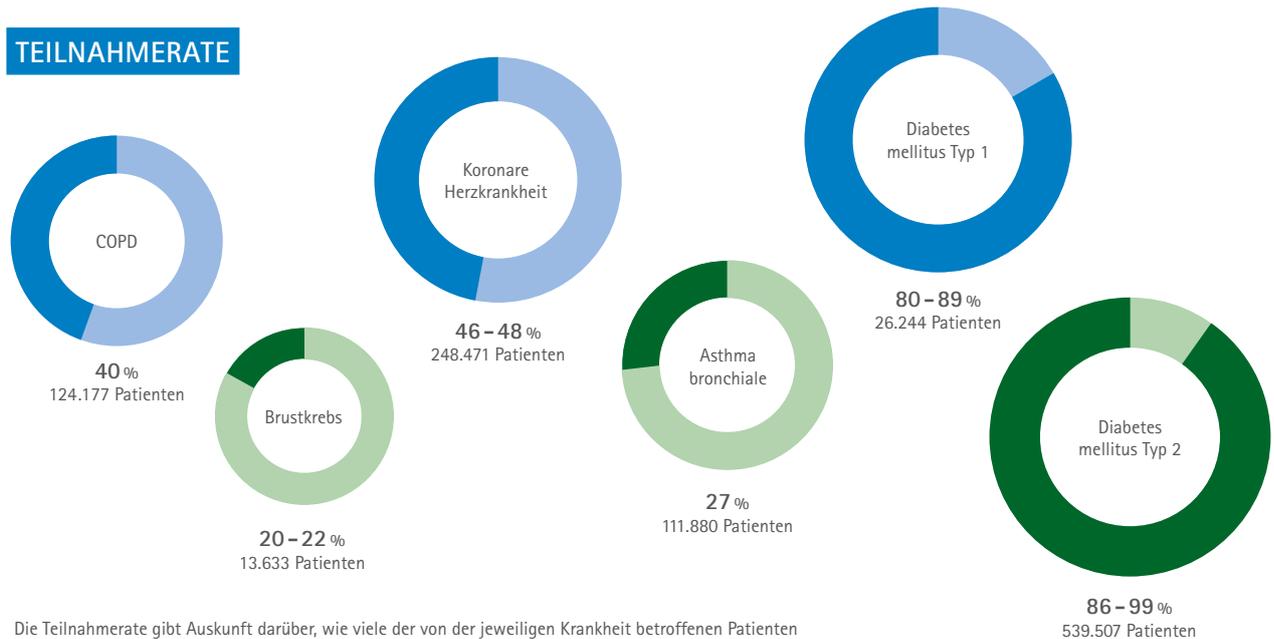
[weiter auf Seite 20](#) ►

FAKTEN ZU DEN DMP IN NORDRHEIN

VERLAUF



TEILNAHMERATE

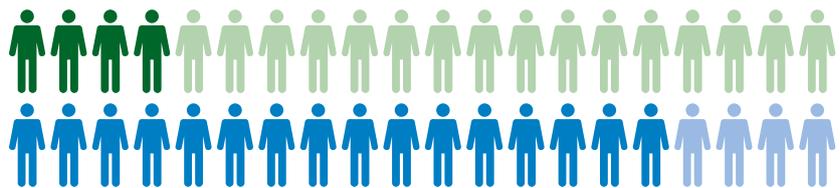


Die Teilnahmerate gibt Auskunft darüber, wie viele der von der jeweiligen Krankheit betroffenen Patienten in Nordrhein an einem DMP teilnehmen.

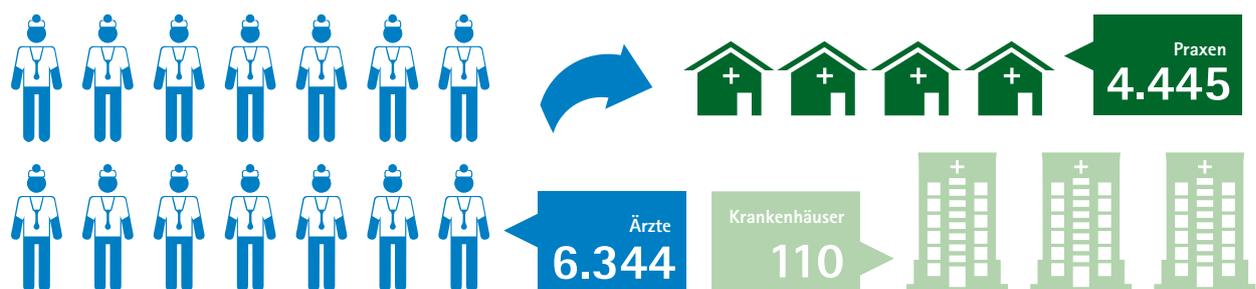
MULTIMEDIKATION

Rund 20% der Patienten, die nur an DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmen (und an keinem weiteren DMP) bekommen fünf und mehr Wirkstoffe. Bei Patienten, die an mehreren DMP teilnehmen (DMP Diabetes Typ 2, KHK, Asthma), sind es bis zu 82%, die fünf und mehr Wirkstoffe bekommen.

20% / 82%



BETEILIGUNG



Dies führt unter anderem dazu, dass sich die entsprechend des jeweiligen DMP zu verordnenden Arzneimittel summieren. Die Zahl hängt außerdem ab von der Häufigkeit einzelner Begleiterkrankungen, dem Alter und dem Geschlecht: Männer bekommen mehr Medikamente als Frauen. In der Gruppe der in drei DMP betreuten Patienten (Diabetes Typ 2, KHK und COPD) erhalten über vier Fünftel der Patienten fünf oder mehr Wirkstoffe.

Multimedikation und Qualitätsziele

Anhand der Dokumentationsdaten wurde untersucht, inwieweit unerwünschte Nebenwirkungen im Rahmen von Polypharmazie das Erreichen der DMP-Qualitätsziele gefährden. Dabei ergibt sich ein durchaus positives Bild: Im Vergleich zu Patienten, die nur in dem DMP Diabetes mellitus Typ 2 betreut

werden, erreichen die in zwei oder drei weiteren Programmen betreuten Teilnehmer nicht nur häufiger die verordnungsbezogenen Qualitätsziele, sondern es zeigen sich auch höhere Raten bei den Kontrolluntersuchungen (Nierenfunktion, Augen), den Überweisungen (bei schweren Fußläsionen) und den Schulungen. Somit weist diese Patientengruppe nach den DMP-Indikatoren eine gute Versorgungsqualität auf.

Täglich 61 Patienten mehr

Das Teilnehmerwachstum ist ungebrochen. Im Jahr 2016 betrug der Zuwachs allein bei den nordrheinischen DMP-Patienten rund 22.200 Personen, das sind pro Tag 61 Personen. Insbesondere die DMP Diabetes Typ 2 und DMP Koronare Herzerkrankung ließen die Anzahl auf rund 880.000 anwachsen. ■ SIGRID MÜLLER

siven Patienten ohnehin zweimal im Quartal kommen, ist dies einfach. Auch kennen unsere langjährigen MFA diese Patienten namentlich. Wir haben die DMP-Untersuchungen in unsere Routine eingebaut. Das bedeutet aber keinesfalls, dass sich das Einladungsmanagement erübrigt. Es garantiert uns, keinen Patienten und keine Untersuchung zu übersehen, und das mittels der in der Software hinterlegten Listen. Ohne DMP ginge das nicht.

Stichwort „Polypharmazie“: Ist es schwierig, alle medikamentösen Therapieziele von multimorbiden Patienten im Auge zu behalten?

Da stelle ich mich ganz auf den jeweiligen Patienten ein, den ich ja gut kenne. Ich muss zum Beispiel auch dessen Alter und eventuelle Unverträglichkeiten im Blick haben. Die DMP-Ziele und noch mehr die Leitlinien meiner Fachgesellschaft sind sehr nützliche An-



Dr. med. Vera Gerats, Fachärztin für Innere Medizin, führt eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis in Köln mit einer Kollegin, einer Ärztin in Weiterbildung und drei medizinischen Fachangestellten. Sie nimmt seit einigen Jahren an

den DMP Diabetes mellitus Typ 2, Koronare Herzkrankheit, Asthma und COPD teil – mit rund 150 Patienten.

haltspunkte. Aber letztlich entscheide ich als Arzt, ob die initiierten Medikamente im Einzelfall dem Patienten nutzen oder eher nicht. Dieser Freiraum ist ja auch in der DMP-Dokumentation vorgesehen.

Das vollständige Interview finden Sie im DMP-Bericht 2016 | [KV | 171220](#)

Bei uns werden Sie sicher fündig!

KV**bo**örse

Von Praxisübernahme über
Kooperationen bis hin zu
medizinischen Geräten:

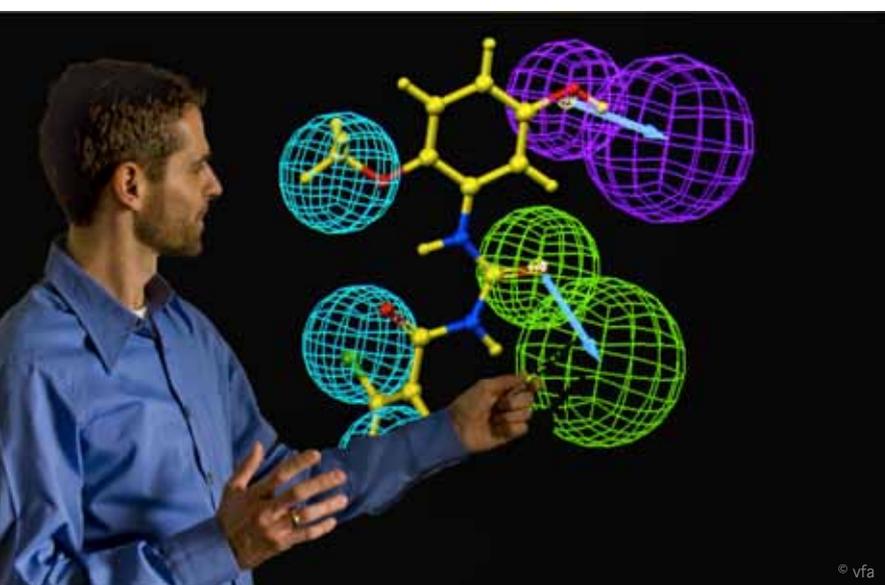
Jetzt auch mit Stellen für
WEITERBILDUNGSASSISTENTEN

www.kvboerse.de



Wie viel Fortschritt ist bezahlbar?

Die Pipeline onkologischer Präparate ist prall gefüllt. Nach Angaben des Informationsdienstleisters Insight Health stehen 24 Onkologika kurz vor der Zulassung für den europäischen Markt. Gut 260 biopharmazeutische Onkologika befinden sich nach Angaben von vfa bio, der Biotechnologie-Sparte im Verband forschender Arzneimittelhersteller, in den klinischen Phasen 2 und 3, also im Test mit Erkrankten. Selbst wenn nicht alle Wirkstoffe auf den Markt kommen, so zeichnet sich ein deutlicher Zuwachs an Therapieoptionen ab. Doch die Kosten neuer Präparate sind extrem hoch. Ist dieser Fortschritt noch finanzierbar?



Ein Pharmaforscher erläutert am Computerbildschirm die Struktur einer neuen Substanz. Allein gut 260 biopharmazeutische Onkologika befinden sich derzeit schon in klinischen Phasen. Kommen sie als neue Präparate auf den Markt, dürften die Hersteller hohe Preise für sie verlangen.

Diese Frage stand im Fokus der Veranstaltung „Onkologie: Herausforderungen einer innovativen Versorgung“, die am 12. Oktober 2017 im Haus der Ärzteschaft in Düsseldorf stattfand. Eingeladen hatten der Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa), die GWQ ServicePlus, eine von Betriebskrankenkassen gegründete Aktiengesellschaft, die unter anderem Rabattverträge schließt, und die KV Nordrhein.

Dr. Sabine Sydow, Leiterin von vfa bio, verwies auf die seit Jahrzehnten steigende Zahl von Krebs-Neuerkrankungen auf gut 480 000 im

Jahr 2013. Im Gegensatz dazu ist die Zahl der Todesfälle in den vergangenen dreißig Jahren nahezu konstant geblieben. Bei vielen Krebsarten haben sich laut Sydow die Überlebensraten erheblich verbessert (siehe Grafik).

Die Kosten des Fortschritts

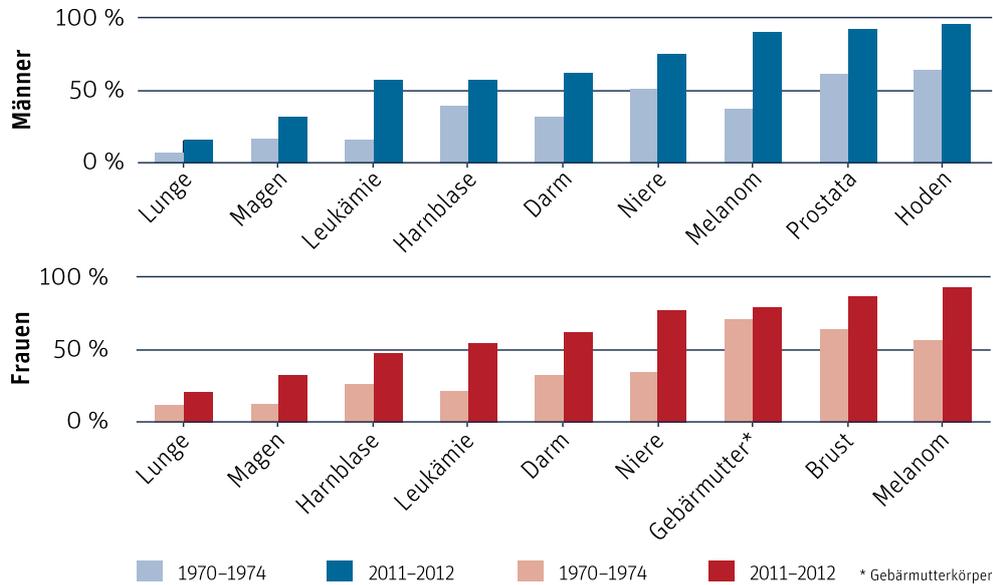
Das ist auch auf die Entwicklung von Onkologika zurückzuführen. „In diesem Bereich gibt es bereits seit fast 20 Jahren große Fortschritte“, sagte Dr. med. Carsten König, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein. Doch angesichts immer spezialisierterer und teurerer Therapien müsste sich die Gesellschaft fragen, wie sie die Mittel für die Gesundheitsversorgung einsetze.

Es gelingt immer häufiger, die Diagnose Krebs vom Todesurteil auf eine chronische Krankheit zu reduzieren. Sydow präsentierte Zahlen aus dem IGES Arzneimittel-Atlas, nach denen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für onkologische Präparate zwischen 2011 und 2016 von 3,5 auf 5,4 Milliarden Euro gestiegen seien.

Den Fortschritt haben wir uns demnach teuer erkaufte. Die Krankenkassen sind alarmiert – und spitzen die Betrachtung zu. Die Kosten für Onkologika sind nach ihren Angaben im Laufe des Jahres 2016 um 17,2 Prozent bzw. 858 Millionen Euro auf 5,8 Milliarden Euro

Krebs: Fünf-Jahres-Überlebensraten deutlich gestiegen

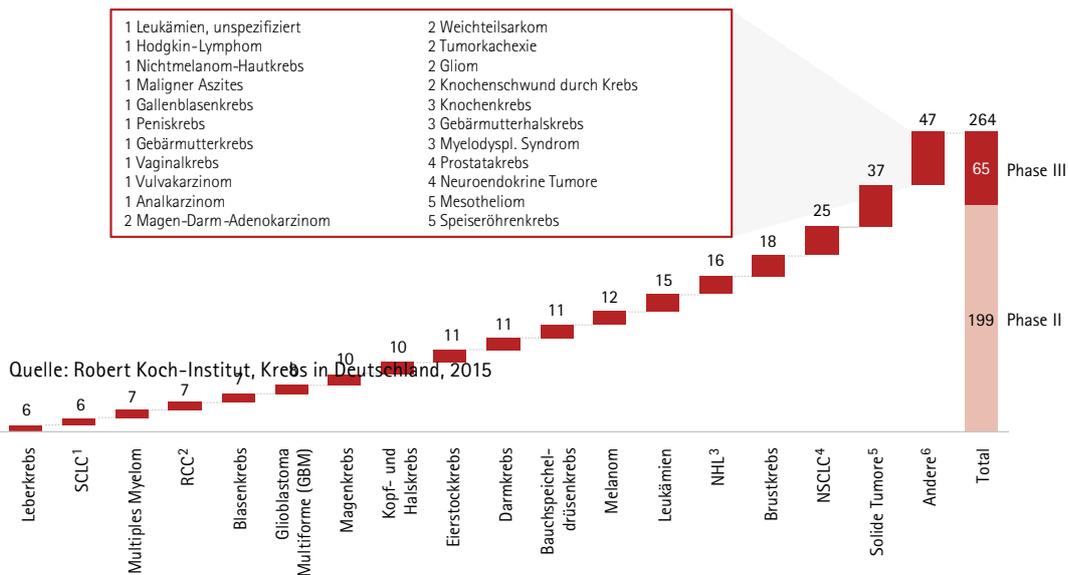
Die Abbildung zeigt die Fünf-Jahres-Überlebensraten von Männern und Frauen mit einer Krebsdiagnose in Deutschland. Sie sind seit 1970 signifikant gestiegen.



Quelle: Robert Koch-Institut, Krebs in Deutschland, 2015

Biopharmazeutika: Pipeline gut gefüllt

Die Abbildung zeigt, wie viele fortgeschrittene Entwicklungsprogramme derzeit bei Herstellern von Biotechnik-Arzneimitteln laufen: Gut 260 biopharmazeutische Onkologika befinden sich demnach in den klinischen Phasen 2 und 3.



Quelle: Robert Koch-Institut, Krebs in Deutschland, 2015

1. Kleinzelliger Lungenkrebs 2. Nierenzellkarzinom 3. Non-Hodgkin-Lymphom 4. Nicht-kleinzelliger Lungenkrebs
 5. Nicht näher spezifizierte solide Tumore 6. Indikationen mit fünf oder weniger Entwicklungsprogrammen
 Anmerkung: Wirkstoffe im Zulassungsverfahren in Phase III enthalten; Wirkstoffe in weltweit durchgeführten Prüfungen von in Deutschland tätigen Unternehmen
 Quelle: EvaluatePharma; Citeline's Phmaprojects Pipeline Service, Jan 2017; BCG-Analyse
 © vfa | "Medizinische Biotechnologie in Deutschland 2017", vfa bio/BCG

gestiegen. Diese Dynamik habe auch die frühe Nutzenbewertung nicht gestoppt.

Zudem komme das Instrument noch nicht häufig genug zum Einsatz, monierte Dr. Barthold Deiters, Leiter Arzneimittel der GWQ. Der Apotheker kritisierte, dass immer mehr Medikament als „Orphan Drugs“ zugelassen würden, darunter ein hoher Anteil an onkologischen Präparaten.

Ruf nach dem Gesetzgeber

Durch die schnellere Zulassung der Mittel gegen seltene Erkrankungen werde die frühe Nutzenbewertung umgangen. Deiters forderte den Gesetzgeber auf, den „Trend zur Orphanisierung“ zu stoppen, zum Beispiel, indem die Umsatzgrenze von 50 Millionen Euro gesenkt wird, ab der auch bei „Orphan Drugs“ ein Zusatznutzen nachgewiesen werden muss (siehe Kasten).

Die Kostenwüchse im Bereich der onkologischen Präparate verfolgt auch Dr. Holger Neye, Leiter der Pharmakotherapieberatung der KV Nordrhein, mit Sorge, da die finanziellen Ressourcen für die Versorgung begrenzt seien. Die Kassenärztliche Vereinigung identifiziere deswegen Einsparmöglichkeiten und setze Maßnahmen dazu um, etwa mit Quotenregelungen für Biosimilars. Inzwischen gebe es mit einem Rituximab-Nachahmer auch schon ein onkologisches Biosimilar. „Wir werden uns aber massiv dagegen wehren, wenn jemand verlangen würde, dass Ärzte Therapie-

entscheidungen von den Kosten der Präparate abhängig machen.“

Die Entwicklung neuer Präparate begrüßte Dr. med. Helmut Forstbauer, Mitbegründer des Praxisnetzwerks Hämatookologie und internistische Onkologie im Rhein-Sieg-Kreis. Denn Krebspatienten könnten dadurch mit der Diagnose immer länger leben. Forstbauer berichtete von den ersten Erfahrungen mit dem Proteinkinaseninhibitor Imatinib, der 2001 auf den Markt kam – und die Behandlung der chronischen myeloischen Leukämie (CML) revolutionierte.

Es braucht mehr als Medikamente

Seitdem drehe sich das Entwicklungsrad immer schneller. Doch die Innovationen allein garantierten keine hervorragende Versorgung. Ganz wichtig ist nach Worten des Onkologen der „Innovationstransfer“, der die „klinische Expertise mit der onkologischen Breiten- und Langzeitversorgung“ verbinde. Wichtig sei auch die sektorenübergreifende Vernetzung, die in der Onkologie laut Forstbauer schon lange intensiv gelebt werde – zum Wohle der Patienten.

Doch zurück zur Eingangsfrage: Ist unser Versorgungssystem angesichts des rasanten Fortschritts und steigender Preise auf Dauer finanzierbar? Eine gemeinsame Antwort auf diese Frage konnten die Teilnehmer im Haus der Ärzteschaft an diesem Tag nicht finden.

■ FRANK NAUNDORF

i | Orphan Drugs

Der Begriff Orphan-Arzneimittel oder „Orphan Drug“ bezeichnet Arzneimittel, mit denen seltene Krankheiten behandelt werden können. Das im November 2010 verabschiedete Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) verlangt unter anderem, dass der Hersteller für alle neuen Arzneimittel Nachweise für einen Zusatznutzen vorlegen muss. Da eine Zulassung als Orphan-Ar-

zneimittel nur dann erteilt wird, wenn die Erkrankung selten ist und es bisher keine adäquate Therapie gibt, entfällt für ein Orphan-Arzneimittel die Notwendigkeit des nochmaligen Nachweises eines Zusatznutzens. Ausnahme: Erreicht ein Orphan-Arzneimittel einen Umsatz von mehr als 50 Millionen Euro, muss der Hersteller dennoch den Nachweis des Zusatznutzens erbringen.

Schiedsamt entscheidet: TSS künftig auch für Richtlinien-Psychotherapie

Die Termin-Servicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sollen künftig auch Termine für probatorische Sitzungen bei Psychotherapeuten vermitteln. Voraussetzung: Ein Therapeut hat auf der individuellen Patienteninformation (PTV 11) eine zeitnahe Behandlung empfohlen. Das hat das Bundesschiedsamt kürzlich festgelegt. Bevor die Änderung in Kraft treten kann, muss aber noch die Psychotherapie-Vereinbarung angepasst und das Formular PTV 11 überarbeitet werden.

Auf die Erweiterung der Terminvermittlung hatte der GKV-Spitzenverband gedrängt. Er wollte ursprünglich erreichen, dass die Servicestellen ohne bestimmte Voraussetzungen sämtliche Termine für probatorische Sitzungen und damit für die Richtlinien-Psychotherapie vermitteln müssen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) lehnte dies mit Hinweis auf die gesetzlichen Regelungen ab, weshalb schließlich das Bundesschiedsamt

eingeschaltet werden musste. Die KBV will den Beschluss des Bundesschiedsamtes nun prüfen und gegebenenfalls dagegen klagen.

Nach dem Gesetz sind die KVen verpflichtet, Termine für ein Erstgespräch sowie für die Akutbehandlung anzubieten. Diese Vorgaben waren zum 1. April 2017 neu eingeführt worden. ■ HEI

Vertreterversammlung lehnt Ausweitung der Vermittlung ab

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein lehnt die Ausweitung der Aufgaben der von den KVen betriebenen Termin-Servicestellen rigoros ab. In einer Resolution stimmten die Delegierten am 24. November 2017 einstimmig gegen die Entscheidung des Bundesschiedsamtes, wonach künftig auch probatorische Sitzungen zur Einleitung einer Richtlinien-Psychotherapie von der TSS vermittelt werden müssen. Dadurch „würde die Absicht des Gesetzgebers, zeitnahe Versorgungsangebote zu erweitern, konterkariert“, heißt es in der Resolution. Eine Klage der KBV gegen die Entscheidung des Bundesschiedsamtes werde geprüft.

„Fit für die Hausarztpraxis“

Der Hausärztemangel wird künftig weiter zunehmen. Aus diesem Grund haben sich jetzt die Ärztekammer Nordrhein, die KV Nordrhein, die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen sowie die fünf regionalen Universitäten in Düsseldorf, Bonn, Köln, Aachen und Duisburg-Essen zusammengeschlossen. Gemeinsam haben sie das „Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Nordrhein“ (KW Nordrhein) gegründet.

Das KW Nordrhein begleitet Ärzte in Weiterbildung (AiW) in der Allgemeinmedizin. Es bietet mehrere Qualifikationstage im Jahr an. Neben der dort vermittelten Theorie machen die AiW an diesen Tagen auch praktische Übungen, et-

wa Simulations-Patienten-Programme. Ziel ist, AiW mit den Weiterbildungsangeboten berufsbegleitend zu fördern sowie kompetente und engagierte Hausärzte für die Versorgung der Menschen in Nordrhein zu gewinnen.

Ergänzend werden die jungen Ärzte durch hausärztliche Mentoren und Niederlassungsberater unterstützt, um die Schwelle zur ambulanten Tätigkeit als Hausarzt und zur Niederlassung in einer Praxis zu senken. „Oft sind es unbegründete Ängste, die junge Ärzte davor zurückschrecken lassen, eine Hausarztpraxis zu übernehmen, da setzen wir aktiv an“, so Dr. med. Carsten König, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein und selbst Hausarzt.

■ MED

KV-Connect legt zu

In den vergangenen Jahren hat sich die Abrechnung extrem verändert: Im 2. Quartal 2017 haben 98,6 Prozent der Praxen in Nordrhein online abgerechnet – also fast alle Ärzte und Psychotherapeuten in Nordrhein. Im 2. Quartal 2010 war es dagegen gerade einmal jeder Zehnte.

In sieben Jahren haben sich die Verhältnisse abrechnungstechnisch also vollständig gedreht. Das ist einerseits dem technischen Fortschritt zu verdanken, aber auch rechtlichen Vorgaben: Seit dem 3. Quartal 2013 ist die Online-Abrechnung Pflicht. Heute stehen den Praxen im Prinzip zwei Arten zur Verfügung, über die sie die Abrechnung online einreichen können.

KV-Connect

Bei der Online-Abrechnung über KV-Connect hat die Praxis die Möglichkeit, die Abrechnung direkt aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) zu übermitteln. Dies ist die sogenannte 1-Click-Abrechnung. Hierfür benötigt die Praxis den Kommunikationsdienst KV-Connect sowie einen KV-SafeNet-Anschluss. Das System ist extrem sicher: Während der KV-SafeNet-Router einen vom Internet getrennten Tunnel zur KV Nordrhein aufbaut, sorgt KV-Connect dafür, dass die Daten in diesem Tunnel auch noch verschlüsselt übertragen werden. Beachten Sie: Sobald eine Praxis an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen ist, benötigt sie keinen KV-SafeNet-Zugang mehr.

Ärzte und Psychotherapeuten, die für die Übertragung der Online-Abrechnung KV-Connect nutzen, können ihre Sammelerklärung mit einer qualifizierten elektronischen Signatur (QES) einreichen. Dadurch entfällt der Versand der Sammelerklärung auf Papier. Jedoch benötigt man für die QES einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA), der mit

monatlichen Kosten verbunden ist. Die Kosten für den eHBA werden durch die Erstattungen für die Telematik-Infrastruktur (TI) zur Hälfte finanziert.

+ Die Online-Abrechnung über KV-Connect ist die einfachste und praktischste Methode für die Mitglieder, da sie mit einem Klick direkt aus dem PVS erfolgen kann. Das gilt auch für Testabrechnungen. Außerdem sind die Daten extrem gut geschützt..

- Die Einbindung von KV-Connect sowie die 1-Click-Abrechnung sind bei vielen Herstellern kostenpflichtig. Die Anschaffung eines KV-SafeNet-Zugangs ist mit einmaligen Anschaffungs- und monatlichen Folgekosten verbunden. Praxen, die an die TI angeschlossen sind, benötigen keinen KV-SafeNet-Zugang.

KVNO-Portal

Praxen, die die Online-Abrechnung über das KVNO-Portal übermitteln wollen, benötigen neben den Zugangsdaten für das Portal eine zusätzliche Authentifizierung oder einen Zugang über KV-SafeNet. Dies entfällt, sobald die Praxis an die TI angeschlossen ist.

Folgende Varianten sind bei der Übertragung über das KVNO-Portal möglich:

■ Übertragung über KV-SafeNet: Diese Übertragung kann nur aus der Praxis erfolgen. Dafür ist ein KV-SafeNet-Anschluss nötig –

solange bis die Praxis an die TI angeschlossen ist.

- Übertragung der Online-Abrechnung mit einem eToken: Hierfür benötigen Mitglieder neben den Zugangsdaten zum Portal auch einen eToken, den sie bei der KV Nordrhein für einmalig 10 Euro erwerben können. Der eToken ist ein Nummerngenerator und wird als zusätzliche Authentifizierung bei der Übermittlung der Abrechnung notwendig.

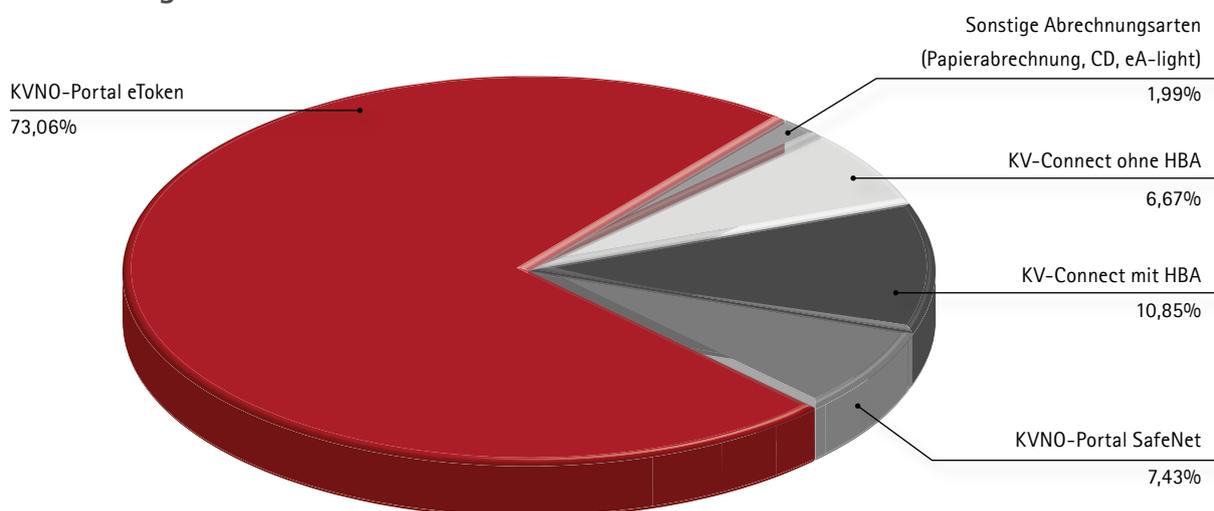
Eine elektronische Signatur der Sammelerklärung ist im KVNO-Portal derzeit nicht möglich. Ärzte und Psychotherapeuten, die für die Übertragung der Online-Abrechnung das KVNO-Portal nutzen, müssen die Sammelerklärung in Papierform eigenhändig unterschreiben und der KV Nordrhein zukommen lassen. Daher kann eine Verwaltungskostenreduzierung nicht in Anspruch genommen werden.

■ Die Online-Abrechnung über das KVNO-Portal ist die günstigste Methode. Der Zugang zum Portal ist kostenlos. Zusätzlich benötigt die Praxis einen eToken, der einmalig 10 Euro kostet. Nur die Übermittlung über KV-SafeNet ist mit zusätzlichen Anschaffungs- und wiederkehrenden Kosten verbunden. Da KV-SafeNet nach Anschluss der Praxis an die TI nicht benötigt wird, entfallen diese Kosten. Die Abrechnungsdatei kann vom jedem internetfähigen Rechner übertragen werden.

■ Die Abrechnungsdatei kann nicht direkt aus dem PVS übermittelt werden, sondern muss zuvor gespeichert und dann nach der Anmeldung im KVNO-Portal hochgeladen werden. Erfolgt das Hochladen nicht über den PC in der Praxis, sondern von einem anderen Rechner, muss man eine Zwischenspeicherung auf einem externen Datenträger vornehmen, beispielsweise auf einem USB-Stick.

■ CLAUDIA PINTARIC

Abrechnungsarten 2. Quartal 2017



„Der Mensch im Mittelpunkt“

Im südlichen Rhein-Erft-Kreis gibt es seit fünf Jahren die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Ziel ist es, schwerstkranke und sterbende Menschen in ihrer häuslichen Umgebung zu versorgen und ihnen ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Die Angehörigen schätzen dieses Angebot sehr, so die Ergebnisse regelmäßiger Befragungen.

„Die Angst vor dem Tod können wir nicht nehmen, aber die Angst vor dem Sterben“, sagt Dr. med. Astrid Bitschnau-Lueg, ärztliche Leiterin und Geschäftsführerin des Palliativteams SAPV Rhein-Erft. Die Ärzte und Pflegekräfte, die in diesem Team zusammengeschlossen sind, benötigen neben fachlicher Kompetenz auch ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen. Mehr als 2000 Patienten hat das Team seit seiner Gründung im Jahr 2012 beim Sterben zuhause begleitet und die Angehörigen in dieser Zeit unterstützt.

Das Palliativteam SAPV Rhein-Erft ist ein Netzwerk aus 14 Hausärzten, acht Pflegekräften und einer Koordinatorin. Es arbeitet eng mit den ambulanten Hospizdiensten und Hospizen in der Region zusammen und ist rund um die Uhr im Einsatz. Betreut werden unheilbar kranke Patienten in der letzten Lebensphase – und zwar täglich. Zumeist handelt es sich um Tumorpatienten, Menschen mit ausgeprägter Herzschwäche oder neurologisch verursachten Erkrankungen.

Das Palliativteam wird aktiv, wenn der Hausarzt den Patienten SAPV verordnet. Bitschnau-Lueg betont, dass sich das Palliativteam als Ergänzung zum Hausarzt versteht und diesen keinesfalls ersetzen möchte. „Die intensive Betreuung dieser Patienten lässt sich auf vielen Schultern einfach besser verteilen“, so die leitende Ärztin.

„Verwandt mit der guten Fee“

Die Aufgabe des Teams besteht zum einen darin, die physischen Beschwerden der Patienten zu lindern. Seelsorger und Psychoonkologen unterstützen das Palliativteam bei der Patientenbetreuung im psychosozialen Bereich. Wichtig ist dem Team aber auch, den Angehörigen in dieser schweren Zeit den Rücken zu stärken. So unterstützen die Kollegen die Angehörigen besonders in der Kommunikation.

„Wir haben mal einen Patienten begleitet, der war erst Anfang 30. Als er von seiner schweren Krankheit erfuhr, hat er sich mehr und mehr von seinem Umfeld zurückgezogen. Wir haben ihn und seine Frau ermutigt, offen mit der Situation umzugehen und auch Freunden von der Krankheit zu erzählen. Wenige Tage später stand seine Fußballmannschaft vor der Tür und hat noch einmal gemeinsam mit ihm Kölsch getrunken – der Patient bekam das Bier über eine Magensonde“, erzählt Bitschnau-Lueg.

Andere Patienten äußerten den Wunsch, noch einmal einen Ausflug zu machen oder eine bestimmte Person zu sehen. „Wenn der Patient dazu in der Lage ist, und es sich um einen realistischen Wunsch handelt, erfüllen wir ihn gern. Wir sind sozusagen ein bisschen verwandt mit der guten Fee.“

Oberste Ziele der Betreuung sind immer die menschliche Begleitung und Rücksichtnahme



Dr. med. Astrid Bitschnau-Lueg ist Fachärztin für Innere Medizin, Palliativmedizin und Ernährungsmedizin (BFD) in Brühl sowie stellvertretende Vorsitzende der Kreisstelle Rhein-Erft der KV Nordrhein.

auf die persönliche Situation. Das Leitthema des Teams lautet: der Mensch im Mittelpunkt. Um dies umsetzen zu können, sind die Ärzte und Pfleger auf das Vertrauen von Patient und Angehörigen angewiesen. „Die Betroffenen müssen das Team in die Situation hineinlassen“, betont Bitschnau-Lueg.

Wichtig ist ihr auch, dass sich sowohl der Patient als auch sein Umfeld mit der Situation auseinandersetzen. Das fällt vielen nicht leicht, weil sie es nicht hören wollen. Aber es sei wichtig, sich damit zu beschäftigen – und loszulassen. Klare Worte können dabei helfen: „Wir möchten dem Patienten die Angst vor dem Sterben nehmen und sagen ihm: Wir bleiben, bis du gehst.“ Im Schnitt begleitet das Palliativteam die Patienten rund zwei Wochen.

Lob für ausgezeichnete Arbeit

Um ein Feedback zur eigenen Arbeit einzuholen, befragt das Team im Nachhinein regelmäßig die Angehörigen der Patienten zu ihrer Zufriedenheit mit der Betreuung. Nahezu alle Fragebögen kommen zurück – mit ausnahmslos positiven Rückmeldungen. Im Folgenden einige Auszüge:

„An dieser Stelle kann ich nur den Dank im Namen meiner ganzen Familie zum Ausdruck bringen. Sie haben sich vom ersten Moment an bestens um meinen Vater gekümmert. Fachlich und auch menschlich haben Sie einen Bezug geschaffen, der besser nicht hätte sein können. Sie waren für die letzten Wochen eine ganz große Hilfe, sodass wir alle noch sehr schöne Momente und Augenblicke wahrnehmen konnten.“

„Sie waren sehr schnell vor Ort, waren sehr einfühlsam und haben entschieden, wo wir es nicht mehr konnten. Wir danken von Herzen



für Ihren Beistand. Ihre Effizienz, die Kompetenz aller Mitarbeiter, Empathie und Freundlichkeit lässt sich unseres Erachtens nach nicht verbessern.“

„Ich hatte den Eindruck, dass mein Mann Ihre jeweiligen Besuche als nette Abwechslung und Hilfe empfunden hat und nicht als Last. Mir ging es genauso. Auch ich fühlte mich von Ihnen wahrgenommen und nicht allein gelassen. Die absolut unkomplizierte Hilfe, natürlich vor allem in den allerletzten Tagen, war wirklich großartig und beruhigend. Ich fand es toll, dass wir es doch noch geschafft haben, meinen Mann bis zum Schluss zuhause zu versorgen – trotz meiner leichten Verzweiflung in den letzten Tagen. Ich konnte meinem Mann in den letzten Minuten liebevoll und ruhig zur Seite stehen und ihm ohne Angst das Loslassen ermöglichen.“

■ SIMONE HEIMANN

Mehr Infos zum Palliativteam SAPV Rhein-Erft finden Sie unter palliativteam-rheinerft.de, weitere Infos zur SAPV in Nordrhein unter kvno.de | [KV | 171229](https://www.kvno.de)

Ziel der SAPV ist es, die Lebensqualität von Palliativpatienten zu verbessern. Dazu kann auch ein Ausflug ins Grüne zählen, wenn der Patient dazu in der Lage ist.

KVNO twittert

Kurz gefasst,
bestens informiert



Fotos: Antonio Guillem / Shutterstock.com



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein



Folgen Sie uns auf [Twitter/kvno_aktuell](https://twitter.com/kvno_aktuell)

Betroffene Helfer

Behinderte und chronisch Kranke benötigen oft Hilfe – und die kommt auch von Betroffenen. Seit 2010 bildet das Kompetenzzentrum Selbstbestimmt Leben in Nordrhein-Westfalen Lotsen aus. Die Lotsen sind selbst behindert oder chronisch krank und geben ihre Erfahrungen an Menschen weiter, die ebenfalls betroffen sind. Sie unterstützen in sozialrechtlichen Angelegenheiten und alltäglichen Fragen – und entlasten so Patienten und Praxen.

Die Lotsen kennen sich – teils durch eigene Erfahrung, teils durch Schulungen – in sozialrechtlichen und psychosozialen Fragestellungen aus. Sie wissen, welche Institution in der Region für welche Fragestellung zuständig ist. Bei Bedarf begleiten sie den Betroffenen auch bei Behördengängen.

Einer von ihnen ist Jürgen Müller. Er war von Beginn an dabei. Im vergangenen Jahr hat er zahlreiche Beratungsgespräche geführt – ehrenamtlich. Seine Arbeit sieht er als „Wegweisung, nicht Rechtsberatung“. Aus eigener Erfahrung kennt Müller die Probleme, die eine körperliche Behinderung mit sich bringt. Diese gibt er jetzt an andere weiter. „Es motiviert, dass man den Leuten wirklich helfen kann“, so Müller. Anstatt beispielsweise nach einer Amputation allein gelassen zu werden, wird den Patienten im Idealfall noch am Krankenbett aufgezeigt, wie es weitergehen kann.

Zusammenarbeit mit Ärzten klappt

Über die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten weiß Jürgen Müller Positives zu berichten. In der Städteregion Aachen existiert ein reger Austausch mit dem dort ansässigen orthopädischen Qualitätszirkel. Beide Seiten können dabei voneinander lernen und die Versorgung der Patienten gemeinsam verbessern.

Mehr als 100 Menschen haben bereits an einer der Lotsen-Schulungen teilgenommen. So

entsteht ein flächendeckendes Netzwerk ehrenamtlicher Lotsen. Die Schulungen behandeln Fragen aus den Bereichen Sozialrecht, Beratung und Vernetzung. Auch anschließend unterstützen die Mitarbeiter der Kompetenzzentren Selbstbestimmt Leben: Es finden regelmäßige Vertiefungstage, Austauschtreffen und bei Fragen auch eine persönliche Betreuung statt.

■ JANA KORTÜM

Kontakt zu Lotsen

Seit 2016 ist das Lotsenprojekt an die Kompetenzzentren Selbstbestimmt Leben (KSL) in den Regierungsbezirken angeschlossen. Für den Bereich Nordrhein sind das die Stellen in Düsseldorf (Telefon 0211 6987 1320) und Köln (Telefon 0221 277 1703). Im Internet finden Sie Infos unter ksl-nrw.de



Sie haben auch die Möglichkeit, direkt mit den Lotsen in Kontakt zu treten (lotsen-nrw.de). Gerne übernimmt die Kooperationsberatung für Selbsthilfe und Ärzte der KV Nordrhein (KOSA) eine Vermittlung an die entsprechende Stelle (E-Mail: kosa@kvno.de oder Telefon: 0211 5970 8090).

Hotline für Ärzte bei Verdacht auf Kindesmissbrauch

Bei Verdacht auf Kindesmissbrauch können sich Ärzte und Psychotherapeuten jetzt rund um die Uhr an eine medizinische Hotline wenden. Dort sind seit Juli 2017 geschulte Fachleute zu erreichen, die zur Rechtslage sowie zu Hilfen vor Ort Auskunft geben. Das Angebot steht bundesweit kostenfrei unter 0800 19 210 00 zur Verfügung. Die Hotline ist ein vom Bundesfamilienministerium gefördertes Beratungsangebot für Ärzte, Therapeuten, Pflegende und Angehörige anderer Heilberufe.

Bei Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch von Kindern beraten dort Ärzte sowie eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin mit speziellem Hintergrundwissen unter anderem zu Fragen

der sicheren Diagnostik, zu gesetzlichen Vorgaben in Bezug auf die Schweigepflicht und ärztliches Handeln. Die Fachkräfte an der Hotline informieren zudem darüber, welche Schritte in einem Kinderschutzfall eingeleitet werden können oder müssen.

Die Kinderschutzhotline wird vom Universitätsklinikum Ulm zusammen mit den Berliner DRK-Kliniken Westend betrieben. Das zunächst dreijährige Projekt soll die bestehenden Hilfen ergänzen, nicht ersetzen. Die Hotline richtet sich ausschließlich an Ärzte, Psychotherapeuten und Angehörige anderer Heilberufe. ■ MED

Mehr Informationen auf kinderschutzhotline.de
KV | 171232



Amtliche Bekanntmachungen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

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

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

kvno.de/bekanntmachungen

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

Ausschreibung von Vertragsarztsitzen

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

Bedarfsplanung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

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

Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund

Eine neue 20-seitige Broschüre aus der Reihe PraxisWissen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bietet Hinweise zur Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund. Das Serviceheft „Vielfalt in der Praxis“ richtet sich an niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, um diese bei der Behandlung zu unterstützen.

Die Broschüre enthält Tipps zum kultursensiblen Umgang, die unter anderem ein niedergelassener Kardiologe mit syrischem Migrationshintergrund gegeben hat. Eine Kinder- und

Jugendärztin sowie ein Psychiater schildern ebenfalls ihre Erfahrungen.

Anregungen kommen darüber hinaus von der Integrationsbeauftragten der Bundesregierung, Aydan Özoğuz, und von der Gesundheitswissenschaftlerin Prof. Dr. Doris Schaeffer von der Universität Bielefeld. Der Serviceheft bietet weiterführende Informationen, die im Praxisalltag hilfreich sein können, unter anderem über Patienteninformationen in Fremdsprachen. ■ MED



Mehr Infos finden Sie auf kvno.de oder kbv.de | KV | 171233

Laborreform auf April verschoben

Die Laborreform wird um ein Quartal auf den 1. April 2018 verschoben. Grund: Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben sich bei den Punkten Mindestquotierung und Wirtschaft-

lichkeitsbonus noch nicht abschließend einigen können. Die Eckpunkte seien abgestimmt, aber die Ausgestaltung noch nicht, so die Begründung der KBV zur Verschiebung der Reform. ■ HEI

Gelbes Heft: Englische Übersetzung verfügbar

Das Kinderuntersuchungsheft ist ins Englische übersetzt worden. Damit können fremdsprachige Eltern oder andere Personen besser nachvollziehen, welche Untersuchungen vorgesehen sind. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte die Übersetzung ver-

anlasst. Dabei handelt es sich aber lediglich um ein Serviceangebot. Das deutsche „Gelbe Heft“ bleibt für Ärzte zur offiziellen Dokumentation bindend. Es kann über den Formularversand bestellt werden.

Mehr Infos unter kvno.de | KV | 171233 ■ HEI

Neue stellvertretende Vorsitzende in zwei Kreisstellen

In den Kreisstellenvorständen Rhein-Erft und Mettmann gab es Wechsel der stellvertretenden Vorsitzenden. In der Kreisstelle Rhein-Erft-Kreis war Dr. med. Wilhelm Giesen bis zum 30. Juni 2017 als stellvertretender Vorsitzender tätig. Zum 20. September 2017 wurde

Dr. med. Astrid Bitschnau-Lueg neu ernannt. Dr. med. Johannes Podlinski aus Ratingen wurde am 1. November 2017 in der Kreisstelle Mettmann neu gewählt, da der bisherige stellvertretende Vorsitzende Rolf Jentsch von seinem Amt zurückgetreten ist. ■ ECA



Dr. Astrid Bitschnau-Lueg



Dr. Johannes Podlinski



Gesundheitskongress

des Westens 13. und 14. März 2018

KÖLN | Gürzenich

DAS GESUNDHEITSWESEN MUSS ZUSAMMENWACHSEN!

PERSONAL | DIGITALISIERUNG | FINANZIERUNG | VERSORGUNG



Karl-Josef Laumann
Minister für Arbeit, Gesundheit
und Soziales des Landes NRW



Prof. Dr. Andreas Pinkwart
Minister für Wirtschaft, Innovation,
Digitalisierung und Energie, NRW



Dr. Frank Bergmann
Kassenärztliche
Vereinigung Nordrhein



Dr. Gerhard Nordmann
Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe



Andreas Storm
DAK-Gesundheit



Prof. Josef Hecken
Gemeinsamer Bundesausschuss



Vera Lux
Universitätsklinikum Köln



Dr. Andreas Gassen
Vorstandsvorsitzender, Kassen-
ärztliche Bundesvereinigung



Prof. Dr. Wolfgang Greiner
Universität Bielefeld



Anne Friedrichs
Hochschule für Gesundheit



Dr. Dirk Heinrich
Spitzenverband Fachärzte
Deutschlands e. V. (Spifa)



Günter Wältermann
AOK Rheinland/Hamburg



Prof. Dr. Boris Augurzky
RWI Leibniz-Institut für
Wirtschaftsforschung



Jochen Brink
Krankenhausgesellschaft
Nordrhein-Westfalen e. V.



Dr. Heidrun Thaiss
Bundeszentrale für gesund-
heitliche Aufklärung (BZgA)



Dr. Klaus Reinhardt
Hartmannbund - Verband der
Ärzte Deutschlands e. V.



**Prof. Dr. Dr. Dr. h. c.
Eckhard Nagel**
Universität Bayreuth



Ulf Fink
Senator a. D., WISO-Gruppe



Dr. Holger Seib
Kassenärztliche
Vereinigung Westfalen-Lippe



Roman Lovenfosse-Gehrt
Kliniken der Stadt Köln



Prof. Dr. Jürgen Wasem
Universität Duisburg-Essen

Sondertarif für Niedergelassene
Informationen erhalten Sie im Kongressbüro oder online.

Das Kongressprogramm und Anmeldung im Internet

www.gesundheitskongress-des-westens.de

Die **Zertifizierung als ärztliche Fortbildung** wird bei der Ärztekammer Nordrhein beantragt.



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein



Kassenärztliche
Vereinigung
Westfalen-Lippe



Kongressbüro **Gesundheitskongress des Westens**
Telefon +49 (0) 2234 - 95322-51
E-Mail info@gesundheitskongress-des-westens.de

Veranstalterin © WISO S. E. Consulting GmbH

75. Fortbildungsveranstaltung „Aus Fehlern lernen“

In der 75. Fortbildungsveranstaltung unter dem Titel „Aus Fehlern lernen“ geht es um akute Bauchschmerzen beziehungsweise akute Abdomen. Die Teilnehmer erhalten von Experten unter anderem Informationen über die unterschiedlichen Möglichkeiten der Untersuchung und Differenzialdiagnostik. Zudem geht es um Bauchschmerzen im Kindes- und Jugendalter sowie im Bereich der Gynäkologie und Chirurgie. Die Teilnahme ist kostenlos.

ZERTIFIZIERT | 4 Punkte

Termin 10. Januar 2018
15.30–19.15 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung Institut für Qualität
im Gesundheitswesen
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Telefon 0211 4302 2751

Telefax 0211 4302 5752

E-Mail iqn@aekno.de

Digitalisierung im Gesundheitswesen – Zukunft mit Risiken und Chancen

Seit 30. Juni 2017 gilt das IT-Sicherheitsgesetz auch für das Gesundheitswesen. Mit der Ergänzung der Kritis-Verordnung (BSI-KritisV) wurden auch konkrete Maßnahmen für das Gesundheitswesen formuliert. Jetzt sind die Betreiber dieser kritischen Infrastrukturen verpflichtet, technische und organisatorische Maßnahmen zu ergreifen, um ihre Systeme nach dem „Stand der Technik“ abzusichern. Doch wer ist genau betroffen, wer nicht? Und welche Maßnahmen müssen umgesetzt werden? Die KV Nordrhein und die DQS GmbH werden diese und andere Fragen in einer gemeinsamen Veranstaltung beantworten, mit den Teilnehmern Risiken in den Blick nehmen, Erfahrungen austauschen und Chancen aufzeigen. Die Teilnahme ist kostenlos.

ZERTIFIZIERUNG | beantragt

Termin 2. Februar 2018
13–17 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung KV Nordrhein

Bereich Presse und Medien
Britta Schnur
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8305

Telefax 0211 5970 9990

E-Mail anmeldung@kvno.de

„Reha zwischen Anspruch und Wirklichkeit“ – Verordnung von Kinder- und Jugendreha

Eine Reha kann die Gesundheit fördern und die Bewältigung des Lebensalltags erleichtern. Nach Angaben des Robert Koch-Instituts leiden etwa 16 Prozent der unter 17-Jährigen an einer chronischen Erkrankung. Nur ein Teil davon nimmt an einer Reha-Maßnahme teil. Der Bedarf ist hoch, aber die Antragszahlen sinken. Die Gründe dafür sind vielfältig. Chronisch kranke Kinder und Jugendliche kommen nicht von selbst zu einer Reha. Auf der ärztlichen Seite geht es darum, den Bedarf zu erkennen, mit den Eltern zu sprechen und das Antragswesen zu begleiten. Die Teilnahme ist kostenlos.

ZERTIFIZIERUNG | beantragt

Termin 7. Februar 2018
15–18 Uhr

Ort Haus der Ärzteschaft
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Anmeldung bitte schriftlich
KV Nordrhein
KOSA

Anke Petz
Tersteegenstraße 9
40474 Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8090

Telefax 0211 5970 8082

E-Mail kosa@kvno.de

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

Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten

10.01.2018	IQN: 75. Fortbildungsveranstaltung „Aus Fehlern lernen“: Akute Bauchschmerzen / Akutes Abdomen, Düsseldorf
■ 24.01.2018	KV Nordrhein: Workshop „Rational und rationell verordnen“ für neu niedergelassene Ärzte, Düsseldorf
26.01.2018	Nordrheinische Akademie: Grundkurs Moderatorenausbildung Qualitätszirkel, Düsseldorf
■ 02.02.2018	KV Nordrhein in Kooperation mit DQS GmbH: Digitalisierung im Gesundheitswesen – Zukunft mit Risiken und Chancen, Düsseldorf
■ 07.02.2018	KV Nordrhein/KOSA: „Reha zwischen Anspruch und Wirklichkeit“ – Verordnung von Kinder- und Jugendreha, Düsseldorf
■ 07.03.2018	KV Nordrhein: Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis, Düsseldorf
09.–10.03.2018	Nordrheinische Akademie: Grundkurs Moderatorenausbildung Qualitätszirkel, Düsseldorf
■ 21.03.2018	KV Nordrhein: Grundlagenseminar EBM, Düsseldorf
■ 24.03.2018	KV Nordrhein: Messe „Onlinerollout“, Köln

Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

■ 17.01.2018	KV Nordrhein: Workshop Sprechstundenbedarf (SSB), Düsseldorf
■ 24.01.2018	KV Nordrhein: Abrechnung Hausärzte, Düsseldorf
■ 02.02.2018	KV Nordrhein: Fit am Empfang, Köln
■ 07.02.2018	KV Nordrhein: Pharmakotherapie, Düsseldorf
■ 21.02.2018	KV Nordrhein: Selbsthilfe – Unterstützung für Patient und Praxis, Schwerpunkt: Migration, Köln
■ 21.02.2018	KV Nordrhein: Bundesweite Richtlinien, Düsseldorf
■ 21.02.2018	KV Nordrhein: Workshop EBM Wiedereinsteiger (Teil 1), Köln
■ 23.02.2018	KV Nordrhein: Führung III – Wo steht Ihr Team?, Düsseldorf
■ 28.02.2018	KV Nordrhein: Workshop EBM Wiedereinsteiger (Teil 2), Köln
■ 02.03.2018	KV Nordrhein: Diagnosekodierung in der Praxis – Grundlagenkurs, Düsseldorf
■ 14.03.2018	KV Nordrhein: Abrechnung Hausärzte, Köln
■ 22.03.2018	KV Nordrhein, Führung I – Führungsqualitäten entwickeln, Köln
■ 23.03.2018	KV Nordrhein: „Du gehst mir auf den Geist“ – Umgang mit schwierigen Menschen, Düsseldorf
■ 28.03.2018	KV Nordrhein: Pharmakotherapie, Köln

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

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Redaktion

Frank Naundorf (verantwortlich)
Dr. Heiko Schmitz
Simone Heimann
Marscha Edmonds

Redaktionsbeirat

Dr. med. Frank Bergmann, Dr. med. Carsten König,
Frank Naundorf, Dr. Heiko Schmitz

Druck

Bonifatius, Paderborn

Satz

Heike Merzhäuser | grafik+design | Bonn

Anschrift der Redaktion

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
40182 Düsseldorf
Telefon 0211 5970 8106
Telefax 0211 5970 8100
E-Mail redaktion@kvno.de

Ansprechpartner

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

Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666
Telefax 0221 7763 6450
E-Mail service.koeln@kvno.de

Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888
Telefax 0211 5970 8889
E-Mail service.duesseldorf@kvno.de

Formularversand

GVP Gemeinnützige Werkstätten Bonn GmbH
diekonfektionierer
Pfaffenweg 27
53227 Bonn
Telefon 0228 9753 1900
Telefax 0228 9753 1905
formular.versand-kvno@gvp-bonn.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“ 1+2 | 2018

■ Labor

Reform tritt im April in Kraft

■ Bedarfsplanung

Viele neue Sitze im Ruhrgebiet

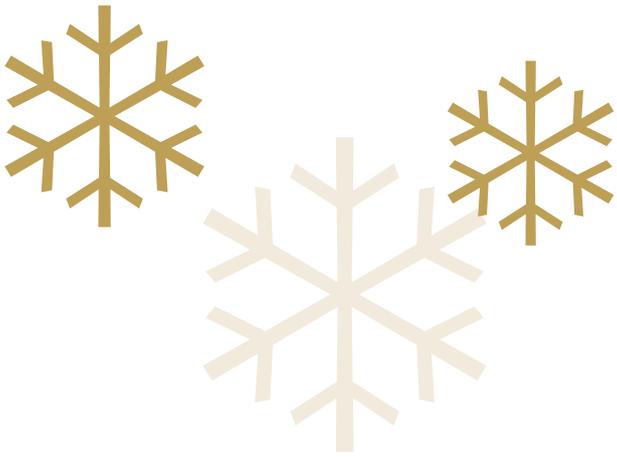
■ Terminservice

Freie Plätze via KVNO-Portal melden

■ ePatientenakte

Leuchtturm-Projekte aus dem Rheinland

**Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell
erscheint am 8. Februar 2018.**



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

www.kvno.de



Engagiert für Gesundheit.
Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein