

1+2 | 2018

Magazin der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

## Hintergrund

Laborreform | Erster  
Schritt am 1. April 2018

## Schwerpunkt

Verträge | Grundversorgung  
stärken, Fallwert erhöhen

## Aktuell

Ruhrgebiet | 228 neue  
Hausarztstze ab Sommer

## Praxisinfos

Botox | Behandlung bei  
Blasenfunktionsstörung

## Beilage

Gesundheitskongress des  
Westens | Programmflyer

## Geringere Nachschussbeträge und neuer Wirtschaftlichkeitsbonus



© fotolia.com | Henrik Dolle



Engagiert für Gesundheit.  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

# Inhalt

## Schwerpunkt

---

- 2 Extrabudgetäre Vergütung: Versorgungsstärkungsverträge gestartet

## Aktuell

---

- 6 Zusätzliche Sitze ab Sommer 2018
- 10 Mehr als 4 Milliarden für Medikamente
- 12 NPPV: Guter Start für neues Netzwerk

## ■ Praxisinfos

---

- 14 Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung
- 15 Leistungen zur Hörgeräteversorgung neu bewertet
- 15 HLA- und HPA-Antikörperdiagnostik
- 16 Labor: Präoperative Untersuchungen
- 16 Übersicht kardiologische Funktionsanalysen
- 17 Erhebungsbogen zum Hygiene-Status-quo
- 17 Formularänderungen ab Januar
- 18 Kostennachweise für Laborgemeinschaften
- 18 Asylbewerber: Wieder Papierscheine in Moers

- 18 Stichprobenprüfung für CT und Akupunktur
- 19 Polizeibeamte in NRW erhalten KVK
- 19 Häusliche Krankenpflege: Leistungen erweitert

## ■ Verordnungsinfos

---

- 21 Erstmals weniger PPI verordnet
- 21 Zwei Präparate von der Me-too-Liste gestrichen
- 22 Schutzimpfungs-Richtlinie aktualisiert
- 23 Praxissoftware: Besondere Verordnungsbedarfe
- 23 Ernährungstherapie auf Muster 18 verordnen
- 23 Korrekturen an Diagnoselisten
- 23 Stellungnahmen zu SSB-Prüfanträgen
- 24 Achtung: Kein Sprechstundenbedarf
- 25 Lieferanten mit Verträgen bevorzugen
- 25 SSB-Rezepte richtig ausfüllen

## Hintergrund

---

- 26 Ein erster Schritt: Laborreform startet am 1. April 2018
- 28 „Wir müssen Laborleistungen hinterfragen“

## Berichte

---

- 30 Versorgung auf hohem Niveau
- 32 Medizin am Rande der Gesellschaft

## Service

---

- 34 DMP COPD angepasst
- 36 DMP-Einschreibungen im Blick
- 38 So schützen Sie sich vor Cyberangriffen

## In Kürze

---

- 41 Krankentransporte: Neue Praxisinfo der KBV
- 41 KBV-Fachtagung: Vielfalt in der Praxis

## Veranstaltungen

---

- 43 Veranstaltungen | Termine

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

das neue Jahr ist mit manchen „Aufregern“ gestartet, allen voran das Gezerre um die GroKo in Berlin samt Debatte um eine „Bürgerversicherung“ als mögliches Faustpfand der Sozialdemokraten. Freilich mit einem erfreulichen Ergebnis: Dieses Faustpfand ist erst einmal vom Tisch – zumindest vorläufig. Dann ist da die neuerliche Kritik an den Termin-Servicestellen von Ingrid Fischbach (CDU), der Patientenbeauftragten der Bundesregierung. Sie hat im Dezember 2017 Testanrufe bei den KVen durchführen lassen und aus dem (alles andere als repräsentativen) Ergebnis geschlossen, dass von „Service“ keine Rede sein könne. Das ist leicht gesagt, wenn man die eigenen, in diesem Fall besonders fragwürdigen Vorgaben nicht selbst erfüllen muss.

Schon kurz vor Weihnachten, unmittelbar nach Abschluss der Verhandlungen mit den

Krankenkassen, haben wir Sie über unsere neuen Versorgungsstärkungsverträge mit den großen Krankenkassen und -verbänden sowie den TK-Vertrag zur Verbesserung der patientenorientierten Versorgung informiert. Dies sind Verträge, die seit dem 1. Januar 2018 unsere Betreuungsstrukturverträge ersetzen, die von den Krankenkassen aufgrund der veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen – Stichwort „Kodierverträge“ – gekündigt worden waren.

Wir sind davon überzeugt, dass die Verträge sowohl für die Versorgung der Patienten als auch für die Vergütung unserer Mitglieder einen hohen Stellenwert haben. Dafür spricht auch das große Interesse: Allein in der ersten Kalenderwoche haben sich mehr als 1000 Mitglieder für diese Teilnahme entschieden.

Wir wissen, dass diese Teilnahme mit einem höheren



bürokratischen Aufwand verbunden ist als bisher. Bundes- und Landesaufsichtsbehörden fordern die Einhaltung gesetzlicher Regelungen, zu denen die Einführung eines arzt- und patientenbezogenen Teilnahme- und Einschreibeverfahrens zählt. Diesen Anforderungen können wir uns nicht entziehen, auch wenn wir Ihnen diese Formalien gern erspart hätten. Wir gehen in dieser Ausgabe ausführlich auf diese Verträge ein, die aus unserer Sicht einen guten Start in das Jahr 2018 bilden.

Herzliche Grüße

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

Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender

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

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

## Versorgungsstärkungsverträge gestartet

Versorgungsstärkungs- statt Hausärztestruktur- und Betreuungsstrukturverträge – zum 1. Januar 2018 hat die KV Nordrhein mit der AOK Rheinland/Hamburg, der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH, der DAK-Gesundheit und der Techniker Krankenkasse (TK) neue Verträge geschlossen. Sie stärken die haus- und die fachärztliche Grundversorgung, wobei multimorbide Patienten im Fokus stehen. Extrabudgetär vergütet werden alle Leistungen – vor allem die Zuschläge zu den Besuchen sind lukrativ. Ganz neu ist ein Modul zur Prüfung der Medikation.

Die neuen Versorgungsstärkungsverträge basieren auf Paragraph 140a des Sozialgesetzbuchs V. Sie lösen den Hausärztestrukturvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg sowie den Betreuungsstrukturvertrag mit der KKH zum 1. Januar 2018 ab. „Unser Ziel ist es, mit diesen Verträgen die Grundversorgung zu stärken“, sagt Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. In der ersten Januarwoche haben bereits gut 1000 Ärzte ihre Teilnahme erklärt.

### Fallwert steigt

Neu hinzugekommen ist der Vertrag mit der DAK-Gesundheit, sodass von den Verträgen in Nordrhein noch mehr Patienten als bisher profitieren können. Mit weiteren Krankenkassen laufen derzeit Verhandlungen. „Außerdem wollen wir die gerade gestarteten Verträge nach und nach um weitere Behandlungsmodule ergänzen“, kündigt Dr. med. Carsten König, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, an.

Die Versorgungsstärkungsverträge enthalten Vergütungspauschalen (siehe Übersicht auf Seite 4). Diese können teilnehmende Praxen für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei Behandlungen von multimorbiden Patienten beziehungsweise Patienten mit langwierigen Erkrankungen abrechnen. Mehr Aufwand, aber auch deutlich mehr Ertrag: In der Vergangenheit haben Praxen für eingeschriebe-

ne Patienten im Schnitt einen gut zehn Euro höheren Fallwert erzielt.

### Neuerungen bei AOK, KKH und DAK

Zu den Neuerungen bei den Versorgungsstärkungsverträgen gehören vor allem:

- ein Teilnahmeverfahren für Ärzte, Psychotherapeuten und Versicherte,
- eine „Eingangsuntersuchung“ zur Feststellung der besonderen Betreuungsintensität,
- Vergütung des Aufwands für die Einschreibung eines Versicherten,
- ein Modul zur Überprüfung der Medikation sowie
- weitere krankenkassenindividuelle Module zur Stärkung der Grundversorgung in besonderen Bereichen.

Darüber hinaus können nun sowohl Fachärzte als auch Psychotherapeuten am Versorgungsstärkungsvertrag mit der AOK Rheinland/Hamburg teilnehmen. Ebenfalls wird ab 1. Januar 2018 der Mitbesuch eines weiteren Patienten in Form eines Zuschlags auf die Gebührenordnungsposition (GOP) 01413 auch für Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg gefördert.

### Neuer Vertrag auch mit der TK

Auch mit der Techniker Krankenkasse hat die KV Nordrhein zum 1. Januar 2018 einen neuen Vertrag vereinbart, der den bisherigen Betreuungsstrukturvertrag ersetzt – und extra-

budgetär bezahlt wird. Wichtige Neuerungen beim TK-Vertrag sind:

- ein Teilnahmeverfahren für Ärzte, Psychotherapeuten und Versicherte,
- eine Einschreibepauschale für die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen,
- Unterstützungsangebote zur Arzneimitteltherapie sowie
- eine „Überweisungssteuerung zur Verbesserung der medizinischen Versorgung“.

### Teilnahme und Patienteninfos

Ärzte, die mitmachen möchten, müssen eine Teilnahmeerklärung (Anlage 2 des jeweiligen Vertrags) ausfüllen. Es ist nur ein Formular erforderlich, um an den drei Versorgungsstärkungsverträgen mit AOK, KKH und DAK teilzunehmen: die gewünschten Krankenkassen einfach ankreuzen. Die Teilnahmeerklärung müssen Praxen an ihre Bezirksstelle senden, die dann eine Abrechnungsgenehmigung erteilt. Eine separate Teilnahmeerklärung ist beim TK-Vertrag nötig.

Leider müssen nun auch Patienten zuerst die Teilnahmeerklärung unterzeichnen. Dies war eine gesetzliche Auflage. Auch diese Erklärung ist an die Bezirksstelle zu senden. Eine Kopie verbleibt in der Praxis und eine Kopie erhält der Versicherte für die Patientenmappe, die Praxen kostenlos von der KV Nordrhein erhalten.

Für die Versorgungsstärkungsverträge gibt es ein Teilnahmeformular für Versicherte, das ausschließlich beim Formularversand über den Bestellschein angefordert werden kann. Patientenmappen können Praxen ebenfalls dort bestellen. Alle übrigen Unterlagen wie die Versicherteninformationen oder Dokumentationen zum Medikationsplan, stehen ausschließlich auf der Homepage zum Herunterladen zur Verfügung.

Das Teilnahmeprozedere ist leider unumgänglich: Aufgrund des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes sowie Forderungen des



Bundesversicherungsamts wie auch des Gesundheitsministeriums NRW zu den bisherigen Betreuungsstrukturverträgen war es erforderlich, ein arzt- und patientenbezogenes Teilnahme- und Einschreibeverfahren umzusetzen. Die bisherigen Betreuungsstrukturverträge sowie der Hausärzte-Strukturvertrag mit der AOK enden automatisch zum 31. Dezember 2017. Ab 1. Januar 2018 können keine Leistungen nach den alten Verträgen mehr abgerechnet und vergütet werden.

### Abrechnung: So funktioniert sie

Ärzte müssen bei neuen Patienten in der Eingangsuntersuchung prüfen, ob eine besondere Betreuungsintensität vorliegt, sofern diese nicht aus der laufenden Behandlung bekannt ist. Dies ist der Fall, wenn der Arzt einen Patienten mit mindestens einer gesicherten Diagnose aus der umfangreichen „Übersicht besonders betreuungsintensiver Krankheiten“ (Anlage des jeweiligen Vertrags) behandelt und diese dokumentiert hat. Die Pauschale für die Eingangsuntersuchung und die Einschreibung von 5 Euro erhalten Praxen auch ohne ausführliche Eingangsuntersuchung für Patienten, die sie schon länger betreuen und bei denen die besondere Betreuungsintensität bekannt ist.

*weiter auf Seite 4 ►*

Die Versorgung multimorbider Patienten zu verbessern, ist Ziel der neuen Verträge. Dafür erhalten Praxen zusätzliches Honorar. Aufgrund gesetzlicher Vorgaben ist leider eine Einschreibung nötig.



# Vergütungen in den Versorgungsstärkungsverträgen

Leistungen	AOK Rheinland/Hamburg	Kaufmännische Krankenkasse – KKH	DAK-Gesundheit	Techniker Krankenkasse
<b>Eingangsuntersuchung/Einschreibepauschale/Aufwands-/Vergütungspauschalen</b>				
Eingangsuntersuchung		95002 (5,00 €)		nicht vorgesehen
Einschreibepauschale		nicht vorgesehen		97002 (8,00 €)
einmalige kontaktabhängige Aufwands- wandspauschale		nicht vorgesehen		97100 (5,00 €)
Vergütungspauschale 1		95101 (3,00 €)		97101 (4,00 €)
Vergütungspauschale 2		95102 (6,00 €)		97102 (6,00 €)
Vergütungspauschale 3		95103 (9,00 €)		97103 (9,00 €)
Vergütungspauschale 4	nicht vorgesehen	95104 (12,00 €)		nicht vorgesehen
<b>Hausbesuche, Dringlichkeitsbesuche, Pflegeheimbesuche</b>				
Hausbesuch nach der GOP 01410 bis einschließlich 10 km		95009 (15,00 €)		97009 (15,00 €)
Hausbesuch nach der GOP 01410 ab 10,1 km		95010 (17,50 €)		97010 (17,50 €)
Dringlichkeitsbesuch nach der GOP 01411		95011 (40,00 €)		97011 (40,00 €)
Dringlichkeitsbesuch nach der GOP 01412		95012 (40,00 €)		97012 (40,00 €)
Dringlichkeitsbesuch nach der GOP 01415		95015 (40,00 €)		97015 (40,00 €)
Pflegeheimbesuch I nach der GOP 01410 bis einschließlich 10 km		95019 (15,00 €)		97019 (15,00 €)
Pflegeheimbesuch II nach der GOP 01410 ab 10,1 km		95020 (17,50 €)		97020 (17,50 €)
Mitbesuch eines weiteren Patienten nach der GOP 01413		95013 (12,50 €)		97013 (12,50 €)
<b>Medikationsplan</b>				
Überprüfung		95021 (7,00 €)		nicht vorgesehen
Gesprächspauschale		95022 (10,00 €)		nicht vorgesehen
<b>krankenkassenindividuelle Module</b>				
Frühzeitige Diagnostik und Behand- lung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus	nicht vorgesehen	siehe krankenkassenindividuelles Merkblatt		nicht vorgesehen
Überweisungssteuerung		nicht vorgesehen		siehe krankenkassen- individuelles Merkblatt

Die für die Abrechnung besonders relevanten Symbolnummern sind farblich hinterlegt.

## Weitere Informationen

Sie möchten mehr über den Vertrag wissen? Informationen zum Vertrag finden Sie unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de) ▶ **Verträge**  
Die Teilnahmeerklärung für Ihre Patienten erhalten Sie wie gewohnt bei unserem Formular-Service. [www.kvno.de/Formulare](http://www.kvno.de/Formulare)

Welche Fragen bei Ihnen auch immer im Zusammenhang mit diesem Vertrag auftreten, das Serviceteam Ihrer Bezirksstelle wird Ihnen gerne weiterhelfen.

### Serviceteam Bezirksstelle Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888

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

### Serviceteam Bezirksstelle Köln

Telefon 0221 7763 6666

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



Auch der TK-Vertrag setzt voraus, dass bei den Patienten zunächst die besondere Betreuungintensität vorliegt. Die Einschreibepauschale von 8 Euro erhalten Praxen, sofern der Patient seine Teilnahme schriftlich erklärt hat.

Über Details zu den neuen Verträgen hat der Vorstand der KV Nordrhein die Praxen Ende Januar in einem Rundschreiben informiert. Dort ist zum Beispiel ausgeführt: „Die mit der Förderung der Haus- und Pflegeheimbesuche verbundene Begleitdokumentation ist nicht für jeden Besuch und jeden Patienten erforderlich, sondern soll den Vertragsärzten ein Hilfsmittel bei entsprechendem medizinischem Bedarf und erstmaliger Erfassung bieten. Dieses Instrument ist nur aus rein ärztlicher Entscheidung einzusetzen.“

Wenn Arzt und Patient eingeschrieben sind, müssen Praxen die Teilnahme des Patienten quartalsweise abrechnen und dokumentieren. Lebt ein Patient zu Hause, dann dient dazu die Symbolnummer (SNR) 95000 bei Patienten der AOK, KKH und DAK und die SNR 97000 bei Patienten der TK. Leben Patienten im Pflegeheim, dann ist die SNR 95001 (AOK, KKH oder DAK) einzutragen beziehungsweise die SNR 97001 (TK).

Die folgenden Leistungen müssen Praxen „aktiv abrechnen“: die Eingangsuntersuchung/Einschreibepauschale, der Medikationsplan, die Überweisungssteuerung, die Leistungen zu Diabetes-Begleiterkrankungen und die GOP aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab. Die Vergütungspauschalen zwischen 3 und 12 Euro hängen ab von der Anzahl der gesicherten Diagnosen aus unterschiedlichen Indikationsgruppen. Die Bezahlung der Pauschalen setzt die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein wie bisher um.

Die KV Nordrhein hat die Softwarehäuser kurz vor Weihnachten über die neuen SNR informiert und um ein rasches Update gebeten. Setzt ein Softwarehaus dies um, finden Praxen die neuen SNR bereits für das 1. Quartal 2018 in der Praxissoftware. Auch wenn die SNR noch nicht hinterlegt sind, kann die Praxis an den Verträgen teilnehmen. Spätestens mit dem Update zum Ende des Quartals sollten sie in der Software zur Verfügung stehen. „Wir setzen uns weiter für eine Anhebung der Vergütung und eine Erleichterung des Verfahrens ein“, hat der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein angekündigt.

■ FRANK NAUNDORF

Mehr Infos unter [kvno.de/vertraege](http://kvno.de/vertraege) | [KV | 180205](http://kvno.de/180205)

## Indikationsliste auf einen Klick

An den Versorgungsstärkungsverträgen können Patienten teilnehmen, wenn mindestens eine bestimmte gesicherte Diagnose vorliegt. Welche Diagnosen bzw. Indikationen das sind, können Praxen einfach im Internet nachschauen. Unter [kvno.de/vertraege](http://kvno.de/vertraege) können Sie die Liste online abrufen. Sie können auch ganz bequem nach einzelnen Diagnosen suchen.

Wir bereiten derzeit eine kompakte Übersicht mit den wichtigsten Diagnosen je Fachgruppe vor, die wir ebenfalls im Internet anbieten werden. Dort steht natürlich auch die umfangreiche „Übersicht besonders betreuungsentensiver Krankheiten“ als Anlage des jeweiligen Vertrags zur Verfügung.

Die Indikationsliste finden Sie unter [kvno.de/vertraege](http://kvno.de/vertraege) | [KV | 180205](http://kvno.de/180205)

## Zusätzliche Sitze ab Sommer 2018

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat zum 1. Januar 2018 neue Verhältniszahlen für Hausärzte und Psychotherapeuten beschlossen. Die dadurch entstehenden Sitze werden voraussichtlich ab Sommer durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen freigegeben. Die KVen Nordrhein (KVNO) und Westfalen-Lippe (KVWL) konnten eine schrittweise Angleichung der Verhältniszahl für Hausärzte erreichen.

### Mehr als 200 zusätzliche Hausärzte

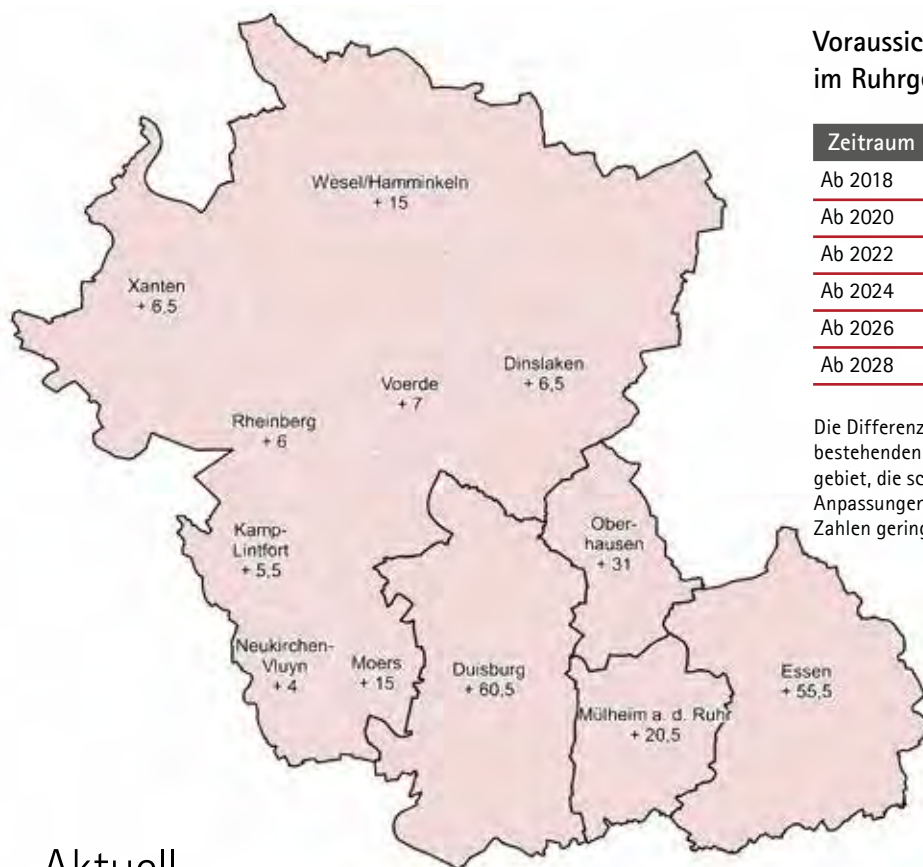
„Vor allem die Zahl der Hausärzte war im Ruhrgebiet bisher geringer als in anderen Ballungszentren“, sagt Stephan Bohnkamp, für die Sicherstellung zuständiger Geschäftsführer der KV Nordrhein. Anstelle von 1.671 Einwohnern pro Hausarzt galt im Ruhrgebiet die

Verhältniszahl 2.134. Dies bedeutet ca. 20 Prozent weniger Hausärzte – bezogen auf die Bevölkerungszahl – als im übrigen Bundesgebiet.

Die Angleichung an die bundeseinheitlichen Zahlen findet nun in fünf Schritten statt. Dabei werden voraussichtlich alle so genannten

### Neue Hausarztsitze 2018–2028

Die genannten Zahlen sind das Ergebnis einer Simulation auf Basis aktuell verfügbarer Einwohnerzahlen. Regelungen zur konkreten zeitlichen Umsetzung können im Einvernehmen mit den Krankenkassen regionsbezogen noch vereinbart werden.



### Voraussichtlich 228 zusätzliche Sitze im Ruhrgebiet

Zeitraum	Verhältniszahl	Neue Sitze
Ab 2018	2000	+ 29
Ab 2020	1900	+ 46
Ab 2022	1850	+ 30
Ab 2024	1800	+ 32
Ab 2026	1750	+ 35
Ab 2028	1671	+ 56

Die Differenz zur Karte ergibt sich aus bereits heute bestehenden Niederlassungsmöglichkeiten im Ruhrgebiet, die schon freigegeben sind. Aufgrund laufender Anpassungen in der Bedarfsplanung können sich die Zahlen geringfügig ändern.





Auch in Duisburg – hier die Sechs-Seen-Platte – wird es neue Arztsitze geben.

Mittelbereiche im Ruhrgebiet sukzessive für neue Hausarztsitze geöffnet. Insgesamt kämen für Nordrhein so 228 Hausarztsitze bis 2028 hinzu (siehe Grafik Seite 6).

Eine sofortige Übernahme der bundeseinheitlichen Verhältniszahl für Hausärzte hätte im gesamten Ruhrgebiet unmittelbar zu mehreren hundert neuen Sitzen geführt und die hausärztliche Sicherstellung in ländlichen oder strukturschwachen Regionen innerhalb und auch außerhalb des Ruhrgebiets zusätzlich erschwert.

Um die an das Ruhrgebiet grenzenden ländlichen Bereiche bei der Versorgung nicht zu benachteiligen, geschieht die Angleichung auf Drängen der KVen in Nordrhein und Westfalen-Lippe schrittweise. Ansonsten würde das Ruhrgebiet – und dort insbesondere die Großstädte – die Ärzte locken, die in den strukturschwächeren Nachbarbereichen bereits heute fehlen.

Die im Dezember 2017 durch den Landesausschuss beschlossenen Sperrungen gelten zunächst weiterhin. Ein Planungsbereich wird erst dann für neue Sitze geöffnet, wenn der Versorgungsgrad unter 110 Prozent fällt und dies vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgestellt wurde.

### **Etwa 50 neue Psychotherapeuten**

Für die allgemeine fachärztliche Versorgung werden die Planungsbereiche des Ruhrgebiets

dem neuen Kreistyp 6, „polyzentrischer Verflechtungsraum“, zugeordnet. Die Verhältniszahlen bleiben dabei für die meisten Arztgruppen gleich.

Eine Ausnahme bilden die Psychotherapeuten: Wegen der spezifischen Versorgungssituation im Ruhrgebiet hat der G-BA hier einen zusätzlichen Versorgungsbedarf anerkannt und eine Verhältniszahl beschlossen, die dem nordrheinischen Teil gut 50 zusätzliche Sitze beschert – zunächst in Oberhausen, Duisburg und im Kreis Wesel. Um eine gute Versorgung auch im ländlichen Bereich zu erreichen, erwägen die KV Nordrhein und die nordrheinischen Landesverbände der Krankenkassen eine kleinräumige Planung im Kreis Wesel, damit die Sitze nicht ausschließlich in den bereits jetzt schon vergleichsweise gut versorgten größeren Städten des Kreises entstehen.

Für die spezialisierte fachärztliche Versorgung entfallen die bisherigen Sonderregelungen für das Ruhrgebiet ersatzlos und ohne Übergangsszenarien. „Die effektiven Arztzahlen in dieser Fachgruppe bleiben – zumindest im nordrheinischen Teil des Ruhrgebiets – unverändert“, berichtet Bohnekamp.

### **Bewerbung ab Sommer 2018**

Anträge auf neue Hausarztsitze können Interessierte noch nicht stellen. Im Juni 2018 plant der zuständige Landesausschuss, den

Beschluss über Anzahl und Verteilung der neuen Sitze zu fassen, der im Sommer durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW bestätigt werden muss. Die KV Nordrhein wird daraufhin die freien Sitze auf [kvno.de](http://kvno.de) und im Newsletter „Amtliche Bekanntmachungen“ veröffentlichen. Dann ist eine Bewerbung für die Sitze voraussichtlich sechs Wochen lang bei den zuständigen Zulassungsausschüssen möglich. Sofern es für einen Planungsbereich weniger Bewerbungen als Sitze gibt, ist eine spätere Bewerbung auf die verbleibenden Sitze anschließend jederzeit möglich.

„Wer sich für die Niederlassung interessiert, kann sich bei unseren Niederlassungsberatern informieren“, so Bohnkamp. Die Kontaktdaten der Beratung finden Sie im Internet auf [kvno.de/niederlassung](http://kvno.de/niederlassung). Gerade aufgrund der besonderen Situation im Ruhrgebiet empfehle es sich, das Gespräch mit den Beratern zu suchen. Bei der Bewerbung könne außerdem die Wahl eines ländlichen Standorts gegebenenfalls die Niederlassung begünstigen.

### Hintergründe der Anpassung

Die bis Ende 2017 gültige Bedarfsplanung inklusive der Sonderregelungen für das Ruhrgebiet wurde 1993 vom Gesetzgeber eingeführt. Die seinerzeit übernommenen Verhältniszahlen sind ein Abbild des damaligen Ist-Zustands. Das aus der unterdurchschnittlichen Arztdichte resultierende, für das Ruhrgebiet ungünstige Verhältnis wurde über die Jahre fortgeschrieben (wir berichteten).

Das IGES Institut (Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen) hat in einer vom G-BA beauftragten Studie 2017 verdeutlicht, dass es keinen plausiblen Grund gibt, die Benachteiligung des Ruhrgebiets mit Blick auf die hausärztliche Versorgung auf Dauer aufrechtzuerhalten. Daher wurde die Sonderregelung für das Ruhrgebiet zum 1. Januar 2018 abgeschafft.

Obwohl die Arztdichte im Ruhrgebiet im Verhältnis zur Einwohnerzahl geringer ist als in ausgewählten Vergleichsregionen, fühlen sich die Menschen laut der IGES Studie insgesamt nicht schlechter versorgt.

Die Neuregelungen für das Ruhrgebiet wurden durch den G-BA in Abstimmung mit einer Arbeitsgruppe des Ausschusses Bedarfsplanung – unter Einbeziehung von KVNO und KVWL – erarbeitet und am 17. November 2017 vom Plenum des G-BA beschlossen.

Mit den jetzt beschlossenen Übergangsregelungen erhofft sich der G-BA eine reduzierte Sogwirkung des Ruhrgebiets, da die KVen die regionale Verteilung der Arztsitze besser steuern können.

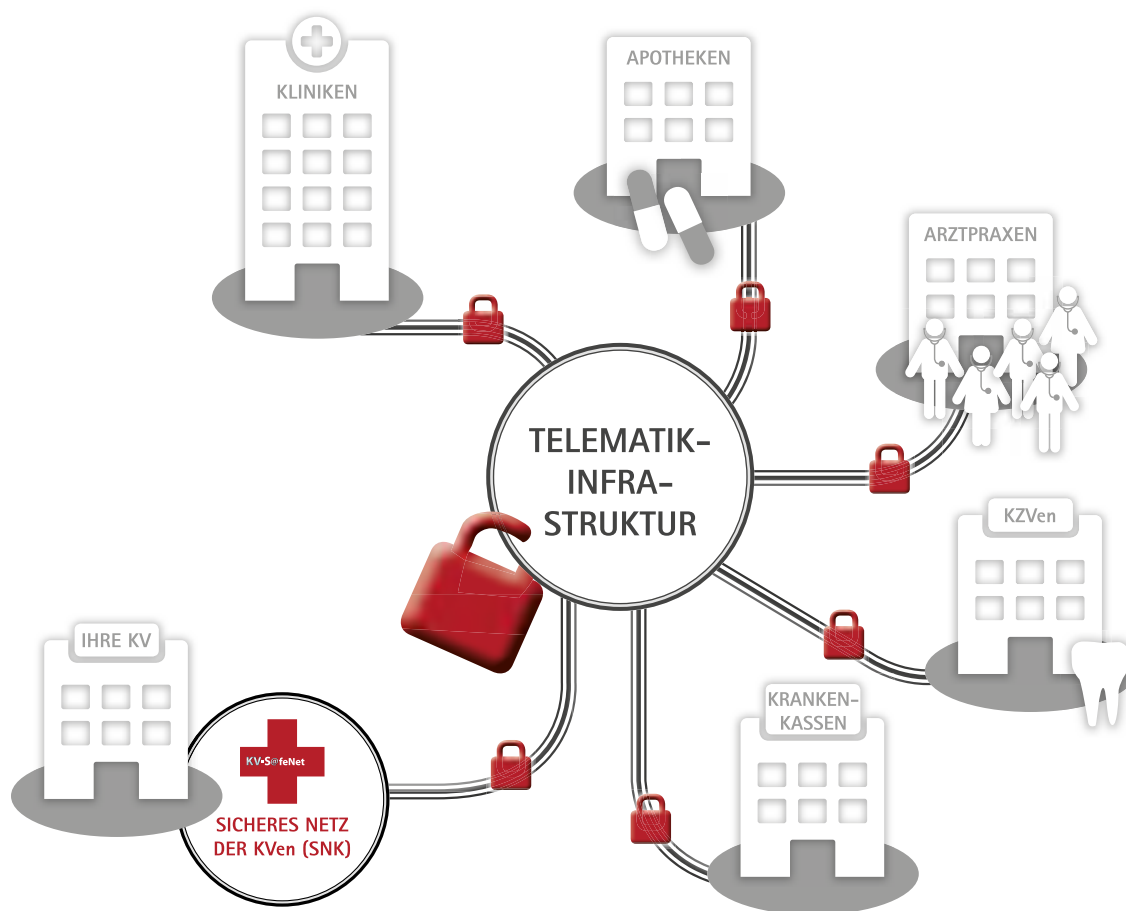
Weitere Änderungen in der Bedarfsplanung zeichnen sich bereits ab. Um die Bedarfsplanung auf Bundesebene grundsätzlich neu zu justieren, wird derzeit ein Gutachten erstellt. Weitere Kriterien wie Morbidität und Sozialstruktur der Bevölkerung könnten dann in einer modernisierten Planung eine Rolle spielen.

■ YVONNE KLINGEBIEL

## Bewerbung um Arztsitze in geöffneten Planungsbereichen

- Veröffentlichung der freien Sitze auf [kvno.de](http://kvno.de) und im Newsletter „Amtliche Bekanntmachungen“
- Formular „Antrag auf Zulassung“ ausfüllen und Unterlagen beilegen!
- Kriterien für die Auswahl nennt die Bedarfsplanungsrichtlinie in § 26, Abs. 4.
- Vorteile bieten sich Job-Sharern und Ärzten, die sich in ländlichen oder strukturschwachen Regionen niederlassen möchten.

# Onlinerollout



## 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.

- **24.03.2018** | Maternushaus, Köln
- **09.06.2018** | Haus der Ärzteschaft, Düsseldorf

Jeweils von 10 bis 16 Uhr

## Vorträge vor Ort

Informationen zum Onlinerollout bietet die KV Nordrhein in sechs weiteren Veranstaltungen an. Die genauen Veranstaltungsalternativen finden Sie in unserem Internet-Angebot.

- **02.03.2018** | Essen  
von 15 bis 18 Uhr
- **20.04.2018** | Kleve  
von 15 bis 18 Uhr
- **25.04.2018** | Gummersbach  
von 15 bis 18 Uhr
- **02.05.2018** | Bonn  
von 15 bis 18 Uhr
- **15.06.2018** | Aachen  
von 15 bis 18 Uhr
- **27.06.2018** | Duisburg  
von 15 bis 18 Uhr

## Mehr als 4 Milliarden für Medikamente

Die Arznei- und Heilmittelvereinbarungen 2018 sind unterzeichnet. Das verhandelte Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandstoffe in Nordrhein liegt in 2018 erstmals über 4 Milliarden Euro. Es steigt um 4,1 Prozent auf 4,074 Milliarden Euro. Bei der Arzneimittelvereinbarung wurden die Quoten der Marktentwicklung angepasst - und einige neue Quoten vereinbart.



© Takeda Pharma

Viel Geld befindet sich im „Topf“ für Arzneimittel. Dennoch sollten Praxen ihre Quoten beim Verordnen beachten.

Die bisherigen Quoten wurden in Ihren Zielwerten angepasst. Die Quoten dienen weiterhin nicht als Kriterium für Anträge der Krankenkassen. „Im Gegenteil: Sie können Praxen vor Prüfungen schützen“, sagt Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Denn es gilt weiterhin, dass Praxen, die alle Quoten ihrer Fachgruppe einhalten, aus der Prüfung nach Durchschnittswerten befreit sind.

### Neue Quotenregelungen bei Arzneimitteln

Für den Medikationskatalog wurde zusätzlich eine Quote für nachrangig zu verordnende Arzneimittel eingeführt. Diese im Ampelschema roten Arzneimittel sollten zu nicht mehr als 8 Prozent verordnet werden.

Bei den Biosimilars wurden neue Quoten für Follitropin (Gynäkologen), Filgrastim (Onkologen) und Heparine (Chirurgen, Orthopäden) eingeführt. Hier sollen die Preisvorteile gegenüber den Referenzsubstanzen genutzt werden, um die Gesamtausgaben zu beeinflussen. Bei den Follitropinen profitieren auch die Patientinnen im Rahmen der Kinderwunschtherapie direkt von den geringeren Kosten. Die Verwendung onkologischer Biosimilars (Rituximab und künftig Trastuzumab) soll in Rezepturen ermöglicht werden, indem der Austausch in der Apotheke ermöglicht wird (kein Aut-idem-Kreuz gesetzt).

Für den Einsatz von Opioiden wurde die bisherige „Pflasterquote“ gestrichen. Denn der Einsatz von Fentanylplastern bezogen auf die Tagestherapiekosten liegt nicht über denen oraler Opioide. Die bisherige Generikaquote bei den Opioiden wurde auch für die Fachgruppe der Neurologen eingeführt.

Für die Fachgruppe der Orthopäden wurde die bisherige Leitsubstanzen-Quote für Alendronat und Risedronat geändert: Künftig wird der Anteil der beiden Bisphosphonate an allen Mitteln zur Behandlung der Osteoporose gemessen; er soll mindestens 59 Prozent (nach durchschnittlichen Tagesdosen DDD) betragen.

KV Nordrhein und Kassen haben eine Dokumentationsnummer für parenterale Mittel zur Behandlung der Osteoporose vereinbart. Die

Dokumentationsziffer dient dazu, Praxen, die innerhalb der Gruppe der Orthopäden einen Osteoporoseschwerpunkt haben, identifizieren zu können. Die Nummer ist keine Symbolziffer zur Kennzeichnung einer Praxisbesonderheit, die im Rahmen einer Prüfung herausgerechnet wird.

### Änderungen bei Heilmitteln

Das Ausgabenvolumen für Heilmittel steigt um 10,5 Prozent auf 760 Millionen Euro. Die Diagnoseliste „Langfristiger Heilmittelbedarf/Besonderer Ordnungsbedarf“ wird aktualisiert. Ab dem 1. Januar 2018 gibt es zudem ein neues Heilmittel: „Ernährungstherapie“ (siehe Seite 22).

Kritisch bleiben nach wie vor die überdurchschnittlich hohen Verordnungskosten für den Bereich der Logopädie. Gründe für diese hohen Ausgaben werden von KV und Kranken-

kassen gemeinsam ermittelt, um mögliche Instrumente der Steuerung zu entwickeln.

### Quartalsbilanzen geben Auskunft

Bereits 2017 wurde die Richtgrößenprüfung durch die Prüfung nach Durchschnittswerten abgelöst. Mit dem Abrechnungspaket werden nun die Quartalsbilanzen für die Arznei- und die Heilmittelverordnungen versendet. Neu ist, dass nun auch Fachgruppen oder Untergruppen eine Quartalsbilanz bekommen, für die es vorher keine Richtgrößen gab. So werden beispielsweise die Kardiologen nicht mehr mit der Gruppe der fachärztlichen Internisten, sondern nur noch untereinander verglichen. Anästhesisten und Neurologen hatten bei den Heilmitteln bisher keine Richtgröße, die Ärzte erhalten nun eine Übersicht zu ihren Heilmittel-Verordnungskosten im Vergleich zur Fachgruppe. ■ DR. HOLGER NEYE

*Die Vereinbarungen und Übersichten zu den Quoten und Praxisbesonderheiten finden Sie unter [kvno.de](http://kvno.de)*



## Amtliche Bekanntmachungen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Alle Amtlichen Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein – Körperschaft des öffentlichen Rechts – finden Sie im Internet unter [kvno.de](http://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](http://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).

## Guter Start für neues Netzwerk

Seit Anfang Dezember werden Patienten mit schweren neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen im Rahmen des Projekts zur neurologisch-psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung (NPPV) eingeschrieben. Das Interesse an der vernetzten Akutversorgung ist bei Ärzten und Psychotherapeuten groß.

Nach monatelanger Vorarbeit ist NPPV in der Praxis angekommen. Seit dem 1. Dezember 2017 werden Patienten eingeschrieben, die Zahl der Netzwerkpartner nimmt kontinuierlich zu. Mehr als 300 Ärzte und Therapeuten hatten bereits im Herbst ihr Interesse an einer Teilnahme bekundet, 73 haben inzwischen einen Vertrag mit der Netzwerkmanagement-Gesellschaft IVP, dem Projektpartner der KV Nordrhein, abgeschlossen. 140 Patienten sind

dabei (Stand: 12. Januar 2018) – Tendenz stetig steigend.

„Das ist ein guter Einstieg“, sagt Projektleiter Dr. med. Karlheinz Großgarten, Geschäftsführer fürs Management der Außenbeziehungen bei der KVNO. Er hat in den vergangenen Monaten erlebt, was es heißt, das ambitionierte Projekt auf die Beine zu stellen. „Wir hatten viele formelle, juristische und bürokratische

## „Arbeiten können, wie wir es den Patienten schulden“

*KVNO aktuell: Herr Dr. Meier, wie ist Ihr Start als NPPV-Teilnehmer verlaufen?*

Meier: Wir haben keine Probleme gehabt – die Modalitäten sind weitgehend selbsterklärend, einfach und übersichtlich. Für die Teilnahme ist eine gute Mischung aus dem Erheben notwendiger Daten und wenig Bürokratie gefunden worden.

*Wovon profitieren die Patienten am meisten?*

Die Patienten nehmen die zusätzlichen Ressourcen gern in Anspruch. Ihr Patientenpass, dessen psychologische Wirkung man nicht unterschätzen sollte, wirkt wie eine Eintrittskarte in eine bessere Versorgung. Viele nehmen den Mehrwert sehr bewusst wahr – Patienten mit neurologischen und psychiatrischen Erkran-

kungen kennen lange Wartezeiten und volle Wartezimmer. Sie wissen den direkten Zugang, zusätzliche Angebote und die engmaschige Betreuung zu schätzen.

*Inwiefern erweitern sich Ihre Ressourcen durch NPPV?*

Wir haben nicht per se mehr Zeit und Ressourcen zur Verfügung, aber wir können unsere Ressourcen besser umverteilen zum Wohle schwerkranker Patienten beispielsweise mit Parkinson oder MS. Das ist mit organisatorischem Aufwand verbunden, aber es gelingt uns – wenn auch bei bisher noch niedrigen Fallzahlen.

*Wie groß ist der Kreis Ihrer an NPPV teilnehmenden Patienten?*



Hindernisse zu überwinden." Das Projekt wird durch den Innovationsfonds gefördert, auf Kassenseite sind zunächst die AOK Rheinland/Hamburg und der Landesverband Nordwest der Betriebskrankenkassen beteiligt – weitere Partner sollen später hinzukommen. Wesentliches Ziel: „Die Lebensqualität von Patienten mit hohem koordinativem Versorgungsbedarf wie affektiven Störungen, Psychosen, komplexen Traumafolgestörungen, Multipler Sklerose oder Parkinson soll sich verbessern.“

### Akuten Versorgungsbedarf stillen

Insgesamt hat die KVNO rund 4.000 Neurologen, Psychiater und Psychotherapeuten auf das Projekt aufmerksam gemacht. „Es geht um die Zusammenarbeit unserer Berufsgruppen zur besseren Versorgung von Patienten mit akutem, intensivem Versorgungsbedarf“, betont KVNO-Vorstandsvorsitzender Dr. med. Frank Bergmann. „Wir benötigen mehr Ressourcen, eine gute Steuerung sowie Kooperation, um

Patienten mit akuten Krisen häufiger sehen und die Chronifizierung von Erkrankungen verhindern zu können. Heute schon nutzen viele von uns informelle Netzwerke. Kooperation und Netzwerkbildung wollen wir mit dem Projekt durch Management-Leistungen unterstützen, um Ärzte und Therapeuten zu entlasten.“

Auch die Patienten reagieren sehr positiv auf das neue Angebot, sagt Dr. med. Uwe Meier, zweiter Vorsitzender des Berufsverbands Deutscher Neurologen und Vorsitzender des Spitzenverbands ZNS (siehe Interview): „Wir haben keinerlei Akzeptanzprobleme.“ Er wünscht sich, dass sich weitere Kassen an dem Projekt beteiligen und er die verbesserte Versorgung allen Patienten anbieten kann. „Ein Vorteil ist, dass den NPPV-Patienten durch die Vernetzung mehr Behandlungsangebote offenstehen als in der Regelversorgung.“ ■ DR. HEIKO SCHMITZ

Weitere Informationen zu NPPV unter [nppv-nordrhein.de](http://nppv-nordrhein.de) und unter [kvno.de/vertraege](http://kvno.de/vertraege)

Das kann ich noch nicht genau sagen. Bisher gibt es das Angebot für AOK- und einige BKK-Versicherte, und es ist auf bestimmte Indikationen beschränkt. Und nicht jeder mit entsprechender Erkrankung braucht diese Form der Betreuung. Es handelt sich aber nicht nur um Einzelfälle.

### Lohnt sich die Teilnahme für die Praxen?

Aus der Erfahrung einer großen neurologisch-psychiatrischen Praxis heraus eindeutig ja. Jeder weiß um das Missverhältnis von Aufwand und Leistungen und den dafür zu Verfügung stehenden Mitteln in unserer Fachgruppe. Unsere Kosten bei der Versorgung schwer kranker Patienten werden durch Fallwerte von 42 bis 60 Euro nicht gedeckt, zumal wir in der Regel Primärversorger für viele neurologisch und psychiatrisch Erkrankte sind und koordinative Aufgaben übernehmen. Durch NPPV können

wir Patienten medizinisch angemessen behandeln und ihnen zusätzliche Angebote machen – wir können innerhalb des Projekts so arbeiten, wie es unser Engagement für die Patienten und die medizinischen Notwendigkeiten auch erfordern. Zusätzlicher Aufwand und Engagement werden honoriert, auch wenn die Motivation, an NPPV teilzunehmen, nicht im monetären Anreiz liegen kann und darf.

### Welche Wünsche haben Sie noch?

Ich freue mich, wenn weitere Krankenkassen dazu kommen und wir es schaffen, das Konzept perspektivisch in die Regelversorgung zu übertragen. Alle Teilnehmer zusammen sammeln jetzt Erfahrungen und wollen die Versorgung verbessern. Dazu müssen wir unter anderem noch mehr niederschwellige Gruppenangebote und eine Zuweisungskultur entwickeln.

■ DR. HEIKO SCHMITZ FÜHRTE DAS GESPRÄCH



Dr. med. Uwe Meier, Neurologe aus Grevenbroich und 1. Vorsitzender des Berufsverbands Deutscher Neurologen (BDN)

## Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung

Die Botoxbehandlung bei bestimmten Blasenfunktionsstörungen hat der Bewertungsausschuss zum 1. Januar 2018 als neue Leistung in das gynäkologische und urologische Kapitel des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) aufgenommen. Zudem wurde eine Sachkostenpauschale in den EBM-Abschnitt 40.5 aufgenommen.

Voraussetzung für die Abrechnung der Botoxbehandlung ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese wird erteilt, wenn jährlich die Teilnahme an von der jeweiligen Landesärztekammer anerkannten Fortbildungen zur Therapie von Blasenfunktionsstörungen im Umfang von insgesamt mindestens acht CME-Punkten nachgewiesen wird.

Die Leistung ist parallel zur Zystoskopie je vollendete zehn Minuten und maximal fünf

Mal pro Sitzung berechnungsfähig. Die Kosten für die Beschaffung des Arzneimittels Botox trägt die Krankenkasse des gesetzlich versicherten Patienten. Dazu stellt der Arzt dem Patienten ein Kassenrezept aus, das in der Apotheke eingelöst werden kann.

Die insgesamt fünf neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) – sowie die bestehenden GOP 08311, 26310 und 26311 (Zystoskopien), die in derselben Sitzung mit den neuen GOP 08312 oder 26316 (neue Zuschläge) durchgeführt werden – werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergolten.

Für die extrabudgetäre Vergütung der Zystoskopien nach den GOP 08311, 26310 und 26311 ist die Kennzeichnung bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin durchgeführt wird, mit dem Buchstaben „T“ erforderlich.

Bereits seit 2013 ist das Botulinumtoxin-A enthaltende Arzneimittel Botox für zwei weitere Indikationsbereiche zugelassen. Einer ist die idiopathische überaktive Blase mit den Symptomen Harninkontinenz, imperativer Harndrang und Pollakisurie bei erwachsenen Patienten, die auf Anticholinergika nur unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Der andere Bereich ist die Harninkontinenz bei Erwachsenen mit neurogener Detrusorhyperaktivität bei neurogener Blase infolge einer stabilen subzervikalen Rückenmarksverletzung oder Multipler Sklerose.

Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | KV 180214

### GOP im Überblick

#### GOP 26316 bei Urologen/GOP 08312 bei Gynäkologen

- GOP für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin als Zuschlag zu den GOP 26310 und 26311 beziehungsweise 08311 (Zystoskopie)
- Bewertung: 282 Punkte/rund 30 Euro; je vollendete zehn Minuten

#### GOP 26317 bei Urologen/GOP 08313 bei Gynäkologen

- GOP für die Beobachtung eines Patienten im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin als Zuschlag zu den GOP 26316 beziehungsweise 08312
- Bewertung: 143 Punkte/15,24 Euro; einmal am Behandlungstag

#### GOP 40161 bei Urologen und Gynäkologen

- Kostenpauschale bei Durchführung einer transurethralen Therapie mit Botulinumtoxin für die beim Eingriff eingesetzte(n) zystoskopische(n) Injektionsnadel(n), -kanüle(n) oder -katheter
- Bewertung: 45 Euro

## Palliativpatienten: Symptomkontrolle verordnen

Vertragsärzte können jetzt die Symptomkontrolle bei Palliativpatienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verordnen. Mit der neuen Leistung soll die pflegerische Versorgung sterbender Menschen in ihrer häuslichen Umgebung verbessert werden.

Eine Symptomkontrolle soll besonders bei Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen und Obstipation sowie bei exulzierenden Wunden durchgeführt werden. Zudem gehört die Krisenintervention dazu, zum Beispiel bei Krampfanfällen, Blutungen oder akuten Angstzuständen.

Die neue Leistung ist für Patienten verordnungsfähig, die an einer unheilbaren, so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass nach Einschätzung des behandelnden Arztes die Lebenserwartung auf einige Tage, Wochen oder Monate begrenzt ist. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Leistung auch bei länger prognostizierter Lebenserwartung verordnungsfähig. Nicht verordnungsfähig ist die Leistung, wenn der Patient bereits im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) behandelt wird.

Die Verordnung erfolgt auf Formular 12 (Verordnung häuslicher Krankenpflege). Ärzte tragen in das Formular die Leistungsziffer Nr. 24a oder „Symptomkontrolle bei Palliativpatienten“ ein. Unabhängig davon sind alle notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen wie gewohnt anzugeben.

Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 180215](#)

## Leistungen zur Hörgeräteversorgung neu bewertet

Leistungen zur Hörgeräteversorgung von Jugendlichen und Erwachsenen sind seit Jahresbeginn höher bewertet. Der Bewertungsausschuss hat außerdem beschlossen, dass die vor sechs Jahren befristet eingeführten Leistungen nunmehr dauerhaft abgerechnet werden können.

Um den Erfolg der Hörgeräteversorgung zu überprüfen, können HNO-Ärzte, Pädaudiologen und Phoniater seit Februar 2017 den Freiburger Einsilbertest auch mit Störgeräuschen einsetzen. Dadurch sind die Diagnos-



© fotolia.com | Robert Przybysz

tik der Hörgeräteverordnung, die erste Nachuntersuchung sowie die Nachsorge nach der Verordnung von Hörgeräten umfassender und zeitaufwendiger geworden.

Im Rahmen der Hörgeräteverordnung sind Diagnostik, Nachuntersuchung und Nachsorge zeitaufwendiger geworden. Dafür erhalten HNO-Ärzte nun mehr Geld.

Der Bewertungsausschuss hat daher die Bewertung der entsprechenden Leistungen in den EBM-Kapiteln „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ sowie „Phoniatrie“ und „Pädaudiologie“ erhöht und sie entfristet. So erhalten Ärzte für die erste Nachuntersuchung 55,72 Euro und damit 13,50 Euro mehr als in der Vergangenheit. Die Änderungen sind zum Jahresbeginn in Kraft getreten.

Eine Übersicht der GOP finden Sie unter [kbv.de](http://kbv.de) [KV | 180215](#)

## Neue GOP für die HLA- und HPA-Antikörperdiagnostik

Die HLA-Antikörperdiagnostik im EBM wurde zum 1. Januar 2018 neu gefasst und an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik angepasst. Darüber hinaus wurde die Diagnostik thrombozytärer Allo-Antikörper neu in den EBM aufgenommen. Dafür hat der Bewertungsausschuss neue Gebührenordnungspositionen beschlossen. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.



Die HLA-Antikörperdiagnostik im EBM wurde zum 1. Januar 2018 neu gefasst. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Die HLA-Antikörperdiagnostik wird nun in der Systematik der HLA-Antigendiagnostik als transplantationsvorbereitende Untersuchungen im EBM-Abschnitt 32.3.15.1 und als allgemeine immungenetische Untersuchungen im Abschnitt 32.3.15.2 abgebildet. Die bisherige Gebührenordnungsposition (GOP) 32530 zum Nachweis von zytotoxischen Allo-Antikörpern wird gestrichen und als GOP 32915 (Abschnitt 32.3.15.1) und GOP 32939 (Abschnitt 32.3.15.2) fortgeführt.

Darüber hinaus werden neue Leistungen zur weiteren Spezifizierung von Antikörpern gegen HLA-Antigene der Klassen I und II in den EBM aufgenommen – jeweils in die Abschnitte 32.3.15.1 und 32.3.15.2. Sie berücksichtigen neue technische Verfahren in diesem Bereich.

Die Untersuchungen zum Nachweis und zur Spezifizierung von Allo-Antikörpern gegen HPA-Antigene werden mit den GOP 32948 und 32949 neu in den EBM-Abschnitt 32.3.15.2 aufgenommen. Bisher konnten niedergelassene Ärzte diese Leistungen nicht abrechnen. Mit diesen Anpassungen wird insbesondere den Anforderungen einer Versorgung mit histokompatiblen Blutprodukten im vertragsärztlichen Bereich Rechnung getragen.

Eine Übersicht der neuen GOP finden Sie unter [kbv.de](http://kbv.de)  
**KV | 180216**

## Labor: Präoperative Untersuchungen richtig abrechnen

Die Gebührenordnungspositionen (GOP) 31010 bis 31012 beinhalten im fakultativen – also im optionalen – Leistungsinhalt die Laboruntersuchungen nach den GOP 32101, 32125 und/oder 32110 bis 32116. Bei der GOP 31013 sind diese Untersuchungen Bestandteil des obligaten – also verpflichtenden – Leistungsinhaltes. Darüber hinaus sind bei der GOP 31013 im optionalen Leistungsinhalt alle weiterführenden Laboruntersuchungen des Abschnitts 32.2 (Allgemeine Laboruntersuchungen) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs enthalten.

Die korrekte Veranlassung von Laborparametern im Zusammenhang mit den präoperativen Untersuchungskomplexen der Gebührenordnungspositionen (GOP) 31010 bis 31013 (Operationsvorbereitung) erfolgt ohne die Laborüberweisung Muster 10 oder 10A. Die Abrechnung muss stattdessen zwischen der Auftrag gebenden Praxis und dem ausführendem Labor direkt erfolgen. Die Kosten für die Erbringung der Laborleistungen sind kalkulatorisch in den präoperativen Leistungskomplexen enthalten und daher nicht gesondert abrechnungsfähig.

## Übersicht kardiologische Funktionsanalysen

Die KV Nordrhein hat eine neue Übersicht zu den Abrechnungsbegrenzungen der kardiologischen Funktionsanalysen veröffentlicht. Bei den neuen Leistungen der Funktionsanalyse im kardiologischen Bereich gibt es Begrenzungen bei der Abrechnung.

Die Gebührenordnungspositionen 04411, 04413 bis 04416, 13571 und 13573 bis 13576 sind in der Regel nur fünf Mal im Krankheitsfall abzurechnen. Jedoch gilt diese Begrenzung nicht bei einer gleichzeitig stattfindenden Strahlentherapie. Um dies korrekt ab-

zurechnen, müssen die Ärzte die Buchstaben „J“ oder „K“ in die Abrechnung und den jeweiligen ICD-Code einsetzen.

Die komplette Liste finden Sie unter [kvno.de](http://kvno.de)  
KV | 180217

## Erhebungsbogen zum Hygiene-Status-quo überarbeitet

Der im Mai 2015 erstellte Erhebungsbogen „Hygiene und Medizinprodukte – Feststellung des Status quo in der Arztpraxis“ wurde überarbeitet und aktualisiert. Mit dem Bogen erhalten Praxen einen Überblick über den Umsetzungsstand von Hygienemaßnahmen.

Der Erhebungsbogen ist in vier Themenbereiche strukturiert und beinhaltet Aussagen zu verschiedenen hygienerelevanten Aspekten. Durch Bewertung der Aussagen mit „ja“, „nein“ oder „teilweise“ kann der Ist-Zustand der Praxis bei der Einhaltung von Hygienestandards selbst beurteilt werden. Der Erhebungsbogen ermöglicht eine Einschätzung, inwieweit die rechtlichen Anforderungen erfüllt sind und wo möglicherweise noch Verbesserungspotenzial besteht. Dazu besteht die Möglichkeit, Notizen hinter jede Aussage einzutragen.

Die Aussagen sind mit Erläuterungen hinterlegt. Dazu zählen Erklärungen, Hinweise, aber auch die konkreten Rechtsgrundlagen, aus denen die einzelnen Anforderungen hervorgehen, sowie Umsetzungsvorschläge (zum Beispiel Hinweise auf die „Mustervorlage Hygieneplan für die Arztpraxis“).

Der Anwender selbst entscheidet, ob der Erhebungsbogen ausgedruckt und direkt vor Ort ausgefüllt oder elektronisch bearbeitet wird. Die elektronische Bearbeitung bringt besondere Vorteile mit sich: schnelles „Springen“ im Dokument per Mouse-Klick über den roten Button „Zu den Erläuterungen“ und „Zurück zu Nummer XY“ sowie verlinkte Rechts-

grundlagen. Auch sind am Ende des Bogens in einer Zusammenfassung die selbst einge-tragenen Bemerkungen passend zur Aussage übersichtlich aufgeführt.

Den Erhebungsbogen finden Sie unter [kvno.de](http://kvno.de)  
KV | 180217

## Formularänderungen ab Januar

Zum 1. Januar 2018 werden die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) und die Heilmittelverordnung (Muster 18) geändert. Darüber hinaus wird bei der Blankoformularbedruckung das PDF-Format eingeführt. Darauf haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband geeinigt.

**Muster 1 (AU-Bescheinigung):** Der Durchschlag für Versicherte (Muster 1c) enthält künftig einen Hinweis darauf, dass sie die Ausfertigung an die Krankenkasse (Muster 1a) „innerhalb einer Woche“ weiterleiten müssen. Der Durchschlag für den Arbeitgeber (Muster 1b) weist in Zukunft darauf hin, dass die Krankenkasse „unverzüglich“ über die Arbeitsunfähigkeit informiert wird.

Künftig können Versicherte die AU-Bescheinigung auch online an ihre Krankenkasse übermitteln, sofern die Krankenkasse dies an-

Das Muster 18 wird seit Jahresbeginn auch zur Verordnung von Ernährungstherapie genutzt.

The image shows a screenshot of the 'Heilmittelverordnung 18' form. It is a structured document with various fields for patient data, medical history, and treatment details. The form is divided into sections, including 'Krankenkasse bzw. Kostenträger', 'Name, Vorname des Versicherten', 'Geburtsdatum', 'Geburtsort', 'Umfeld (Lohn, Ehepartner)', 'Krankheitsgeschichte', 'Verordnen nach Maßgabe des Kataloges (Regelfall)', and 'Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges'. There are checkboxes for 'Strahlentherapie', 'Folgenbehandlung', and 'Quartalsberatung'. The form also includes fields for 'Hautarzt', 'Therapiebereich', and 'Behandlungsbereich'. A large red watermark 'MUSTER' is visible across the bottom of the form.



bietet. Die Vordruckvereinbarung zu Muster 1 wurde dahingehend ergänzt.

**Muster 18 (Heilmittelverordnung erweitert):** Bisher ist das Muster 18 auf die Verordnung von Ergotherapie beschränkt. Künftig wird es auch genutzt, um Ernährungstherapie zu verordnen, denn das ist zum 1. Januar 2018 für Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen sowie Mukoviszidose zulasten der GKV möglich. Der Formulartitel wird deshalb um den Begriff „Ernährungstherapie“ ergänzt. Die Vordruckerläuterungen zu Muster 18 wurden entsprechend angepasst. Mehr Infos zur Änderung der Heilmittel-Richtlinie auf Seite 23.

Wichtig: Für beide Formulare sind keine Stichtagsregelungen vereinbart worden. Das heißt, Praxen können die aktuell gültigen Muster 1 und 18 aufbrauchen, bevor sie die neuen Muster verwenden.

Bei der Blankoformularbedruckung werden die Muster ab dem 1. Januar 2019 ausschließlich als PDF-Format bereitgestellt. In der Übergangszeit bis 1. Januar 2019 werden die Muster sowohl in den bisher angebotenen alten Postscript-Formaten als auch im PDF-Format zur Verfügung gestellt.

Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | **KV | 180218**

## Serviceteams

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

### Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666 Telefax 0221 7763 6450

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

### Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888 Telefax 0211 5970 8889

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

### Formularversand

Telefon 0228 9753 1900 Telefax 0228 9753 1905

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

## Kostennachweise für Laborgemeinschaften abgeschafft

Die Kostennachweise für Laborgemeinschaften werden zum 1. Januar 2018 ganz abgeschafft. Darauf haben sich Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband geeinigt.

Die Nachweise sind bereits seit 2014 ausgesetzt. Diese Regelung war eigentlich nur bis Ende 2017 befristet, jetzt entfällt die Vorgabe aber gänzlich, unter anderem wegen der Laborreform, deren zahlreiche Änderungen zum 1. April 2018 in Kraft treten. Insbesondere die regionale Mengensteuerung durch die Honorarverteilung ersetzt ab dann die Kostennachweise.

Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | **KV | 180218**

## Behandlung von Asylbewerbern: Wieder Papierscheine in Moers

Die Stadt Moers hat zum 1. Januar 2018 für die Behandlung von Asylbewerbern wieder Papierscheine eingeführt. Die bisherige Gesundheitskarte wurde zum 31. Dezember 2017 abgeschafft. Asylbewerber der Stadt Moers müssen also ärztliche Leistungen ab 2018 über einen Behandlungsschein in Anspruch nehmen.

Die Abrechnung für Vertragsärzte läuft – wie in der Vergangenheit – über das Praxisverwaltungssystem unter der Vertragskrankenkas- sennummer (VK-NR.) 25962.

## Wieder Stichprobenprüfung für CT und Akupunktur

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) müssen seit Jahresbeginn in den Bereichen Akupunktur und Computertomographie (CT) wieder Stichprobenprüfungen durchführen.



Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband hatten sich in der Vergangenheit darauf verständigt, die Prüfungen im Bereich Akupunktur aufgrund geringer Beanstandungen bis 31. Dezember 2017 auszusetzen. Auf eine Fortführung dieser Regelung konnten sie sich jedoch nicht verständigen. Deshalb müssen die KVen ab sofort wieder Stichprobenprüfungen im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur aufnehmen.

Gleiches gilt für den Bereich CT. Hier hatte der Gemeinsame Bundesausschuss den KVen bis 31. Dezember 2017 freigestellt, Stichprobenprüfungen auszusetzen oder zu reduzieren. Da diese Regelung ebenfalls nicht verlängert wurde, müssen die KVen auch hier ab sofort wieder Stichprobenprüfungen durchführen.

## Polizeibeamte in NRW erhalten KVK

Polizeibeamte des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) erhalten seit Anfang Dezember 2017 eine Krankenversichertenkarte (KVK), die den bisherigen Papierkrankenschein ablöst. Sie ist ab sofort gültig.

Die Karte enthält unter anderem Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Geschlecht und Versichertennummer des Inhabers sowie aus Datenschutzgründen die Adresse des Landesamtes für Zentrale Polizeiliche Dienste NRW. Ihre Privatadresse werden die Karteninhaber den Arztpraxen in der Regel persönlich mitteilen, damit diese im Praxisverwaltungssystem hinterlegt werden kann.

Bitte lesen Sie die KVK jeweils beim ersten Besuch des Patienten in einem Quartal ein. Sie dient als Grundlage für die Abrechnung Ihrer Leistungen, wie auch für das Ausstellen weiterer Formulare, etwa Überweisungen oder Verordnungen. Auf diesen Formularen kann die Privatadresse der Polizei-



© dpa | Ralf Hirschberger

beamten angegeben werden. Bei Verlust der Karte stellt das Landesamt für Zentrale Polizeiliche Dienste NRW dem Polizeibeamten bis zum Erhalt einer neuen Karte eine Anspruchsberechtigung aus. Seit 1. Januar 2018 gelten die bisherigen Behandlungsscheine nicht mehr.

Ab sofort gelten für Polizeibeamte in NRW Krankenversichertenkarten. Sie lösen die bisherigen Papierkrankenscheine ab.

Ursprünglich sollten Polizeibeamte die KVK schon zum Oktober 2016 erhalten, doch es gab Verzögerungen. Die KVK ist nicht zu verwechseln mit der elektronischen Gesundheitskarte für gesetzlich Versicherte. Diese steht für Versicherte der sogenannten „Sons-tigen Kostenträger“ derzeit noch nicht zur Verfügung.

## Häusliche Krankenpflege: Leistungen erweitert

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Leistungen der häuslichen Krankenpflege erweitert. Die Unterstützungspflege ist hinzugekommen und das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen auf die Kompressionsklasse I ausgeweitet worden.

An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse I: Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen beziehungsweise



Das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Kompressionsklasse I ist nun im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verordnungsfähig.

-strumpfhosen der Kompressionsklasse I ist nun im Rahmen der Behandlungspflege verordnungsfähig. Die Leistung war zuvor von der grundpflegerischen Leistung des An- und Auskleidens umfasst. Nun sind auch Patienten berücksichtigt, die zum Beispiel in ihrer Motorik, Geschicklichkeit, Kraft und Beweglichkeit erheblich eingeschränkt sind, was häufig bedingt ist durch eine Kombination verschiedener zum Beispiel neurologischer oder orthopädischer Erkrankungen und Defizite. Bei der Verordnung sollen Ärzte in Betracht ziehen, ob der Patient die Kompressionstrümpfe mithilfe sogenannter „Anziehhilfen“ eigenständig anziehen kann. In diesem Fall wäre die Verordnung nicht nötig.

Unterstützungspflege: Patienten können wegen schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit Leistun-

gen der Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung erhalten. Die Verordnung ist auch möglich, wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuchs XI vorliegt. Voraussetzung ist, dass sie sich im Hinblick auf die krankheitsbedingten oder behandlungsbedingten Auswirkungen nicht selbst pflegen und versorgen können, teilt die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit.

Die neue Leistung ist nicht an einen Krankenhausaufenthalt oder eine ambulante Operation gebunden. Die Unterstützungspflege kann auch bei vergleichbaren Fallkonstellationen verordnet werden, zum Beispiel im Rahmen der ambulanten Behandlung. Unterstützungspflege kann für einen Zeitraum von bis zu vier Wochen je Krankheitsfall verordnet werden; in begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die Leistung verlängern. Bitte beachten Sie: Der Bedarf an Unterstützungspflege bezieht sich nur auf körperliche Beeinträchtigungen der Patienten – nicht auf kognitive Einschränkungen.

## 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](http://kvno.de) | KV 180220

## Erstmals weniger PPI verordnet

Es ging ständig bergauf, Jahr für Jahr nahm die Zahl der verordneten Protonenpumpeninhibitoren (PPI) zu. Nun gab es eine Trendwende: In Nordrhein – wie im gesamten Bundesgebiet – gingen die Verordnungen für verschreibungspflichtige PPI in den ersten drei Quartalen 2017 gegenüber dem Vorjahreszeitraum zurück.

Doch noch immer sind die Zahlen hoch. In Nordrhein liegen die Verordnungsmengen mit durchschnittlich 42 definierten Tagesdosen (DDD) je Versichertem sogar zehn Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Die Verordnungsmengen reichen, um jeden sechsten bis siebten Versicherten täglich mit einer Standarddosis eines PPI zu versorgen.

Wann sollten Ärzte PPI verordnen? PPI sollten nur bei gegebener Indikation eingesetzt werden. In der Prophylaxe werden PPI halb so hoch dosiert wie zur Therapie von Magen-Darm-Geschwüren und Reflux. Bei der Prophylaxe von NSAR-Ulcera sind weitere Risikofaktoren wie die gleichzeitige Gabe von Antikoagulantien eine Indikation für den Einsatz der PPI. Eine kurzfristige Gabe von NSAR ist in der Regel keine Indikation. In unserem Newsletter VIN von April 2016 haben wir über den Einsatz

von PPI berichtet. Sie können ihn in unserem Internet-Angebot abrufen.

Bitte beachten Sie: Nicht verschreibungspflichtige PPI in kleiner Packung sind zugelassen zur akuten Behandlung von Refluxsymptomen (zum Beispiel Sodbrennen, Säurerückfluss) bei Erwachsenen. Für diesen kurzfristigen Einsatz müssen Patienten die PPI selbst kaufen. ■ HON

Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 180221](#)

### Zugelassene Tagesdosen generischer PPI (Angaben in mg)

		Omeprazol	Pantoprazol	Esomeprazol	Lansoprazol	Rabeprazol
<b>Therapie</b>	Ulcus	10–40	20–80	20	15–30	20
	Refluxösophagitis	10–40	20–80	10–40	15–30	20
	Reflux	10–40	20–40	–	15–30	20
	H. pylori	10–40	80	20–40	30–60	40
	Zollinger Syndrom	10–120	20–160	80–160	30–180	60–120
<b>Prophylaxe</b>	Ulcus	10–40	20	*	15–30	–
	Reflux	–	20–40	–	15–30	–

\* Prophylaxe von erneuten Blutungen aufgrund von Magenerosionen:

1. 80 mg Bolus, dann 2. 8 mg/h i. v. für 72 h, abschließend 3. 40 mg p. o. für 4 Wochen

Quelle: Angaben gemäß Fachinformationen der Präparate

## Zwei Präparate von der Me-too-Liste gestrichen

Zum Jahreswechsel sind zwei weitere Präparate von der Me-too-Liste gestrichen worden, weil die Patente abgelaufen sind. Crestor (Rosuvastatin) unterlag dem Festbetrag, Patienten mussten für eine große 20-mg-Packung über 200 Euro Aufzahlung leisten. Die Preise der Generika liegen auf dem Niveau anderer Statine.

Für Targin (Oxycodon/Naloxon) gab es schon im Dezember Generika in der niedrigen Dosierung. Nach einem Gerichtsentscheid werden

jetzt auch für die 10-/5-mg-Dosierung Nachfolgepräparate angeboten.

Die Me-too-Liste wurde 2006 in Nordrhein eingeführt. Sie listet Präparate mit Patentschutz, für die pharmakologisch therapeutische vergleichbare Arzneimittel in der Hauptindikation mit günstigen Tagestherapiekosten zur Verfügung stehen. Mit Einführung der frühen Nutzenbewertung werden keine neuen Präparate mehr auf die Liste genommen. Die Me-too-Liste umfasst noch 31 Präparate. ■ HON

## Schutzimpfungs-Richtlinie aktualisiert

Die Schutzimpfungs-Richtlinie ist den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) angepasst worden. Die Ände-

Impfung nicht als Standardimpfung empfohlen wird. Eine Verordnung von Zostavax zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist nicht möglich.



Die regelhafte Vierfach-Grippeimpfung ist erst in der Saison 2018/19 möglich. Zuvor sind Anpassungen der Schutzimpfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nötig. Doch für diese Saison haben die AOK Rheinland/Hamburg, die Barmer, die DAK und die BIG direkt gesund mitgeteilt, dass sie die Kosten für den Vierfachgrippeimpfstoff bei medizinischer Indikation übernehmen. Der Impfstoff müsste dann auf den Namen des Patienten verordnet werden, die Leistung wird über die KV abgerechnet.

rungen muss das Bundesgesundheitsministerium noch genehmigen. Erst dann können die Aktualisierungen in die Richtlinie aufgenommen werden.

**Hepatitis A und B:** Bei den beruflichen Indikationen werden bei der Aufzählung der Personen mit erhöhtem Expositionsrisiko explizit ehrenamtlich Tätige mit vergleichbarem Expositionsrisiko entsprechend der STIKO-Empfehlung aufgenommen. In den tragenden Gründen definiert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) „ehrenamtlich Tätige“ als alle Tätigkeiten im bürgerschaftlichen Engagement.

**Herpes Zoster:** Dieser wird neu in die Anlage 1 mit dem Hinweis aufgenommen, dass diese

**Influenza:** Die Hinweise in der Schutzimpfungs-Richtlinie werden ergänzt: „Kann im medizinisch begründetem Einzelfall eine Impfung mit einem inaktivierten Influenzaimpfstoff (IIV) nicht durchgeführt werden (zum Beispiel Spritzenphobie oder Gerinnungsstörungen), können Mehrkosten durch die Anwendung eines nasalen Lebendimpfstoffs (LA-IV) gerechtfertigt sein.“ Die generelle Empfehlung, den nasalen Impfstoff bei Kindern bis sechs Jahren einzusetzen, gibt es nicht mehr. Die Dokumentationsziffer 89112N entfällt. Wenn in Einzelfällen mit nasalem LAIV geimpft wird, ist die Ziffer 89112 zu verwenden.

In der Schutzimpfungs-Richtlinie wird noch einmal präzisiert, dass bei Reiseschutzimpfungen aus beruflichen Gründen nur für die in der Anlage der Schutzimpfungs-Richtlinie aufgeführten Impfungen ein eventueller Anspruch gegenüber der GKV besteht. In den tragenden Gründen zum Beschluss macht der G-BA zusätzlich deutlich, dass die GKV als nachrangiger Leistungsträger bei diesen Impfungen zu sehen ist.

Die STIKO hat am 29. November 2017 auf ihrer Homepage darauf hingewiesen, dass sie ihre Empfehlungen für einen quadrivalenten Grippeimpfstoff ändern wird. Die geänderten Empfehlungen gelten aber erst für die Saison 2018/2019. ■ HON

### Kontakt

#### Hilfsmittelberatung

Telefon 0211 5970 8070

Telefax 0211 5970 8136

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

#### Pharmakotherapieberatung

Telefon 0211 5970 8111

Telefon 0211 5970 8666 (SSB)

Telefax 0211 5970 8136

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

#### Bei Fragen zu Prüfung und Verfahren:

Qualitätssicherung Prüfwesen

Telefon 0211 5970 8396

Telefax 0211 5970 9396

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

## Praxissoftware: Besondere Verordnungsbedarfe

Ab dem 1. Januar 2018 enthalten die Praxisverwaltungssysteme Informationen zu den regionalen besonderen Verordnungsbedarfen für Heilmittel, den früheren regionalen Praxisbesonderheiten. In der Praxissoftware sind

bereits die Diagnoselisten zum langfristigen Heilmittelbedarf und besondere Verordnungsbedarfe hinterlegt. Bei entsprechenden Heilmittelverordnungen erscheint dann ein Hinweis auf dem Bildschirm. ■ NAU

## Ernährungstherapie auf Muster 18 verordnen

Ärzte, die auf die Behandlung von Patienten mit seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen und Mukoviszidose Ernährungstherapie als Heilmittel zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Dafür steht das überarbeitete Muster 18 zur Verfügung, auf dem bisher Ergotherapie verordnet wird.

Der Formulartitel wurde um den Begriff „Ernährungstherapie“ ergänzt, das Formular inhaltlich aber nicht verändert. Die bisher genutzten Formulare können Praxen aufbrauchen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Anlage 2 der Heilmittel-Richtlinie um die In-

dikationen für Ernährungstherapie ergänzt. Damit gelten seit 1. Januar 2018 auch Heilmittelverordnungen bei Indikationen für Ernährungstherapie als langfristiger Heilmittelbedarf im Sinne der Heilmittel-Richtlinie. ■ MED

Ausführliche Informationen unter [kbv.de](http://kbv.de)  
**KV | 180223**



## Korrekturen an Diagnoselisten

Bei den Diagnoselisten zum langfristigen Heilmittelbedarf und der besonderen Verordnungsbedarfe (ehemals Praxisbesonderheiten) gab es einige Korrekturen, die seit 1. Januar 2018 gelten. Unter den ICD-10-Codes für systemische Sklerosen/Sklerodermie (M34.-) wurde die Diagnosegruppe SB1, „Wirbelsäulenerkrankungen“, gestrichen. Ersetzt wurde sie durch SB7, „Erkrankungen mit Gefäß-, Muskel-

und Bindegewebsbeteiligung, insbesondere systemische Erkrankungen“.

Des Weiteren wurde unter der Erkrankung Torticollis spasticus (G24.3) die Diagnosegruppe WS 2, „Wirbelsäulenerkrankungen“, gestrichen. Sie wurde durch die Diagnosegruppen ZN1 und ZN2, „ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks“, ersetzt. ■ MED

Die Diagnoselisten zum langfristigen Heilmittelbedarf und besonderen Verordnungsbedarf finden Sie unter [kvno.de](http://kvno.de)  
**KV | 180223**

## Stellungnahmen zu SSB-Prüfanträgen

Falls eine Praxis einen Prüfantrag im Zusammenhang mit SSB-Verordnungen erhält, ist die Stellungnahme an die Adresse der Prüfungsstelle zu senden. Sollte es am Ende des Verfahrens zu einem Regress kommen, zieht

die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein den Betrag vom Honorar ab. Dieser sollte deswegen nicht an andere Stellen wie die Rezeptprüfstelle Duderstadt überwiesen werden. ■ CHB



## Achtung: Kein Sprechstundenbedarf

Die in der Tabelle aufgeführten Artikel sind kein Sprechstundenbedarf (SSB). Bei Verordnung der genannten Produkte besteht die Gefahr eines Prüfantrages durch die Krankenkassen.

Artikel	Bemerkungen/Fundstelle in der SSB-Vereinbarung	Erläuterung
Depot-Neuroleptika	05 – Neuroleptika in Ampullenform im Rahmen der Soforttherapie  07 – Mittel zur psychiatrischen Notfallbehandlung	Depot-Neuroleptika wie Fluspirilen oder Imap stellen keinen Sprechstundenbedarf dar. Das Sozialgericht Düsseldorf hat dies bereits im Jahr 2013 bestätigt. In der nordrheinischen SSB-Vereinbarung sind zwar unter dem Punkt „Arzneimittel zur Sofortanwendung im Notfall“ Mittel zur psychiatrischen Notfallbehandlung aufgeführt. Allerdings setzt der Wirkeintritt der Depot-Neuroleptika erst nach zirka vier Stunden ein, sodass diese Mittel nicht für die Sofortanwendung im Notfall oder als Soforttherapie geeignet sind.
Rollenpumpenschläuche	05 – Mittel zur Diagnostik oder Soforttherapie  ■ Patientenschläuche	Rollenpumpenschläuche sind keine Patientenschläuche.
Insulin-Pens	07 – Arzneimittel zur Sofortanwendung im Notfall  ■ Insulin	„Nadeln, Spritzen, Patronen, Fertigpens und Infusionssets dürfen nicht mit Dritten geteilt werden (Fachinformation des Herstellers).“ Ein Pen ist keine geeignete Darreichungsform für den Sprechstundenbedarf.
Ramend-Tabletten	05 – Mittel zur Diagnostik oder Soforttherapie – Laxantien; auch Einmal-Klysmen zur Vorbereitung von diagnostischen Maßnahmen oder Eingriffen in der Praxis	Indikation Ramend-Abführtabletten: kurzfristige Anwendung bei Obstipation  Keine Indikation zur Vorbereitung von diagnostischen Maßnahmen oder Eingriffen
Antibiotika in Tablettenform	07 – Arzneimittel zur Sofortanwendung im Notfall  ■ Antibiotika  Dazu gehören zum Beispiel: Amoxicillin-Tabletten Ciprofloxacin-Tabletten Roxythromycin-Tabletten	Antibiotika als Tabletten haben einen klaren Patientenbezug.
Aprokam	07 – Arzneimittel zur Sofortanwendung im Notfall  ■ Antibiotika	Wird bei geplanten Eingriffen eingesetzt; nicht in Anlage 1 der SSB-Vereinbarung aufgeführt



## Lieferanten mit Verträgen bevorzugen

Die Krankenkassenverbände empfehlen den Arztpraxen, wenn möglich einen Lieferanten für den SSB zu wählen, der einen sogenannten Lieferantenvertrag mit den Kassen abgeschlossen hat. Diese Lieferanten rechnen nach bestimmten Vorgaben elektronisch mit der Rezeptprüfstelle Duderstadt ab.

Bei Lieferanten ohne Vertrag muss die Praxis den SSB selbst mit der Rezeptprüfstelle Duderstadt abrechnen. Neben dem höheren Verwaltungsaufwand werden der Praxis von der eingereichten Rechnung zusätzlich 5 Prozent Bearbeitungsgebühr abgezogen.

■ CHB

## SSB-Rezepte richtig ausfüllen

Die Krankenkassen weisen darauf hin, dass häufig Rezepte zur Bestellung von SSB falsch oder unvollständig ausgefüllt sind. Diese Re-

zepte können nicht abgerechnet werden. Folgende Angaben müssen auf dem Rezept enthalten sein:

The image shows a red prescription form with the following fields and callouts:

- 1**: Kassenkasse bzw. Kostenträger (SSB Nordrhein)
- 2**: Statusfeld 9 ist zu kennzeichnen (bei Impfstoffen 8 und 9)
- 3**: Kassennummer (102091710)
- 4**: Betriebsstättennummer (9-stellig)
- 5**: Vertragsarztnummer (9-stellig)
- 6**: Ausstellungsdatum
- 7**: Bezeichnung des SSB-Artikels mit exakter Größen- und Mengenangabe (maximal 3 Positionen pro Rezept)
- 8**: Vertragsarztstempel und Unterschrift des Arztes

- 1 Kostenträger: SSB-Nordrhein
- 2 Statusfeld 9 ist zu kennzeichnen (bei Impfstoffen 8 und 9)
- 3 Kostenträgerkennung: 102091710
- 4 Betriebsstättennummer 9-stellig
- 5 Vertragsarztnummer 9-stellig
- 6 Ausstellungsdatum
- 7 Bezeichnung des SSB-Artikels mit exakter Größen- und Mengenangabe (maximal 3 Positionen pro Rezept)
- 8 Vertragsarztstempel und Unterschrift des Arztes

## Laborreform startet am 1. April 2018

Den Anstieg der Kosten für Laborleistungen stoppen, das ist ein Ziel der Laborreform, auf die sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband verständigt haben. Außerdem sollte eine für Haus- und Fachärzte tragbare Lösung für die Finanzierung des Labornachschusses gefunden werden. Beides scheint geglückt. Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein zumindest hat die Beschlüsse auf Bundesebene in den Honorarverteilungsmaßstab übernommen. Die neuen Vergütungsregelungen für das Labor greifen somit ab 1. April 2018.

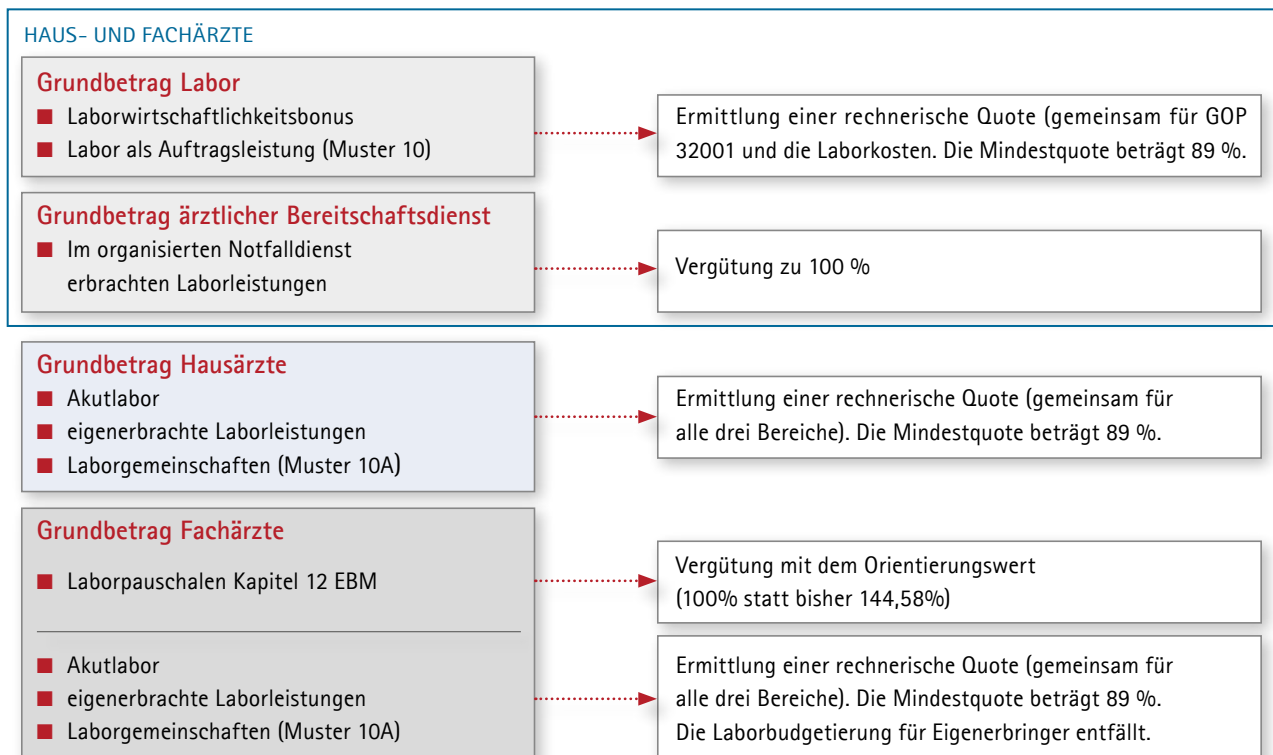
Der Weg war kein leichter. Immer wieder lagen KBV und GKV-Spitzenverband in einzelnen Fragen über Kreuz. Die Einigung zog sich hin, war aber letztlich unausweichlich, denn die Ausgaben im Labor stiegen nach Berechnungen der KBV jedes Jahr um rund fünf Prozent. Das ist deutlich mehr als der Anstieg der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. In

Nordrhein sind die Laborkosten von 230 Millionen Euro im Jahr 2014 auf 266 Millionen Euro 2016 gestiegen, der Anstieg setzte sich im vergangenen Jahr fort.

Dies führt dazu, dass immer mehr Geld in Laboruntersuchungen fließt – und somit zum Bezahlen anderer ärztlicher Leistungen fehlt. Es liegt

### Neue Grundbeträge und Honorierung

Die Grafik zeigt, wie sich die Grundbeträge auf den Bereich der Haus- und der Fachärzte aufteilen.



somit im Interesse aller Ärztinnen und Ärzte, in puncto Labor zu handeln. Basis für die Maßnahmen, die ab 1. April 2018 gelten, bildet ein Konzept, das die Vertreterversammlung der KBV bereits vor einem Jahr verabschiedet hat.

### Nachschussbeträge sinken

Wie schon erwähnt: Ein Auslöser für die Laborreform waren die steigenden Nachschussbeträge, die regelmäßig anfallen, weil die Mittel im Labortopf (Grundbetrag „Labor“) nicht ausreichen. Dann muss Geld nachgeschossen werden. Bislang war es so, dass Haus- und Fachärzte dafür in fast gleicher Höhe aufkommen mussten.

Das wurde nicht nur vom Hausärzterverband kritisiert, sondern konnte offenbar auch nach mehreren Sozialgerichtsurteilen so nicht bleiben. Nach Angaben der KBV habe sogar das Bundesgesundheitsministerium gefordert, „ungerechtfertigte Belastungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs zu vermeiden“. Eine Neujustierung war also angesagt.

Die Neuerungen betreffen zum einen die Höhe der Nachschusssumme. Die werde sinken, verspricht die KBV: Aus dem Labortopf werden ab April 2018 nur noch der Wirtschaftlichkeitsbonus und die auf Muster 10 veranlassten Laboruntersuchungen vergütet, also die Leistungen, die Praxen bei Fremdlaboren beauftragen.

Und hier kommt eine weitere wesentliche Änderung zum Tragen: Alle anderen Leistungen zahlen Haus- und Fachärzte jeweils aus ihrem Topf. Dies betrifft zum Beispiel Leistungen in Laborgemeinschaften oder im Eigenlabor erbrachte Leistungen.

Der Anteil, den Haus- und Fachärzte nachzuschließen haben, orientiert sich daran, wie groß ihr jeweiliger Anteil an den abgerechneten Laborleistungen ist. Im Klartext: Da der größere Anteil von Laborleistungen im Facharztbereich abgerechnet wird, müssen diese künftig den höheren Anteil aus ihrem Topf abführen.

*weiter auf Seite 28 ►*

## Eckpunkte der Laborreform

Die Vertreterversammlung der KV Nordrhein hat ihre Möglichkeit genutzt und am 24. November 2017 weitere Maßnahmen beschlossen, um die Laborleistungen zu steuern. Die Regelungen sind im Honorarverteilungsmaßstab fixiert, der ab 1. April 2018 gilt.

- Die fallwertbezogene Budgetierung bei den betroffenen Arztgruppen fällt weg.
- Die Vergütung der veranlassten Laboruntersuchungen (Muster 10) der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM (ohne die GOP 32860 bis 32865, 32902 bis 32908, 32931, 32932 und 32937 bis 32946) und des Laborwirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001) erfolgt aus dem neu gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Labor“ unter Anwendung einer rechnerischen Quote; diese Quote ermittelt die KV Nordrhein aus der Gegenüberstellung des Grundbetrags Labor und der Anforderung genannten Leistungen ermittelt wird; die Mindestquote liegt bei 89 Prozent.
- Die Defizite werden zukünftig zu 85 Prozent von den Fachärzten getragen.
- Die eigenerbrachten Laborleistungen sowie alle Leistungen der Laborgemeinschaften sowie Leistungen des Akutlabors werden zukünftig getrennt für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich bezahlt. Hierfür werden getrennte Quoten ermittelt, die jedoch mindestens 89 Prozent betragen.
- Laborleistungen, die im organisierten Notfalldienst oder Notfall abgerechnet werden, werden künftig zu 100 Prozent honoriert.
- Die Vergütung der Laborgrundpauschale sinkt von 144,58 auf 100 Prozent.

### Wirtschaftlichkeitsbonus neu geregelt

Um den Anreiz für eine wirtschaftliche Veranlassung von Laboruntersuchungen zu erhöhen, wurde der Wirtschaftlichkeitsbonus neu geregelt. Dabei werden die durchschnittlichen Laborkosten eines Arztes je Behandlungsfall (individueller Fallwert) mit den Kosten seiner Arztgruppe verglichen.

Je nach Ergebnis zahlt die KV Nordrhein den Bonus so aus:

- volle Auszahlung für Ärzte, die den unteren Grenzwert ihrer Arztgruppe unterschreiten
- keine Auszahlung an die Ärzte, die über dem oberen Grenzwert ihrer Arztgruppe liegen

- für die Ärzte, die zwischen dem oberen und unteren Wert liegen, Auszahlung des Wirtschaftlichkeitsbonus abhängig von der Höhe des praxisindividuellen Fallwerts

Mit der Neuregelung des Wirtschaftlichkeitsbonus werden auch die sogenannten Kennziffern angepasst. Bisher wurden alle Leistungen aus den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM von der Steuerung ausgenommen. Jetzt werden die Kennnummern nicht mehr auf alle Leistungen angewandt, sondern nur auf die Gebührenordnungspositionen (GOP), die für die jeweilige Indikation typisch sind. Jeder Kennziffer haben KBV und GKV-Spitzenver-

## „Wir müssen Laborleistungen hinterfragen“

Über die Kernpunkte, Auswirkungen und mögliche weitere Reformschritte im Laborbereich sprachen wir mit Dr. med. Jens Wasserberg, Leiter des Arbeitsausschusses Labor der Vertreterversammlung der KV Nordrhein.

### Wie bewerten Sie die ab 1. April 2018 greifende Reform?

Die Laborreform ist der überfällige Einstieg in die Neustrukturierung der Laborleistungen. Das Labor kostet die Vertragsärzte in Nordrhein seit vielen Jahre stetig wachsende Honorarbeiträge, weil das von den Kassen bereitgestellte Geld nicht die Kosten für die abgerechneten Laborleistungen deckt und die Ärzteschaft diese Deckungslücke aus eigenen Mittel bezahlen muss. Die naheliegendste Lösung, dass die Kassen die Laborleistungen ihrer Versicherten in Gänze zu bezahlen haben, scheidet aktuell bekanntlich aus, da die Kassen mit Unterstützung aus der Politik ihre Komfortzone mit „befreiender Wirkung“ nicht aufgeben müssen. Zuletzt mussten deshalb die Vertragsärzte zirka sechs Millionen Euro pro Quartal aus ihren Regelleistungsvolumen zuschießen.

### Was passiert mit der Reform konkret?

Ab 1. April 2018 werden die Laborkosten quotiert. Das heißt, dass die Einzelpreise für die Laborleistungen sinken, wenn mehr Leistungen abgerufen werden, als die Kassen pauschal zu zahlen bereit sind. Bis zu zehn Prozent sind hier möglich. Dies entspricht etwa dem Defizit, das die Vertragsärzte bisher aus eigenen Mitteln auszugleichen hatten. Insofern verschafft dieser Einstieg in die Laborreform den Vertragsärzten eine Atempause hinsichtlich ihrer Zuschusspflichten, und zwar Haus- und Fachärzten.

### Gibt es Reform-Gewinner oder Verlierer?

Gewinner sind zunächst allgemein alle Fachgruppen mit Regelleistungsvolumen, also Haus- und Fachärzte. Beide Gruppen müssen zunächst weniger Labordefizite aus ihren Töpfen begleichen. Ohne eine zweite Laborreformstufe, die die Laborkostendynamik effektiv mindern wird, werden die Haus- und

band deswegen GOP für Laborleistungen (Ziffernkranz) zugeordnet, die bei der Berechnung des Bonus ausgenommen werden. Künftig können Praxen allerdings beim gleichen Patienten mehrere Kennnummern nebeneinander abrechnen.

### Honorierung regionalisiert

Künftig kann jede Kassenärztliche Vereinigung eigene Vergütungsregelungen für Laborleistungen vorsehen. Allerdings gibt es eine Untergrenze der Quote von 89 Prozent. Damit liegt sie rund 2,5 Prozent unter der bisherigen Quote, was für die Laborärzte einen spürbaren Umsatzrückgang bedeutet.

### Reform geht weiter

Die Maßnahmen sind nichts anders als „der Einstieg in eine Reform“, so Dr. med. Carsten König, Stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Auch der KBV ist klar: Weitere Änderungen bei der Bezahlung von Laborleistungen müssten vereinbart werden, um das Steigen der Kosten zu bremsen. „Wir treten perspektivisch für eine extrabudgetäre Finanzierung der Laboruntersuchungen ein“, sagt Dr. Roland Stahl, Sprecher der KBV. Schließlich sei Aufgabe der Ärzte, nötige Untersuchungen anzuordnen, nicht aber sie zu zahlen.

■ FRANK NAUNDORF

Fachärzte wieder steigende Labordefizite zu begleichen haben. Dieses neue Defizit träge dann die Fachärzte am stärksten, denn sie müssten nicht wie bisher etwa die Hälfte dieser Kosten übernehmen, sondern künftig 88 Prozent. Die Labore verlieren um bis zu zehn Prozent, da sie geringere Vergütungen erhalten als bisher.

### Reichen die bisherigen Regelungen?

Nein. Es ist abzusehen, dass bei unveränderter Labordynamik die Schere zwischen Laborkosten und niedrigeren Kassenhonoraren für die Laborleistungen wieder auseinandergeht. Wenn wir also nach der Preisreduktion nicht auch eine Reduktion der Mengendynamik im Laborbereich umsetzen, werden die Kosten für die Ärzteschaft wieder steigen. Aufgrund der Rechtslage und der zum 1. April 2018 beschlossenen Neuregelung würde diese neue Kostensteigerung die Ärzteschaft asymmetrisch treffen: die Psychotherapeuten fast gar nicht, die Hausärzte weniger und am stärksten die Fachärzte.

### Eine zweite Reformstufe ist also nötig?

Ja. Die zweite Phase der Laborreform wird sich mit der Frage beschäftigen müssen, welche

Laborleistungen wann erbracht werden können: Solange es begrenztes Honorar für die Laborleistungen gibt, solange ist es schlicht unmöglich, unbegrenzt Laborleistungen zu erbringen. Es wird Aufgabe der KV Nordrhein sein, zu analysieren, ob bestimmte Laborleistungen ohne Qualitätsverlust reduziert werden können. Dabei darf es nicht darum gehen, für die Kassen auf dem Rücken der Patientensicherheit den Sparmeister zu spielen. Wir müssen vielmehr herausfinden, ob man das Labor effizienter einsetzen kann als bisher.

### Wie lassen sich Ihrer Ansicht nach Laborleistungen reduzieren?

Da gibt es einige Möglichkeiten, die wir diskutieren können. Eine gestufte Labordiagnostik kann zum Beispiel da sinnvoll sein, wo weitergehende Laborparameter durch einen Markerwert entbehrlich werden könnten. Dies ist etwa bei der Kontrolle einer Schilddrüsenerkrankung in vielen Praxen bereits üblich: Oftmals reicht das TSH zur Verlaufskontrolle, sodass nicht fT4 und fT3 mitbestimmt werden müssen. Auch die Kontrollfrequenz wird bisher unterschiedlich praktiziert, sodass dort wissenschaftlich validierte Laborpfade für bestimmte Krankheitsbilder hilfreich sein könnten.

■ FRANK NAUNDORF FÜHRTE DAS GESPRÄCH



Dr. med. Jens Wasserberg ist als Allgemeinmediziner in Bedburg niedergelassen und Mitglied der Vertreterversammlung der KV Nordrhein. Er leitet den Arbeitsausschuss Labor, der die neuen Regelungen zum Labor für den Honorarverteilungsmaßstab vorbereitet hat.

## Versorgung auf hohem Niveau

Die Ergebnisse des Qualitätsberichts 2017 der KV Nordrhein belegen die gute Versorgungsqualität in der Region.

Die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung wird kontinuierlich ausgebaut und konfrontiert die ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen mit stets neuen qualitätssichernden Aspekten. Diese greift der aktuelle Qualitätsbericht der KV Nordrhein in Beiträgen unter anderem zur PET/PET-CT zur Diagnostik bei fortgeschrittenen Kopf- und Halstumoren und dem Projekt RESIST zur Vermeidung von Antibiotikaresistenzen auf.

### Resistenzen vermeiden

Das Resist-Projekt will den Einsatz von Antibiotika bei akuten Atemwegsinfektionen der oberen und unteren Atemwege in der ambulanten Versorgung optimieren. Durch die Einführung einer neuen, projekteigenen Fortbildung und einer Beratungsleistung bei Atemwegsinfektionen sollen Ärzte und indirekt Patienten für einen besonders verantwortungsvollen Umgang mit Antibiotika sensibilisiert werden. Ziel ist es, der Bildung von Resistenzen vorzubeugen.

Die Strukturreform der Psychotherapie und die damit verbundene Änderung der Richtlinie haben insbesondere den niedergelassenen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeu-

ten im Jahr 2017 zahlreiche Neuerungen gebracht. „Wir sehen darin einen Schritt in die richtige Richtung, warnen aber davor, die neuen Rahmenbedingungen als ausreichende Antwort auf die zunehmenden Engpässe innerhalb der psychotherapeutischen Versorgung zu verstehen. Denn durch neue Vorgaben allein entstehen keine zusätzlichen Kapazitäten“, erklärt Dr. med. Frank Bergmann, Vorsitzender der KVNO.

### Aus (Beinahe-)Fehlern lernen

Zudem tragen Lern- und Berichtssysteme für kritische Ereignisse in der Patientenversorgung maßgeblich zur Sicherheit und damit Qualität im Praxisalltag bei. Seit fünf Jahren ist die KV Nordrhein neben der KV Westfalen-Lippe, den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie der Krankenhausgesellschaft NRW Mitglied von CIRS-NRW, dem „Critical Incident Reporting System Nordrhein Westfalen“. Der Bericht zum vierten Quartal von CIRS-NRW erläutert, welche Risiken für die Sicherheit des Patienten entstehen können, wenn Informationen im Gesundheitswesen fehlen oder falsch weitergegeben werden.

Nicht zuletzt zeichnen die Datenerhebungen basierend auf dem Jahr 2016 zu den mehr als 70 Leistungsbereichen von Akupunktur bis Zervix-Zytologie ein durchgehend positives Bild. Diese größtenteils genehmigungspflichtigen Leistungen werden regelmäßig durch Stichproben, Dokumentationsprüfungen, Praxisbegehungen oder Hygieneproofungen überwacht.

■ SIGRID MÜLLER



Den Bericht finden Sie unter [kvno.de](http://kvno.de)

KV | 180230



# KV**bo**örse

BEI UNS WERDEN SIE FÜNDIG!

Ihre KV-Börse im Internet unter [kvboerse.de](http://kvboerse.de)



PRAXIS**BÖRSE**

PERSONAL**BÖRSE**

WEITERBILDUNGSASSISTENTEN**BÖRSE**

REGIONAL**BÖRSE**

IMMOBILIEN**BÖRSE**

GERÄTE- UND INVENTAR**BÖRSE**

Praxisbörse und Weiterbildungsassistentenbörse für die Bereiche KVNO und KVWL kostenlos

## Medizin am Rande der Gesellschaft

Sie zählen zu den unbürokratischen Helfern: die Mitarbeiter des Teams der „Praxis ohne Grenzen“ aus Solingen. Ende 2017 wurde das Projekt „Medizinische Hilfe Solingen“ mit dem Gesundheitspreis NRW ausgezeichnet.



Dr. med. Christoph Zenses behandelt Patienten in der „Praxis ohne Grenzen“.

In der Solinger Praxis behandelt der niedergelassene Internist Dr. med. Christoph Zenses bedürftige Patienten: „Zu uns kommen Verschuldete, Verarmte, Wohnungslose, Migranten und Asylsuchende, auch Menschen mit einem Schamgefühl oder Ablehnungserfahrungen in ‚normalen‘ Praxen. Allen gemeinsam ist, dass sie aus unterschiedlichen Gründen nicht bzw. nicht mehr krankenversichert sind und/oder über keine Mittel für selbst zu zahlende Medikamente sowie Hilfsmittel verfügen“, sagt der Hausarzt-Internist und Leiter des Projekts „Medizinische Hilfe Solingen“. Die im Projekt engagierten Ärzte und Helfer arbeiten unentgeltlich und ehrenamtlich, insgesamt 17 Personen sind derzeit dabei.

### „Praxis ohne Grenzen“

In der Nähe des Hauptbahnhofs in Solingen unterhält das Projekt eine Praxis für Menschen in besonderen Lebenslagen. Sie bie-

tet fachärztliche Versorgung inklusive apparativer Diagnostik sowie Labor an. Bei Bedarf können auch erste psychotherapeutische Gespräche geführt werden. Die Praxis ist immer donnerstags zwischen 12.30 und 13.30 Uhr geöffnet. Mittlerweile nehmen auch Patienten aus benachbarten Städten die einzigartige Hilfe der Solinger Einrichtung in Anspruch.

Ein komplexes Netzwerk von Kontakten, das Zenses als Mitglied des Ärztenetzes „solid-med“ nutzen kann, gewährleistet, dass weitere Fachärzte eingebunden werden können, wenn eine fortdauernde Behandlung notwendig ist. Stark gefragt sind laut Zenses vor allem Gynäkologen und HNO-Ärzte. Aber auch auf Hautärzte, operierende Mediziner, Laborärzte und selbst auf Zahnärzte sowie Klinik kann er verweisen. „Kommt eine schwangere Frau zu uns, machen wir eine Erstuntersuchung inklusive Ultraschall, stellen einen Mutterpass aus und helfen der Frau des Weiteren einen Frauenarzt zu finden.“

Sehr erleichtert sei eine solche Frau, wenn für sie außerdem die Krankenhausentbindung organisiert und finanziert werde. „Wir kümmern uns im Prinzip auf vielen Ebenen um unsere Fälle.“ Im Rahmen einer sozialen Betreuung versuchen die Helfer auch, unversicherte Personen wieder in eine Krankenversicherung zu bringen. Zur Patientendokumentation benutzt die Praxis nur einen Karteikasten und keine elektronischen Medien. Die Patienten fühlen sich damit sicherer. Finanziert wird dies alles über Spenden.

**„MediMobil“ und „Medikamententafel“**  
Primär zur Versorgung obdach- und mittel- loser Menschen fährt das „MediMobil“ jeden Dienstag von 17 bis 19 Uhr mit einem ehren- amtlichen Fahrer des Roten Kreuzes, einem Arzt und einer Arzthelferin feste Stellen in Solingen an. Das sind zum Beispiel die Not- schlafstelle, die Tafel, die Bahnhofsmission und zwei weitere öffentliche Plätze. Möglich ist dies unter anderem auch durch die Unter- stützung des örtlichen Ärztenetzes „solimed“, das sich an Sozialprojekten der Solinger Ta- fel beteiligt.

Diese umfasst zusätzlich eine „Medikamen- tentafel“. Hier erhalten bedürftige Personen von „solimed“-Ärzten oder über ein bei der Tafel für Kunden gestempeltes grünes Rezept in bestimmten Partnerapotheken kostenfrei Medikamente. Denn für verarmte Menschen

kann dies im Alltag bedeuten, dass ansonsten ein nicht verschreibungsfähiges, aber doch dringend benötigtes Arzneimittel, zum Bei- spiel für Kopfläuse, nicht zum Einsatz kommt.

„Aus den Daten von Erhebungsbögen in NRW- Ausgabestellen von Tafeln wissen wir, dass so- zial Benachteiligte sich Arzneimittel im Rah- men der Selbstmedikation nur kaufen, solan- ge sie es sich finanziell leisten können“, sagt Zenses. Dies betrifft auch zunehmend ältere Patienten, die von Altersarmut betroffen sind. „Wir möchten auf die Probleme solcher Men- schen aufmerksam machen und werden auch auf dem Berliner Armutskongress in Berlin am 20. und 21. März mit unserem ‚MediMobil‘ in einer großen Demo vor Ort aktiv Stellung be- ziehen.“

■ SIGRID MÜLLER

Mehr Infos über die medizinische Versorgung von Woh- nungslosen finden Sie unter [kvno.de](http://kvno.de) | [KV 180233](https://www.kvno.de)

## Weitere Angebote: Düsseldorf, Essen, Köln

Die „Medizinische Hilfe für Wohnungslose Düsseldorf e. V.“ unterstützt seit 1996 obdachlose Patienten in Düsseldorf. Derzeit bietet der Verein seine Dienste mittels eines um- gebauten Wohnmobils an ausgesuchter Stelle oder in den Praxisräumen der „Medizinischen Hilfe“ an der Neusser- straße 35 an. Rechtlich handelt es sich beim Wohnmobil um eine Zweigpraxis. Jährlich werden rund 2.400 Patien- ten behandelt. Vereinsleiter ist Hausarzt Dr. med. Carsten König, stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein. Finanziert werden Räume und Personal durch einen städ- tischen Zuschuss und Spenden. Die medizinische Arbeit erfolgt ehrenamtlich.

Im Rahmen der Fachtagung „10 Jahre Obdach Plus“ zur Versorgung psychisch schwer erkrankter obdachloser Menschen 2017 in Düsseldorf würdigte König das Angebot des LVR-Klinikums und des Projektes „Obdach Plus“ für ihr Engagement. „Obdach Plus“ bietet diesen Menschen für zirka drei Jahre eine Unterkunft in eigenen Wohn- einheiten und individuelle Hilfe an. Zwischen 150 und 180 Menschen sind in Düsseldorf dauerhaft wohnungslos. Sie

schlafen auf der Straße oder in Notschlafstellen. Etwas über 900 Menschen leben in städtischen Notunterkünften. „Obdach Plus“ hat in den vergangenen zehn Jahren 50 Be- wohner aufgenommen – bei 185 Anfragen. König plädier- te zudem an die politisch Verantwortlichen, dafür Sorge zu tragen, dass Wohnangebote für obdachlose Menschen ausgebaut würden.

Zwei weitere Beispiele für mobile Hilfen gibt es in Essen und Köln: Das Essener Arztmobil für Menschen ohne festen Wohnsitz, Geflüchtete, Suchtkranke und generell sozial schwächer gestellte Mitbürger bietet ein niederschwel- ligenes Angebot zur Gewährleistung der Grundversorgung an. Getragen wird dies von der Gesellschaft für Soziale Dienstleistungen Essen (GSE). Ebenso läuft in Köln ein „Mobiler Medizinischer Dienst“ unterschiedliche Einrich- tungen für Wohnungslose an. Der Dienst besteht aus Ärz- ten und weiterem medizinischem Personal und behandelt ebenfalls auch nicht versicherte Patienten – auf Wunsch anonym. Finanziell getragen wird er von der KV Nordrhein und der Stadt Köln.

# DMP COPD angepasst

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Regelungen zum Disease-Management-Programm (DMP) für Patienten mit COPD aktualisiert und in die DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) aufgenommen. Aufgrund der neuen Rechtsgrundlage wurde der Vertrag zum 1. Januar 2018 angepasst. Folgende Änderungen wurden für das DMP COPD übernommen.

**Einschreibung:** Die Bedingungen für eine Einschreibung wurden geändert.

Voraussetzung für eine Einschreibung ist das Vorliegen einer COPD-typischen Anamnese, der Nachweis einer Reduktion von FEV1 unter 80 Prozent des Sollwertes und mindestens eines der folgenden Kriterien:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV1/VC < 70 Prozent nach Bronchodilatation
- Nachweis einer Atemwegswiderstandserhöhung oder einer Lungenüberblähung oder einer Gasaustauschstörung bei Patienten mit FEV1/VC  $\geq$  70 Prozent und einer radiologischen Untersuchung der Thoraxorgane, die eine andere Krankheit mit gleichen Symptomen ausgeschlossen hat

Für Patienten, die vor dem 1. Januar 2018 eingeschrieben wurden, ist keine neue Einschreibediagnostik erforderlich.

Für die Erst- und Folgedokumentation ist weiterhin nur die FEV1-Messung vor einer Spasmolyse (Bronchodilatation) zugrunde zu legen. Die Messung sollte unter Berücksichtigung der Qualitätsziele mindestens alle 6 bis 12 Monate erfolgen und dokumentiert werden.

**Überweisung zum qualifizierten Facharzt:** In der DMP-Anforderungen-Richtlinie werden Kriterien definiert, nach denen der Patient vom Hausarzt an den qualifizierten Facharzt zu überweisen ist. Dies gilt zum Beispiel zur Überprüfung der Indikation für eine Langzeit-

## DMP Asthma: Neuerungen in Vorbereitung

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat auch die Richtlinie für Patienten mit Asthma bronchiale überarbeitet und an aktuelle Leitlinien angepasst. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein wird sich mit den Krankenkassen zusammensetzen, um den Vertrag an die neuen Vorgaben für Asthma bronchiale bis zum 1. April 2019 anzupassen. Künftig soll zum Beispiel eine Einschreibung für Kleinkinder auf Basis festgelegter klinischer Kriterien bereits ab zwei Jahren möglich sein; durch spezielle Schulungen sollen auch die Eltern mehr Unterstützung erhalten. „Dafür haben wir uns auf der Bundesebene eingesetzt“, sagt Dr. med. Carsten König, stellvertre-

tender Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein. Weitere geplante Neuigkeiten: Die Kriterien der Symptomkontrolle sollen genau erfragt und in der Therapieplanung berücksichtigt werden. Auch wird das Konzept der Asthmaprotektion im Programm neu verankert. Eine jährliche Überprüfung der Einsekundenkapazität (FEV1) soll die kontinuierliche Therapiekontrolle und -anpassung besser unterstützen. Wie bereits beim Krankheitsbild COPD verankert, soll künftig auch jeder rauchende Asthmapatient Zugang zu wirksamen Raucherentwöhnungsprogrammen erhalten und motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.

Sauerstofftherapie (LOT) oder einer Therapie mit oralen Glukokortikoiden.

**Maßnahmen bei Multimedikation:** Bei der Verordnung von fünf oder mehr Arzneimitteln sind mindestens einmal jährlich die tatsächlich eingenommenen Arzneimittel (inklusive Selbstmedikation) zu erfassen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig vornehmen zu können.

**Tabakentwöhnung:** Jeder Raucher soll künftig Zugang zu einem zertifizierten Tabakentwöhnungsprogramm von seiner Krankenkasse erhalten und fortlaufend von seinem Arzt in persönlicher Form motiviert werden, das Rauchen aufzugeben. Sofern der behandelnde Arzt ein solches Programm nicht anbietet, kann sich der Patient direkt bei seiner Krankenkasse auf deren Internetseiten über das Angebot informieren.

**Dokumentation aktualisiert:** Die Dokumentation für COPD wurde in einigen Punkten angepasst. Bitte aktualisieren Sie deshalb Ihre Praxissoftware. Künftig ist der aktuelle FEV1-Wert, sofern durchgeführt, prozentual zum Soll-Wert anzugeben und nicht mehr in Litern. Neu hinzugekommen ist unter anderem die Abfrage, ob eine klinische Einschätzung des Osteoporoserisikos durchgeführt wurde und ob bereits Schulungen vor Einschreibung in das DMP wahrgenommen wurden. Ebenfalls hinzugekommen sind Angaben zum Tabakverzicht und der Empfehlung von Tabakentwöhnungsprogrammen sowie regelmäßigem körperlichen Training.

**Neue Qualitätsziele:** Die bereits bestehenden Qualitätsziele für COPD wurden teilweise angepasst und erweitert. Neue Ziele sind:



- hoher Anteil an Teilnehmern mit mindestens einmal jährlich ermittelten FEV1-Werten
- hoher Anteil an Teilnehmern mit einmal jährlich erfolgter klinischer Einschätzung des Osteoporose-Risikos
- niedriger Anteil an rauchenden Patienten
- niedriger Anteil an Fällen die systematische Glukokortikosteroide als Dauertherapie erhalten
- niedriger Anteil an Fällen mit nicht indiziertem Einsatz an inhalativen Glukokortikosterioden
- hoher Anteil an Teilnehmern, die eine Empfehlung zu einem mindestens einmal wöchentlichen körperlichen Training erhalten

Der Vertrag DMP COPD wurde aktualisiert. Änderungen gibt es auch bei der Lungenfunktionsdiagnostik.

Bitte verwenden Sie ab sofort für alle DMP (außer Brustkrebs) nur noch die indikationsübergreifenden Teilnahme- und Einwilligungserklärungen. ■ TORSTEN KLÜSENER

*Ein Servicedokument mit den Änderungen sowie eine Ausfüllanleitung für die Dokumentation und weitere Infos finden Sie auf [kvno.de](http://kvno.de) KV | 180235*



## DMP-Einschreibungen im Blick

Ärzte dürfen Leistungen aus Disease-Management-Programmen (DMP) nur dann abrechnen, wenn sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Dazu gehört neben der Angabe einer gesicherten DMP-Diagnose, dass die Patienten korrekt in das jeweilige DMP eingeschrieben sind. Mit passenden Informationen sollen Ärzte das nun besser prüfen können und sich so vor Regressforderungen schützen (wir berichteten). Dazu sind bei den Serviceteams viele Fragen eingegangen.

### *Warum muss die Teilnahmeerklärung vor oder zumindest zeitgleich mit der Erstdokumentation bei der Datenstelle vorliegen?*

Aus Gründen des Datenschutzes: Ohne schriftliche Einwilligung des Patienten dürfen die Daten der Dokumentationen von der Krankenkasse nicht verarbeitet oder gespeichert werden.

### *In welchem Zeitraum müssen die Teilnahmeerklärung und die Dokumentationsdaten an die Datenstelle übermittelt werden?*

Die Unterlagen müssen Sie spätestens zehn Tage nach dem Untersuchungs- bzw. Dokumentationstag an die Datenstelle übermitteln. Es ist nicht vertragskonform, die gebündelten Unterlagen von allen im Quartal behandelten DMP-Patienten erst am Ende des Quartals zu übermitteln. Zudem würde dies den Zeitraum für Sie reduzieren, um von der Datenstelle gemeldete Fehler zu korrigieren.

### *Schicken alle Krankenkassen eine Liste an die KV Nordrhein, wenn bei Patienten DMP-Unterlagen fehlen?*

Nein. Zurzeit sind es die AOK Rheinland/Hamburg, die IKK classic, die Knappschaft und mehrere Betriebskrankenkassen, die uns diese Listen zur Verfügung stellen. Die Ersatzkassen tun dies (noch) nicht.

### *Kann die KV Nordrhein einsehen, ob die Einschreibung des Patienten vorliegt?*

Wir erhalten lediglich die Liste zum Einschreibestatus der Krankenkasse, die wir an die Praxis

weiterleiten. Wenn Sie Rückfragen zu den einzelnen Positionen haben, finden Sie eine Liste der Ansprechpartner der Kassen auf unserer Internetseite: [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 180236](https://www.kvno.de/kvno/180236)

### *Wie kann es sein, dass uns die DMP-Datenstelle keine Auskunft zur fehlenden Teilnahmeerklärung geben kann?*

Die DMP-Datenstelle kann lediglich einsehen, ob die übermittelten Dokumentationen plausibel und vollständig eingegangen sind. Ob die dokumentierten Patienten auch bei der Krankenkasse eingeschrieben sind, kann die Datenstelle nicht prüfen – sie leitet die Daten nur an die Kasse weiter. Sollten Fragen zu der fehlenden Teilnahmeerklärung bzw. der fehlenden Einschreibung bestehen, sind die Kassen der richtige Ansprechpartner.

### *Kann ich bei Unstimmigkeiten Widerspruch gegen das Schreiben bei der KV einlegen?*

Nein, bei dem Schreiben handelt es sich lediglich um eine Information. Ein Widerspruch hiergegen ist nicht möglich. Unstimmigkeiten müssten Sie mit der Krankenkasse klären.

### *Wenn ein Patient auf der Liste steht und sich herausstellt, dass dieser doch eingeschrieben ist, benötigt die KV dann eine schriftliche Bestätigung der Krankenkasse?*

Nein, zurzeit benötigt die KV noch keine schriftliche Bestätigung. Dies wird erst relevant wenn ab dem 2. Quartal 2018 Kürzungen für die Abrechnung des 1. Quartal 2018



erfolgen. Hier sollten Sie die Bestätigung dann im Rahmen eines Widerspruchs einreichen.

*Wir haben den Patienten erst kürzlich in das DMP eingeschrieben, dieser steht jetzt aber mit auf der Liste. Warum?*

Das DMP Teilnehmerverzeichnis wird zu einem bestimmten Stichtag von den Kassen erstellt. Sollten Sie zwischenzeitlich eine Mitteilung über eine erfolgreiche Einschreibung des Patienten erhalten haben, ist ein weiteres Handeln nicht mehr erforderlich.

*Wir haben für den Patienten bereits eine Teilnahmeerklärung und eine Erstdokumentation übermittelt. Warum taucht der Patient auf Ihrer Information als „nicht eingeschrieben“ auf?*

Das liegt daran, dass die Teilnahmeerklärung oder die Erstdokumentation nicht bei der Datenstelle eingegangen ist.

*Wir haben bereits in der Vergangenheit eine Bestätigung der Einschreibung erhalten. Warum taucht der Patient jetzt als „nicht eingeschrieben“ auf?*

Das kann unterschiedliche Gründe haben:

- Der Patient wurde zwischenzeitlich von der Kasse wieder ausgeschrieben, zum Beispiel bei einem Kassenwechsel, fehlenden Dokumentationen oder Schulungen.
- Die Einschreibung bzw. die Bestätigung der Kasse erfolgte nach der Datenübermittlung an die KV. Die KV erhält die Teilnehmerverzeichnisse von den Kassen zu einem bestimmten Stichtag.
- Die Praxis hat Symbolnummern abgerechnet, die nicht zum DMP gehören, in welches der Patient eingeschrieben ist.

*Was können wir in Fällen tun, in denen der Einschreibestatus nicht mit der Krankenkasse geklärt werden kann?*

Falls eine Klärung mit der Kasse nicht möglich ist, schreiben Sie den Patienten neu ins DMP ein und rechnen die Gebührenordnungspositionen dafür ab.

*Wenn wir Patienten jetzt aufgrund eines nicht geklärten Einschreibestatus neu einschreiben, erhalten Sie dann die Neueinschreibungen?*

Nein, diese schicken Sie wie gewohnt an die DMP-Datenstelle, die Teilnahmeerklärung des Patienten schriftlich per Post (Exemplar für die Datenstelle) und die Erstdokumentation elektronisch.

*Werden uns die DMP-Leistungen ohne Einschreibung im dritten und vierten Quartal 2017 gestrichen?*

Bei Unstimmigkeiten zwischen Einschreibung und Abrechnung wird die KV Nordrhein das DMP-Honorar für das dritte und vierte Quartal 2017 im Rahmen einer Einführungsphase nicht kürzen. Kürzungen drohen ab dem ersten Quartal 2018, wenn Praxen DMP-Leistungen bei nicht eingeschriebenen Patienten abrechnen.

Mehr Infos zu den DMP unter [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 180237](#)

## DMP KHK: Modul Herzinsuffizienz wird aufgehoben

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat entschieden, das Modul Herzinsuffizienz als Bestandteil des DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) zum 1. April 2018 aufzuheben. Parallel arbeitet der Ausschuss intensiv an einem eigenständigen DMP Chronische Herzinsuffizienz. Sobald die Vorgaben vorliegen, werden sich Kassen und KV Nordrhein zusammensetzen, um dieses DMP vertraglich zu etablieren.

Was bedeutet die Aufhebung des Moduls Herzinsuffizienz für Sie und Ihre eingeschriebenen Patienten? Auch nach der Aufhebung des Moduls „Herzinsuffizienz“ können Sie Patienten weiterhin in das DMP KHK einschreiben. Bereits eingeschriebene Patienten verbleiben im DMP KHK. Aufgrund des baldigen Wegfalls des Zusatzmoduls Herzinsuffizienz empfiehlt es sich, Patienten nur noch in KHK und nicht zusätzlich für Herzinsuffizienz einzuschreiben.

Da das bisherige DMP KHK keine gesonderten Vergütungspositionen für das Modul Herzinsuffizienz vorsah, ergibt sich bei der Abrechnung keine Änderung für Sie.

## So schützen Sie sich vor Cyberangriffen

Cyberkriminelle haben es auch auf sensible medizinische Daten abgesehen. Wir verraten, wo genau Gefahren lauern und welche wichtigen Aspekte die ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen zu diesem Thema beachten sollten.



Achtung: Cyberangriffe werden vielschichtiger und raffinierter.

Erfolgreiche Angriffe auf EDV-Strukturen kosten viel Geld, Reputation und können sogar Schäden für Leib und Leben bringen. Nur selten werden die Täter gefasst und wenige Betroffene möchten darüber berichten. 2016 machte das Lukaskrankenhaus in Neuss einen Cyberangriff öffentlich. Auch Praxen sind potenzielle Ziele solcher Angriffe. Das Dezernat Kriminalprävention Cybercrime der Kölner Polizei sensibilisiert in speziellen Fortbildungen auch Ärzte für das Thema und gibt konkrete Verhaltenshinweise. Kriminalhauptkommissar und Fachexperte Dirk Beerhenke betont vor allem, präventiv vorzugehen.

### Präventive Maßnahmen treffen

„Wichtig ist es, in einer Arztpraxis physikalische Sicherungen vorzunehmen, indem man Netze voneinander trennt, etwa das interne Behandlungsnetzwerk vom Internetrechner

und weiteren im öffentlichen Netz genutzten Geräten, zum Beispiel Tablets, Smartphones etc.“, rät Beerhenke. Auch Kontakte zwischen den Netzen müssen präzise definiert sein, etwa über speziell hierzu vorgesehene, verschlüsselte und regelmäßig komplett formatierte USB-Sticks sowie Benutzernennungen. Will man das eigene WLAN Patienten gegenüber öffnen, ist ein Gastzugang in einem separaten Netz einzurichten. Außerdem sollten selbstverständlich alle Geräte mit einer stets aktuellen Virensoftware bestückt sein und regelmäßig Datensicherungen/Backups gegen Datenverluste durchgeführt werden.

### Schwachstellen erkennen und absichern

„Machen Sie sich bewusst, dass es jede Menge Angriffsflächen gibt. Nicht nur Rechner, Tablets und Smartphones, sondern auch alle anderen internetfähigen medizintechnischen Geräte wie Röntgen-, Beatmungs- oder Narkosegeräte oder solche des Haushalts wie TV, Radio, vernetzte Kühlschränke und Kameras können gehackt werden“, warnt Beerhenke. Der Datenschutz sollte auch mögliche interne Schwachstellen im Blick haben, zum Beispiel den IT-Support der Praxis oder dass Mitarbeiter Daten zu einem neuen Arbeitgeber mitnehmen könnten.

### Gängige Tricks der Cyberkriminellen

Einige Täter erschleichen sich Daten, andere blockieren das komplette System und erpresen Lösegeld, damit die Geschädigten wieder auf ihre eigenen Daten zugreifen können. Gängige Maschen sind auch sogenannte Supportangriffe, bei denen sich Betrüger als Mitarbei-

ter eines Betriebssystems ausgeben, Reparatur anbieten und es letztendlich „nur“ auf die Zahlungsdaten der Opfer abgesehen haben. Weitaus intelligenter und verheerender sind Angriffe mittels Kryptotrojaner. Per E-Mail-Anhang oder Drive-by-Infection (unerwünschtes Herunterladen von Schadsoftware über eine Website) in das System eingeschleust, öffnen sie alle „Tore“ und infizieren im Extremfall das ganze Netzwerk inklusive Behandlungsgeräte. „Aktuell wird gern mit gefakten Bewerbungsunterlagen inklusive PDF-Anhang getrickst. Öffnet jemand die PDF-Datei, ist der Schaden eingetreten“, sagt Beerhenke.

Gruppen automatisierter Schadprogramme, die unerkannt auf vernetzten Rechnern laufen und parasitär deren Daten und Ressourcen nutzen – auch Botnetze genannt –, sind immer weiter verbreitet. Sogenannte DDoS-Angriffe (Distributed-Denial-of-Service-Angriffe) führen zum Ausfall von Webauftritten und Netzinfrastrukturen.

### Vorbereitungen auf den „worst case“?

Im Falle X sollten sofort alle Geräte abgeschaltet werden. Anschließend muss eine komplette Säuberung erfolgen. Es ist kein Verlass darauf, dass ein Virenschutzprogramm alles beseitigt. Eine Neuinstallation des Betriebssystems ist aufwendig, aber die beste Lösung. Meist ist die Hilfe von Fachexperten notwendig. „Stellen Sie sicher, dass Sie Ihr IT-Unternehmen rund um die Uhr erreichen können, und richten Sie für die Polizei einen Krisenraum ein“, rät der Kölner Kommissar. Hierzu gehört auch, Kommunikationspläne auf Papier vorzuhalten. Klone/Kopien wichtiger Datensätze anzulegen bewahrt im Schadensfall vor Datenverlust. Unerlässlich ist es auch, das gesamte Praxispersonal regelmäßig zu informieren und über Sicherheitsmaßnahmen auf dem Laufenden zu halten.

### Fortbildungsmöglichkeiten

Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNO) bietet von März bis November 2018

insgesamt vier Seminare in Düsseldorf und Köln zu Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis an. Es geht unter anderem um die Themen „Datenschutzmaßnahmen in der Arztpraxis“, „Umgang mit Internet, E-Mail und WLAN in der Praxis“, „Sicherung, Aufbewahrung und Vernichtung von Daten“ sowie „Die Rolle und Aufgaben des Datenschutzbeauftragten“.

■ SIGRID MÜLLER

## Seminare, Infos und Hilfe

### Seminare

Die KV Nordrhein bietet von März bis November 2018 insgesamt vier Seminare in Düsseldorf und Köln zum Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis an. Es geht unter anderem um die Themen „Datenschutzmaßnahmen in der Arztpraxis; Umgang mit Internet, E-Mail und WLAN in der Praxis; Sicherung, Aufbewahrung und Vernichtung von Daten sowie die Rolle und Aufgaben des Datenschutzbeauftragten“.

Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | [KV | 180239](https://www.kvno.de/kvno/180239)

### Infos

[susii.koeln](http://susii.koeln) Smart und Sicher im Internet (SUSII) die Präventionsseite des eco-Verbands der Internetwirtschaft e. V. in Kooperation mit der Polizei Köln. SUSII informiert und hilft Bürgern und Unternehmen beim sicheren Umgang mit dem Internet.

[bsi.bund.de](http://bsi.bund.de) Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik

### Hilfe

**Claudia Pintaric**

Telefon 0211 5970 8255

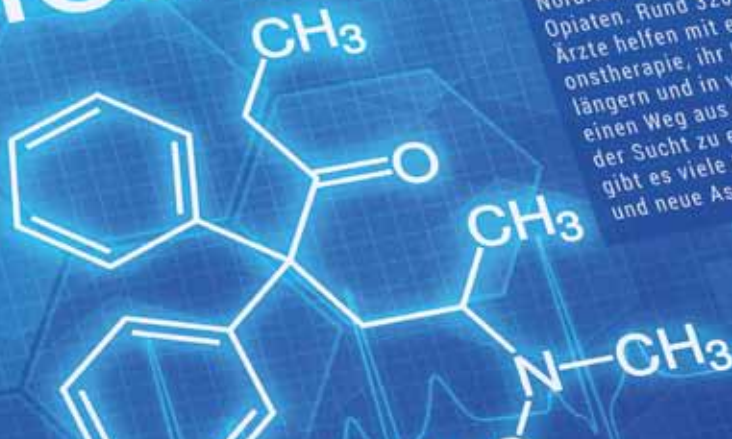
E-Mail [it-beratung@kvno.de](mailto:it-beratung@kvno.de)

**Franz-Josef Eschweiler**

Telefon 0211 5970 8197

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

# Methadon



Etwa 15.000 Menschen in Nordrhein sind abhängig von Opiaten. Rund 320 Ärztinnen und Ärzte helfen mit einer Substitutionstherapie, ihr Leben zu verlängern und in vielen Fällen sogar einen Weg aus dem Teufelskreis der Sucht zu ebnen. Doch dabei gibt es viele Herausforderungen – und neue Aspekte.

## SUBSTITUTION HEUTE

Ort: Haus der Ärzteschaft | Tersteegenstraße 9 | 40474 Düsseldorf

20 | 04  
2018

- 13.30 Uhr **Anmeldung und Imbiss**
- 14.00 Uhr **Begrüßung: Substitution heute**  
Dr. med. Carsten König M. san | Stellvertretender Vorsitzender der KV Nordrhein | Düsseldorf
- 14.30 Uhr **Crystal Meth und Co – Das Problem des Beigegebrauchs**  
Dr. med. Peter A. Arbter | Facharzt für Allgemeinmedizin und Dozent für suchtmmedizinische Themen
- 15.00 Uhr **Neues Recht und neue Richtlinie: Erleichterungen für die Praxen**  
Miriam Mauss | Leiterin Qualitätssicherung | KV Nordrhein
- 15.30 Uhr **Pause mit Imbiss**
- 16.00 Uhr **Qualifizierte Hilfe: Suchtmmedizinische Fortbildung für Ärzte und MFA**  
Dr. med. Peter A. Arbter | Facharzt für Allgemeinmedizin und Dozent für suchtmmedizinische Themen
- 17.00 Uhr **Sucht und Psyche: Psychische Krankheitsbilder und –therapie von Abhängigen**  
Prof. Dr. med. Petra Franke | Chefarztin der Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen | LVR-Klinikum Düsseldorf
- 17.30 Uhr **Substitution in Stadt und Land**  
Diskussionsrunde mit:  
Dr. med. Knut Krausbauer | Vorsitzender der Qualitätssicherungskommission Substitution der KV  
Dr. med. Christian Plattner | Düsseldorfer Diamorphinambulanz  
Dr. med. Michael Wefelnberg | Facharzt für Allgemeinmedizin
- 18.30 Uhr **Ende der Veranstaltung**  
  
Moderation: Frank Naundorf | Leiter Medien | KV Nordrhein



## Krankentransporte: Neue Praxisinfo der KBV

Ärzte können Krankenfahrten zu „stationsersetzenden“ Eingriffen verordnen, wenn eine medizinisch gebotene stationäre Behandlung aus besonderen Gründen ambulant durchgeführt wird. Das wurde jetzt in der Krankentransport-Richtlinie klargestellt. Ob eine ambulante Operation ein „stationsersetzender“ Eingriff ist und Vertragsärzte deshalb eine Krankenfahrt oder einen Krankentransport dorthin verordnen können, führt oft zu Nachfragen und Unsicherheiten in der Praxis.

Was Ärzte dazu wissen sollten, um Regresse zu vermeiden, und welche Besonderheiten es zu beachten gilt, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in einer Praxisinfo zusammengefasst. Sie richtet sich auch an Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, da diese seit Juni 2017 ebenfalls Verordnungen für eine Krankenförderung ausstellen dürfen. ■ HEI

Mehr Infos unter [kvno.de](http://kvno.de) | KV 180241

## KBV-Fachtagung: Vielfalt in der Praxis

Das Thema „Migration“ ist nicht nur in den Medien präsent, es bringt auch für den Alltag in der ambulanten Versorgung besondere Herausforderungen mit sich, etwa Sprachbarrieren oder unterschiedliche kulturelle und religiöse Sichtweisen. Um Ärzte und Psychotherapeuten noch stärker für den Umgang mit Patienten mit Migrationshintergrund zu sensibilisieren, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) am 13. November 2017 eine Fachtagung mit dem Titel „Vielfalt in der Praxis – Migration und Gesundheit“ veranstaltet. 80 Besucher haben daran teilgenommen.

Dr. med. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV, begrüßte die Besucher. In seiner Rede wies er auch auf die neue KBV-Broschüre aus der Reihe Praxiswissen mit dem Titel „Vielfalt in der Praxis“ hin. Darin bekommen Praxen Tipps, worauf sie beispielsweise beim interkulturellen Umgang mit den Patienten achten können.

Weiter ging es nach der Begrüßung mit drei Vorträgen zu den Themen „Ethik“, „Epidemiologie“ und „Religion“. Danach folgten Berichte aus der Praxis mit Titeln wie „Vielfalt in der psychotherapeutischen Versorgung“ oder „Al-



© dpa | Georg Wendt

tern und Pflege im Generationenwandel nach der Migration aus der Sicht eines Angehörigen“. Nachmittags gab es zwei parallele Arbeitsgruppen zu den jeweiligen Aspekten „Qualitätszirkel Kultursensibilität in der Patientenversorgung“ und „Workshop Psychotherapie mit Menschen aus anderen Kulturen und Flüchtlingen“. Zum Abschluss der Tagung diskutierten alle Redner über die Zukunftsperspektiven der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. ■ SHA

Mehr Infos finden Sie unter [kvno.de](http://kvno.de) | KV 180241

Patienten mit Migrationshintergrund stellen Ärzte und Praxispersonal häufig vor besondere Herausforderungen.



# Gesundheitskongress des Westens 13. und 14. März 2018 KÖLN | Gürzenich



Staatssekretär Lutz Stroppe  
Bundesministerium für  
Gesundheit



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



Dr. Holger Seib  
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



Jochen Brink  
Krankenhausesellschaft  
Nordrhein-Westfalen e. V.



Dr. Heidrun Thaiss  
Bundeszentrale für gesun-  
dheitliche 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



Roman Lovenfoss-Gehrt  
Kliniken der Stadt Köln



Prof. Dr. Jürgen Wasem  
Universität Duisburg-Essen



Birgit Fischer  
Verband Forschender  
Arzneimittelhersteller e. V.



Thomas Müller  
Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe



Frank Plate  
Bundesversicherungsamt

## DAS GESUNDHEITSWESEN MUSS ZUSAMMEN- WACHSEN!

PERSONAL  
DIGITALISIERUNG  
FINANZIERUNG  
VERSORGUNG

Das Kongressprogramm  
und Anmeldung im Internet

# www.gesundheitskongress-des-westens.de

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

In Kooperation mit



Kongressbüro **Gesundheitskongress des Westens**

Telefon +49 (0) 2234 - 95322-51

E-Mail [info@gesundheitskongress-des-westens.de](mailto:info@gesundheitskongress-des-westens.de)

Veranstalterin WISO S. E. Consulting GmbH



## 4. Tag der Allgemeinmedizin

Unter dem Motto „Hausarzt trifft Spezialist“ findet am 7. März 2018 der 4. Tag der Allgemeinmedizin in Essen statt. Der vom Institut für Allgemeinmedizin der Universität Duisburg-Essen geleitete Kongress bietet hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen und Allgemeinmedizinern der Region NRW eine Plattform zum evidenzbasierten Update in der Praxis.

**Termin** 7. März 2018  
9 bis 18 Uhr

**Ort** Lehr- und Lernzentrum  
Virchowstraße 163a  
45147 Essen

**Anmeldung** Online  
ifam-essen.de

**Telefax** 0201 877 869 20

## Gesundheitskongress des Westens in Köln

Die KV Nordrhein nimmt 2018 wieder am „Gesundheitskongress des Westens“ teil. Am 13. und 14. März 2018 wird es im Kölner Gürzenich wieder um aktuelle gesundheitspolitische Fragen gehen. Thema des Kongresses: „Das Gesundheitswesen muss zusammenwachsen!“ Es werden rund 1.000 Besucher erwartet.

Passend zum Motto des Kongresses wird die KV Nordrhein ein Modell zur koordinierten Versorgung bei psychischen und neurologischen Erkrankungen vorstellen. Dr. med. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein, präsentiert den integrativen Versorgungsansatz, der im Rahmen des Innovationsfonds gefördert wird.

Sicher wird es auch um eine erste Zwischenbilanz der neuen schwarz-gelben Regierung in Nordrhein-Westfalen gehen – die Koalition und NRW-Gesundheitsminister Laumann haben bereits inhaltliche Akzente gesetzt, besonders bei der Krankenhausversorgung, dem Pflegenotstand und der ambulanten Versorgung in ländlichen Gebieten. Diskutiert wird auch die Frage: Wie viel Gesundheit können wir uns leisten? Sind freie Arztwahl, zügige Terminvergabe, flächendeckende Versorgung und keine Rationierung künftig noch bezahlbar? Diskutieren Sie mit, hören Sie interessante gesundheitspolitische Vorträge und besuchen Sie uns am Stand der KV Nordrhein.

**Termin** 13. und 14. März 2018

**Ort** Kongresszentrum  
Gürzenich  
Martinstraße 29–37  
50667 Köln

**Kosten** Sondertarif für  
Niedergelassene  
2. Tag: 95,20 Euro  
(gilt nur für Mittwoch,  
14. März 2018)

**Anmeldung** Gesundheitskongress  
des Westens  
c/o welcome  
Veranstaltungs GmbH  
Bachemer Straße 6–8  
50226 Frechen

**Telefon** 02234 9532 251

**Telefax** 02234 9532 252

**E-Mail** info@gesundheits-

kongress-des-westens.de

ZERTIFIZIERUNG | beantragt

## Start-up in die Niederlassung

Ärztinnen und Ärzte in der Niederlassungsphase müssen sich mit verschiedenen Themenbereichen beschäftigen. Praxiseinsteiger informieren sich bei der eintägigen Fortbildungsveranstaltung „Start-up in die Niederlassung – Die Arztpraxis organisiert und sicher“ umfassend über die grundlegenden Themen. Neben dem großen Themenkomplex des Praxis-, Qualitäts- und Risikomanagements ist der Datenschutz in der Arztpraxis ein zentrales Thema. Weitere Vorträge beschäftigen sich mit den Aufgaben des Arztes als Arbeitgeber. Auch die Leistungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege sowie die Hygiene als Schutz für Patienten und Beschäftigte sind Themen der Vorträge.

**Termin** 7. April 2018  
9.30 bis 16 Uhr

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

**Anmeldung** Online  
kvno.de/termine  
KV Nordrhein  
Bereich Presse  
und Medien  
Britta Schnur

**Telefon** 0211 5970 8305

**Telefax** 0211 5970 9990

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

ZERTIFIZIERUNG | beantragt

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

## Veranstaltungen für Ärzte und Psychotherapeuten

17.02.2018	Nordrheinische Akademie: Gesundheitsförderung und Prävention, Bonn
02.03.2018	Nordrheinische Akademie: Selbstmanagement – ressourcenorientiert, Düsseldorf
■ 02.03.2018	KV Nordrhein: Infoveranstaltung zum Onlinerollout, Duisburg
07.03.2018	Universitätsmedizin Essen (IfAm): 4. Tag der Allgemeinmedizin, Essen
09.–10.03.2018	Nordrheinische Akademie: Grundkurs Moderatorenausbildung Qualitätszirkel, Düsseldorf
13.–14.03.2018	Gesundheitskongress des Westens, Köln
■ 10.03.2018	KV Nordrhein: Infoveranstaltung zum Onlinerollout, Wuppertal
17.03.2018	Nordrheinische Akademie: Gesundheitsförderung und Prävention, Bonn
■ 21.03.2018	KV Nordrhein: Grundlagenseminar EBM, Düsseldorf
■ 24.03.2018	KV Nordrhein: Messe „Onlinerollout“, Köln
■ 07.04.2018	KV Nordrhein: Start-up in die Niederlassung, Düsseldorf
■ 20.04.2018	KV Nordrhein: Infoveranstaltung zum Onlinerollout, Kleve
■ 20.04.2018	KV Nordrhein: Kongress „Substitution im Wandel“, Düsseldorf
■ 25.04.2018	KV Nordrhein: Infoveranstaltung zum Onlinerollout, Aachen
■ 02.05.2018	KV Nordrhein: Infoveranstaltung zum Onlinerollout, Bonn
■ 05.05.2018	KV Nordrhein: 20. Nordrheinischer Praxisbörsentag, Düsseldorf
■ 09.06.2018	KV Nordrhein: Messe Onlinerollout, Düsseldorf
■ 15.06.2018	KV Nordrhein: Infoveranstaltung zum Onlinerollout, Gummersbach
■ 27.06.2018	KV Nordrhein: Infoveranstaltung zum Onlinerollout, Duisburg

## Veranstaltungen für Medizinische Fachangestellte

■ 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

## Veranstaltungen für Medizinische Patienten

■ 20.03.2018	KV Nordrhein in Zusammenarbeit mit dem Rheinboten und der NRZ: Ratgeber Gesundheit Arthrose, Rheuma und Co., Düsseldorf
■ 11.04.2018	KV Nordrhein: Digitalisierung in der Medizin: Wie sieht die medizinische Versorgung der Zukunft aus?

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

## Ansprechpartner

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

## Serviceteam Köln

Telefon 0221 7763 6666  
Telefax 0221 7763 6450  
E-Mail [service.koeln@kvno.de](mailto:service.koeln@kvno.de)

## Serviceteam Düsseldorf

Telefon 0211 5970 8888  
Telefax 0211 5970 8889  
E-Mail [service.duesseldorf@kvno.de](mailto:service.duesseldorf@kvno.de)

## Formularversand

GVP Gemeinnützige Werkstätten Bonn GmbH  
diekonfektionierer  
Pfaffenweg 27  
53227 Bonn  
Telefon 0228 9753 1900  
Telefax 0228 9753 1905  
[formular.versand-kvno@gvp-bonn.de](mailto: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“ 3+4 | 2018

## ■ Telematik

### eHealth für Nordrhein

## ■ Verträge

### Medikationsplan finanziell gefördert

## ■ Terminservice

### Freie Plätze via KVNO-Portal melden

## ■ Gesundheitskompetenz

### Gute Angebote für Patienten im Überblick

**Die nächste Ausgabe von KVNO aktuell  
erscheint am 22. März 2018.**

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

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



**Engagiert für Gesundheit.**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein